



HAL
open science

L'expérience face à l'intuition et à l'émotion dans la
décision clinique de l'infirmière : rôle de la posture
"cognitivo-émotionnelle" de l'infirmier-ière face au
"ressenti" éprouvé dans l'activité clinique d'orientation
et d'accueil des urgences hospitalières

Annie Farrayre

► To cite this version:

Annie Farrayre. L'expérience face à l'intuition et à l'émotion dans la décision clinique de l'infirmière : rôle de la posture "cognitivo-émotionnelle" de l'infirmier-ière face au "ressenti" éprouvé dans l'activité clinique d'orientation et d'accueil des urgences hospitalières. Education. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2019. Français. NNT : 2019CNAM1249 . tel-03379205

HAL Id: tel-03379205

<https://theses.hal.science/tel-03379205>

Submitted on 15 Oct 2021

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.

ÉCOLE DOCTORALE ABBE GREGOIRE
FORMATION ET APPRENTISSAGE PROFESSIONNELS

THÈSE présentée par :

Annie FARRAYRE

soutenue le : **14 octobre 2019**

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

Discipline/ Spécialité : Sciences de l'Education- Formation des adultes

L'EXPERIENCE FACE A L'INTUITION ET A L'EMOTION
DANS LA DECISION CLINIQUE DE L'INFIRMIERE

Rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » de l'infirmier-ière face au « ressenti » éprouvé
dans l'activité clinique d'orientation et d'accueil des urgences hospitalières

THÈSE dirigée par :

ROQUET Pascal

Professeur des Universités en Sciences de l'Education,
Conservatoire National des Métiers

RAPPORTEURS :

POPLIMONT Christine

Professeur des Universités en Sciences de l'Education Université d'Aix-Marseille

MAZERAU Philippe

Professeur émérite des Universités en Sciences de l'Education Université de
Caen-Normandie

EXAMINATEUR :

TOURETTE-TURGIS Catherine

Maitre de conférences, HDR-Formation des Adultes, Sciences de l'Education,
Sorbonne Universités

JURY :

Présidence :

POPLIMONT Christine

Professeur des Universités en Sciences de l'Education Université d'Aix-Marseille

Membres :

MAZERAU Philippe

Professeur émérite des Universités, Université de Caen-Normandie

TOURETTE- TURGIS Catherine

Maitre de conférences, HDR- Formation des Adultes
Sciences de l'Education, Sorbonne Universités

ROQUET Pascal

Professeur des Universités, Conservatoire National des Métiers

« L'expérience renvoie aux expériences fondatrices de l'existence, mais également aux expériences affectives, émotionnelles, mémorielles, imaginaires.

Parmi ces expériences, certaines ouvrent au monde lui-même,

on les nomme généralement les perceptions ».

Pascal ROQUET (2014, p. 51)

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à mon directeur de thèse, Monsieur Pascal ROQUET pour son accompagnement, sa rigueur et son regard critique qui m'ont permis de mener à bien la réalisation de cette thèse avec rigueur scientifique.

Je suis reconnaissante envers Line NUMA-BOCAGE d'avoir dirigé les deux premières années de mon travail de thèse.

Je tiens également à remercier Anne JORRO, Directrice du laboratoire de recherche Formation et Apprentissages Professionnels (EA7529) du Conservatoire des Arts et Métiers.

Je remercie particulièrement Catherine Tourette-Turgis de m'avoir incitée à entrer dans des études doctorales en faisant confiance à mes capacités d'accomplissement intellectuel et personnel dans un tel travail et d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Je remercie également Christine POPLIMONT et Philippe MAZEREAU d'avoir accepté d'être les rapporteurs de mon travail et d'y apporter un regard extérieur enrichissant.

Mes remerciements vont également à Nadine Faingold pour son regard sur la conduite de mes entretiens d'explicitation, Aurélie Puybonnieux et Corinne Lespessailles pour leur aide précieuse pour ma recherche bibliographique.

Il m'est impossible d'oublier Jacques Ardoino, rencontré lors de mes études de Licence en Sciences de l'Education pour son regard sur ma quête de l'excellence. Je remercie les enseignants du laboratoire de recherche pour la qualité des échanges et leur bienveillance envers mon travail au cours des comités de suivi de thèse ainsi que tous les doctorants du laboratoire pour leurs regards extérieurs et leurs encouragements.

Mes profonds remerciements aux infirmiers et infirmières ainsi qu'aux médecins urgentistes qui m'ont fait confiance et ont partagé en toute simplicité leur expérience, leurs émotions, leurs valeurs et leurs savoirs.

Enfin, je remercie mes amis : Josiane, Maité, Nicole, Alain, Annie, Michèle, Claire, Perrine, Anne, Edwige, Chantal, pour leur encouragement.

Je remercie, de tout cœur , mes parents, mes frères et sœurs, neveux et nièces.

à Cécile, Benoît, Thomas, Anne- Laure

à Noah, Léonie, Virgile, Mathias & Basile

pour le soleil qu'ils apportent dans ma vie,

pour la force d'aller toujours plus loin, sans me perdre.

A mes expériences

Résumé

Cette recherche qualitative étudie le rôle de l'expérience sur la décision clinique de l'infirmier-ière et le contrôle de l'intuition et de l'émotion, décrite par l'infirmier-ère comme un « ressenti » influençant la décision clinique. L'étude est réalisée, dans deux hôpitaux français, auprès de vingt infirmiers-ères chargé(e)s d'accueillir et d'organiser la prise en charge du patient arrivant dans un service d'urgence à l'hôpital.

Elle est fondée sur une approche pragmatiste de l'expérience articulée avec les conceptions psycho cognitive des processus intuitifs, émotionnels, logiques de raisonnement et avec les travaux en économie, en neurosciences et en didactique professionnelle sur la décision dans et pour l'action. L'expérience est envisagée comme un processus de connaissance implicite ou explicite résultant de la posture cognitivo-émotionnelle établie, par l'infirmière face aux différentes expériences vécues se manifestant par l'usage de savoirs spécifiques et par le « ressenti » de manifestations intuitives et émotionnelles.

Deux types d'entretien sont menés dans deux services hospitaliers parisiens, auprès de vingt infirmiers-ières ayant une ancienneté différente dans cette pratique clinique. Un entretien semi-directif collecte les éléments pour identifier le contexte de travail et la posture de connaissance face à l'expérience. Un entretien d'explicitation recueille les composantes de l'activité décisionnelle au travers de l'évocation du raisonnement conduit dans l'action de « tri ».

Six propositions théoriques découlent de l'analyse des résultats. La recherche découvre l'existence d'une posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue dans l'immédiat de l'action. Cette posture génère un mode et des modalités de raisonnement et de décision, des modalités d'apprentissage différentes, générant des savoirs d'action ou des indicateurs cliniques à partir de l'expérience vécue. Elle influence la nature du « ressenti » qui est intuition, émotion ou étonnement. Elle contrôle le « ressenti » éprouvé lors de la décision par l'infirmier-ière. Selon sa posture, l'infirmière cherche à confirmer son intuition. Elle cherche des preuves à son étonnement, régule son émotion ou renonce à prendre une décision, ou se protège de tout « ressenti ».

Mots clés : Expérience, Intuition, Emotion, Ressenti, Décision clinique de l'infirmière d'accueil et d'orientation de l'urgence, Entretien d'explicitation.

Abstract

The aim of this qualitative study is to identify the role of experience in the effects of emotion and intuition into the nurse clinical decision making at the emergency's and also to fix the links between experience, intuition, emotion and the "nurses' feeling" rising during the clinical practice.

The theoretical framework linked a pragmatist understanding of knowledge experience with theoretical works concerning the decision processing in economics, in neurosciences and in dual process theories of cognition and decision. Experience is approached as an implicit and explicit experiential learning within the clinical practice that triggers emotion or intuition or uncertainty and experiential knowledge. We postulated that a "cognitive and emotional posture" adopted to learn from and during the clinical practice allow the control of intuition or emotion triggered and the use of experiential knowledge during the process of clinical decision-making.

Data were collected from twenty emergency nurses, volunteered to take part in the study, and differently experienced in triage, from two French Parisians emergency's departments. Two interviewing methods were carried-out. Semi-structured interviews collected the nurses' posture of knowing. Elicitation interviews', resulting from the phenomenological approach, recall nurses' thinking procedure in the heat of the moment and shows how nurses control their "feeling" and the set of the contextual determinants.

Six theoretical propositions derived from the findings. During the patient's examination and the clinical reasoning process, nurses adopt a particular "cognitive –emotional "posture of knowing and reflective thinking. This posture has an impact on the control of the nurse's feeling and of the nature of what she felt. Depending of her posture, nurses will take into account the feeling or not. Three kind of "nurse' feeling" are based. The feeling is an intuition or a negative emotion as fear, anxiety or a cognitive state of uncertainty. A negative emotion stops the decision making process. Intuition involves the search of additional fact or clues or clinical signs. The cognitive uncertainty induces a specific inquiry.

Key words: Experience, Intuition, Emotion, Feeling, Emergency nurse's clinical decision making, Elicitation interview.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	5
Abstract	6
Table des matières	7
Liste des annexes.....	17
Introduction	25
Première section - La construction de l'objet de recherche	32
Première partie : Le contexte de la recherche et ses enjeux	33
Chapitre 1 : Genèse du projet de thèse et questions vives	34
1.1. Notre posture de praticien- chercheur	34
1.2. Genèse du projet de thèse.....	35
1.3. Questions vives	36
1.4. Les raisons du choix du contexte de l'accueil des urgences hospitalières	37
1.5. L'apport des travaux de recherche internationaux.....	37
Chapitre 2 : Le contexte de l'activité de jugement clinique de l'infirmier-ière organisatrice de l'accueil des urgences hospitalières	40
2.1. Le contexte de la prise en charge de l'urgence médicale en France	40
2.1.1. L'urgence, une notion relative	41
2.1.2. L'infirmier-ière organisatrice de l'accueil du patient	43
2.1.2.1. Le cadre réglementaire et professionnel de l'infirmière d'accueil et d'orientation du patient en France.....	43
2.1.2.2. Les missions de l'infirmier-ière organisatrice de l'accueil du patient	43
2.1.2.3. La formation à l'évaluation de l'urgence	45
2.1. L'activité de « tri »	45
2.2.1. L'origine de la pratique médicale de « tri »	45
2.2.2. Le « tri » de l'infirmière et ses enjeux	46
2.2.4 Les facteurs organisationnels	49
Chapitre 3 : Les enjeux socioprofessionnels de la recherche.....	50

3.1. La légitimité du jugement clinique de l'infirmier-ière.....	50
3.1.1. Une question d'appropriation du rôle propre infirmier.....	50
3.1.2. Une question de reconnaissance d'un territoire professionnel.....	52
Chapitre 4 : Les enjeux épistémiques de la recherche	53
4.1. La valorisation de la pensée rationnelle et scientifique: un héritage de l'Antiquité	54
4.2. Les modélisations actuelles de la décision : les changements de paradigme.....	58
4.3. Les trois grands types de modélisations de l'intervention de l'intuition, de l'expérience ou de l'émotion dans le raisonnement pour la décision	59
4.3.1. Le modèle naturaliste de la décision	59
4.3.2 Les théories bi-systémiques de la cognition.....	59
4.3.3. La théorie du marqueur somatique.....	60
4.3.4. Les enjeux épistémiques des différentes modélisations existantes	60
4.4. La posture scientifique de l'infirmière: un conflit entre deux paradigmes	61
4.4.1. La posture clinique de l'infirmière : une dichotomie entre deux paradigmes.....	62
4.4.1.1. La posture clinique relationnelle	63
4.4.1.2. La posture clinique scientifique	64
4.5. Les « savoirs infirmiers » : des savoirs savants ?.....	66
4.5.1. Le savoir et les savoirs	66
4.5.2. Le statut des savoirs produits dans l'activité et leur observation.....	67
4.5.3. Le « savoir infirmier » et ses modes d'élaboration	68
4.5.3.1. Le « savoir infirmier » : de quoi parlons-nous ?	68
4.5.3.2. Les modes d'élaboration du « savoir infirmier »	68
Deuxième partie : Les fondements théoriques de la recherche	72
Introduction	72
Chapitre 1 : Une approche multi référentielle.....	74
1.1. La notion de « multiréférentialité ».....	74
1.2. Cognition, émotion, intuition et expérience dans la décision : choix d'une lecture multiréférentielle	76
Chapitre 2 : La prise de décision et ses déterminants	79
Introduction	79
2.1. La décision : un processus de choix et un acte.....	79
2.2. La rationalité de la prise de décision	81

2.3. Les déterminants contextuels de la décision	84
2.3.1. La culture de l'entreprise.....	84
2.3.2. L'organisation du travail et le rôle du décideur	84
2.3.3. La complexité de la situation décisionnelle	85
2.4. La subjectivité du décideur	86
2.4.1. Une question de buts et de valeurs	86
2.4.2. Une question de critères de satisfaction	87
2.4.3. La formation et l'expérience du décideur	88
2.5. L'influence de la cognition humaine sur le raisonnement	89
2.5.1. La limitation du champ de l'attention	89
2.5.2. La perception et ses déterminants	90
Chapitre 3 : L'expérience : la conjonction de trois processus.....	94
Introduction	94
3.1 Des différentes conceptions de l'expérience au choix d'une conception.....	95
3.1.1. L'étymologie latine du mot expérience.....	95
3.1.2. Les différentes conceptions de l'expérience	96
3.1.3. L'expérience selon Dewey : un rapport entre agir, éprouver et penser.....	97
3. 2. L'élaboration de l'expérience et ses déterminants	98
3.2.1. L'expérience : la conjonction de trois processus	98
3.2.2. Une posture de connaissance passive ou active	99
3.2.3. L'élaboration passive de l'expérience.....	100
3.2.4. L'élaboration active de l'expérience	101
3.3. L'influence du contexte sur l'élaboration de l'expérience.....	105
3.3.1. La nature du travail	105
3.3.2. Les rapports humains de travail	106
3.3.3. La formation initiale du professionnel	106
3.4. Le rôle de l'expérience sur le raisonnement d'un professionnel.....	107
3.4.1. Le raisonnement d'un professionnel dans l'action.....	107
3.4.2. La composition de la structure conceptuelle d'une situation	108
3.4.3. La composition du modèle opératif d'un professionnel.....	108
Chapitre 4 : Emotion, intuition et étonnement : trois formes de « ressenti » cognitif et émotionnel actives sur le mode de raisonnement.....	110
4.1. L'éprouvé cognitif et émotionnel : origine et formes	110

4.2. L'intuition : un processus cognitif et émotionnel.....	113
4.2.1. L'intuition et ses définitions.....	113
4.2.2. L'intuition : un processus cognitif de traitement de l'information et le résultat d'un apprentissage tacite	115
4.2.3. La composition de l'intuition et ses caractéristiques	117
4.2.4. Les effets de l'intuition sur le mode de raisonnement	118
4.3. L'émotion : un processus cognitif.....	122
4.3.1. L'émotion : définition et caractéristiques.....	122
4.3.2. L'émotion : un processus cognitif et physiologique	123
4.3.3. Les effets de l'émotion sur le raisonnement.....	125
4.4. L'étonnement : un geste cognitif.....	128
4.4.1. L'étonnement n'est pas la surprise.....	128
4.4.2. L'étonnement : un déclencheur de la réflexion.....	128
4.4.3. L'étonnement : un geste de pensée	130
Troisième partie : La problématique de la recherche	131
Troisième partie : Le contrôle du « ressenti » et les modalités de raisonnement dans la décision : une question de posture de connaissance face à l'expérience : Introduction.....	132
Chapitre 1 : Le cadre de l'approche de l'expérience et de ses effets sur le « ressenti » et les modalités de raisonnement dans la décision	133
1.1. Les différents aspects du problème posés par la question de départ.....	133
1.2. Le cadre multi référentiel de la mise en objet de l'expérience et du « ressenti » émotionnel et cognitif éprouvé dans la décision	134
1.2.1. Les modélisations du raisonnement pour la décision et l'action : problématiques soulevées	136
1.2.2. Le fonctionnement automatique de la cognition : une influence difficile à maîtriser.....	137
1.2.3. L'émotion et l'intuition : une place et des effets différents sur le raisonnement .	139
1.2.4. L'émotion : des effets conditionnés à la valence et à l'intensité de l'émotion ressentie.....	139
1.2.5. L'intuition : des positions controversées quant à l'utilité de son contrôle.....	140
1.2.6. Le rôle caché de l'expérience implicite dans l'élaboration de l'intuition et de l'émotion	141
1.2.7. Le contrôle de l'intuition et de l'émotion par l'expérience : un paradoxe	142

1.3. L'expérience et sa mise en objet	143
1.3.1. L'expérience : un processus passif et actif de connaissance fondé sur un « éprouvé »	143
1.3.2. L'expérience : une volonté de réfléchir sur « l'éprouvé » et de prendre en compte l'émotion vécue	144
1.4. La mise en objet du « ressenti » éprouvé dans l'action.....	145
Chapitre 2 : Le rôle de la posture de connaissance face à l'expérience sur le contrôle du « ressenti » et sur le mode et les modalités de raisonnement pour la décision	
2.1. Justification et intérêt scientifique de la problématique posée.....	147
2.2. La problématique de la fonction triple de la posture de connaissance établie face à l'expérience sur la nature du du « ressenti », son contrôle et le mode et les modalités de raisonnement pour la décision.....	150
2.2.1. Le mode de raisonnement : le résultat de l'interaction de multiples déterminants	151
2.2.2. La fonction de la posture de connaissance sur le contrôle de l'intuition et de l'émotion intervenant dans le raisonnement.....	152
2.2.3. Les effets de la nature de l'éprouvé sur la posture cognitive de l'individu	154
2.3. L'hypothèse principale et l' hypothèse secondaire	155
Seconde Section : De la méthodologie aux résultats de recherche	
Introduction	157
Première partie : Le choix d'une méthodologie qualitative	
Chapitre 1 : Une méthodologie fondée sur le paradigme d'activité adossée à une approche contuctiviste	
1.1 Une méthodologie adaptée à l'objet de recherche	158
1.2. Une méthodologie fondée sur une posture constructiviste.....	159
1.3. Une méthodologie qualitative mobilisant le paradigme d'activité.....	161
1.4. Le dispositif méthodologique d'observation et d'analyse de l'activité décisionnelle constructive du sujet et son expérience	161
1.4.1. Méthodologie du recueil et d'analyse du vécu décisionnel.....	161
1.4.2. Méthodologie du recueil des déterminants contextuels et de la posture de connaissance face à l'expérience.....	163
1.4.3 La scientificité de notre démarche	164

Chapitre 2 : Un dispositif d'enquête empirique en deux phases avec deux outils d'observation indirecte dans deux terrains d'enquête	165
2.1. Le choix de deux phases d'enquête	165
2.2. Les objectifs poursuivis.....	166
2.3. L'échantillonnage.....	167
2.4. Le choix des terrains de l'enquête.....	168
2.5. L'accès aux terrains d'enquête	169
2.6. La population et la temporalité de l'enquête	170
2.6.1. La population de la phase 1 de l'enquête	170
2.6.2. La population de la phase 2 de l'enquête	172
2.7. La conduite des entretiens semi-directifs	174
2.7.1. L'exploration du contexte de l'activité de tri (phase 1 de l'enquête).....	174
2.7.2. L'identification des significations attribuées à l'activité de tri, à l'expérience et au « ressenti » par chaque infirmier-ière.....	175
2.8. La conduite des entretiens d'explicitation et l'accès au raisonnement de l'infirmier-ière (phase 2 de l'enquête)	176
2.8.1 Le contrat de communication.....	177
2.8.2. Notre posture lors de l'entretien d'explicitation	177
2.8.3. L'évocation d'un cas de « tri » vécu	178
2.9. La caractérisation empirique du « ressenti ».....	179
Deuxième partie : L'analyse des données	182
Introduction	182
Chapitre 1 : La procédure de traitement des données	184
1.1 Les objectifs de la procédure de traitement des données	184
1.2. Les étapes de l'analyse.....	184
Chapitre 2 : Les étapes de l'identification des déterminants externes au raisonnement de l'infirmière-ière	186
2.1. Etape 1 : identification des déterminants liés au contexte de l'activité de « tri »	186
2.2. Etape 2 : Identification des significations attribuées à l'activité de « tri » et au rôle d'infirmier-ière d'accueil et d'organisation de l'urgence	187
Chapitre 3 : L'identification de la posture de connaissance face à l'expérience et de la nature du « ressenti ».....	188

3.1. La catégorisation de la posture de connaissance face à l'expérience.....	188
3.2. La caractérisation de la nature du « ressenti »	189
Chapitre 4 : La construction du modèle d'analyse du raisonnement et de la prise de décision et de ses déterminants.....	190
4.1 Le modèle d'analyse du mode de raisonnement et de la prise de décision en situation de prise de décision	190
4.1.1 L'observation du mode de raisonnement	192
4.1.2 L'observation des savoirs issus de l'expérience	192
4.1.3 L'observation de la nature de l'émotion vécue	193
4.1.4 L'observation de l'intuition vécue	194
Chapitre 5 : La mise en lien des données	197
5.1. Le mode de caractérisation de la nature du « ressenti ».....	197
5.2. L'identification de la place de l'expérience dans le raisonnement de l'infirmier-ière	198
5.2.1. L'identification de la place du « ressenti », forme d'expérience implicite dans le raisonnement de l'infirmier-ière	199
5.2.2. L'identification du rôle de la posture de connaissance face à l'expérience sur le mode et les modalités de raisonnement et de prise de décision	199
5.3. L'évaluation de notre posture de chercheur	200
Troisième partie : Les résultats de la recherche	202
Introduction	202
Chapitre 1 : Les déterminants externes au raisonnement et à la décision de l'infirmier-ière	203
1.1. Le contexte de l'activité de « tri ».....	203
1.1.1. Le dispositif de partage des informations entre médecin et infirmiers	203
1.1.2. L'utilisation d'un outil de « tri »	203
1.1.3. L'existence d'une procédure d'appel du médecin.....	204
1.2. Les significations déclarées de l'urgence.....	204
1.3. L'activité de « tri »	205
1.3.1. Le comportement du patient.....	205
1.3.2. La complexité du « tri »	205
1.4. Les rôles et la coopération établie entre le médecin et l'infirmière	206
1.4.1. Le partage de l'activité clinique	206
1.4.2. Le partage de savoirs et le « feeling » de l'infirmier-ière	206

1.5. La nature des relations de travail entre médecins et infirmiers-ières et le contrôle du « tri »	207
1.5.1. La confiance du médecin envers le « tri » de l'infirmière	207
1.5.2. La confiance que l'infirmière se fait	208
1.5.3. Le besoin de soutien du médecin	208
1.5.4. Le besoin de sécurité apporté aux infirmières.....	208
1.5.5. La confiance donnée au patient par l'infirmier-ière.....	209
1.6. Un contexte décisionnel sécurisé et sécurisant pour l'infirmière.....	209
Chapitre 2 : Les différentes postures de connaissance face à l'expérience.....	211
2.1. La nature du « ressenti » dans le système représentationnel de l'infirmier-ière	211
2.2. Les composantes de la posture de connaissance face à l'expérience	213
2.3. La volonté d'apprendre du vécu de l'action, ses modalités et ses objets	213
2.3.1. Les modalités d'élaboration de l'expérience.....	213
2.3.2. Les objets de l'expérience	215
2.4. La valeur attribuée au « ressenti » par l'infirmier-ière.....	216
2.5. La valeur attribuée à l'expérience par l'infirmier-ière	216
2.6. Les différents types de posture de connaissance face à l'expérience.....	217
2.7. Les caractéristiques de la posture1 de connaissance:confiance en son ressenti et en son expérience.....	218
2.7.1. La nature du ressenti dans la posture 1 de connaissance.....	219
2.7.2. La valeur attribuée au « ressenti » et à l'expérience dans la posture 1 de connaissance.....	219
2.8. Les caractéristiques de la posture2 : méfiance en son « ressenti » et confiance en son expérience.....	221
2.8.1. La nature du ressenti dans la posture de connaissance de type 2.....	221
2.8.2. La valeur attribuée au ressenti et à l'expérience dans la posture de type 2.....	222
2.8.3. La valeur de l'expérience dans la posture de connaissance de type 2.....	222
2.9. Les caractéristiques de la posture 3 : méfiance envers son intuition et envers son expérience.....	224
2.9.1. La nature et la valeur du ressenti dans la posture de connaissance de type3	224
2.9.2. La nature et la valeur de l'expérience dans la posture 3	225
Chapitre 3 : La nature et la place du « ressenti » dans l'activité décisionnelle de l'infirmier	226
3.1. La nature et la place effective du « ressenti » dans l'activité décisionnelle de « tri »	226

3.1.1. La nature des manifestations de « ressenti » vécues lors de l'activité décisionnelle	226
3.1.2. Le moment du déclenchement du « ressenti » lors du « tri »	227
3.1.3. Le motif du déclenchement du « ressenti » lors du « tri »	227
Chapitre 4 : Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience sur le	
contrôle du « ressenti » et sur le mode et les modalités de raisonnement	230
4.1. La découverte d'une instance cognitive de régulation du « ressenti » éprouvé lors du	
tri : la posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience	
vécue	230
4.2. Les différentes catégories de posture « cognitivo-émotionnelle »	233
4.3. Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » de connaissance sur le contrôle du	
« ressenti » éprouvé dans l'action de « tri »	234
4.3.1. Le blocage du déclenchement d'un « ressenti »	235
4.3.2. La gestion de l'émotion lors du « tri »	2367
4.3.3. La recherche de validation de l'intuition éprouvée lors du « tri »	237
4.3.4. La recherche d'une preuve et/ou d'une cause à l'étonnement	238
4.4. Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur le mode et les modalités de	
raisonnement	239
4.4.1. Rôle de la posture « cognitivo émotionnelle » sur le mode de raisonnement lors	
d'un étonnement	240
4.4.2. Rôle de la posture « cognitivo émotionnelle » sur le mode de raisonnement lors	
d'une intuition	241
4.4.3. Rôle de la posture « cognitivo émotionnelle » sur le mode de raisonnement lors	
d'une émotion	241
4.4.4. Rôle de la posture cognitivo émotionnelle » sur le mode de raisonnement lors du	
blocage volontaire du « ressenti »	241
4.5. Les conséquences de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur l'élaboration de	
l'expérience et la nature des savoirs élaborés	242
4.5.1. L'apprentissage lors d'une émotion	243
4.5.2. L'apprentissage lors d'une intuition	244
4.5.3. L'apprentissage lors d'un étonnement	246
4.6. L'influence de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur la posture décisionnelle de	
l'infirmier-ière	248

Quatrième partie : Interprétation des résultats	253
Introduction	253
Chapitre 1 : Retour sur la démarche de recherche	254
Chapitre 2 : Pertinence de la problématique et du dispositif méthodologique.....	256
Chapitre 3 : Connaissances apportées	258
Conclusion.....	264
Références	272
Résumé.....	299
Résumé en anglais	299

Liste des annexes

LES ANNEXES SONT PRESENTEES DANS LE VOLUME 2 DE LA THESE NON DIFFUSABLE

Annexe 1 : Programme de la formation à l'accueil de la prise en charge des urgences

Annexe 2 : La classification Infirmière des maladies urgentes (CIMU)

Annexe 3 : Document d'information remis aux participants à la recherche

Annexe 4 : Phase 1 de l'enquête : Guide d'entretien semi-directif auprès des médecins

Annexe 5 : Guide pour l'entretien d'explicitation auprès des infirmiers-ières

Annexe 7: Analyse de l'usage des grilles de « tri »

Annexe 8a : Significations déclarées par rapport à l'urgence, des médecins et des infirmiers

Annexe 8b : Synthèse de significations déclarées par rapport à l'urgence

Annexe 9 : Grille d'analyse 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle

Annexe 10 : Grille d'analyse 2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier

Annexe 11 : Grille d'analyse 3 : Posture de connaissance de l'infirmier-ière face à l'expérience

Annexe 12 : Grille d'analyse 4 : Posture de connaissance face à l'expérience dans la population

Annexe 13 : Grille d'analyse 5 : La posture de connaissance de type 1 dans la population

Annexe 14 : Grille d'analyse 6 : La posture de connaissance de type 2 dans la population

Annexe 15 : Grille d'analyse 7 : La posture de connaissance de type 3 dans la population

Annexe 16 : Grille d'analyse 8 : Place du « ressenti » dans la perception de la situation clinique du patient pour l'ensemble de la population d'infirmiers-ières

Annexe 17 : Grille d'analyse 9 : Les déterminants de la posture décisionnelle dans la population des infirmiers-ières

Annexe 18 : Grille n° 10 : Effets du « ressenti » éprouvé lors du tri sur le mode de raisonnement et savoirs mobilisés

Annexe 19 : Grilles d'analyses individuelles des 20 infirmiers-ières

LRB 01 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 02 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 03 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 04 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 05 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 06 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 07 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 09 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

LRB 10 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 01 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 02 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 03 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 04 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 06 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 07 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 08 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 09 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 10 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 11 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

SLS 12 : G 1 : Significations attribuées à l'urgence, au tri et au rôle
G2 : Reconstruction du modèle opératif de pensée de l'infirmier
G3 : Posture de connaissance face à l'expérience

Annexe 20 : Verbatims des entretiens semi-directifs et d'explicitations des 20 infirmiers-
ières

- Verbatim de LRB 01
- Verbatim de LRB 02
- Verbatim de LRB 03
- Verbatim de LRB 04
- Verbatim de LRB 05
- Verbatim de LRB 06
- Verbatim de LRB 07
- Verbatim de LRB 09
- Verbatim de LRB 10

- Verbatim de SLS 01
- Verbatim de SLS 02
- Verbatim de SLS 03
- Verbatim de SLS 04
- Verbatim de SLS 06
- Verbatim de SLS 07
- Verbatim de SLS 08
- Verbatim de SLS 09
- Verbatim de SLS 10
- Verbatim de SLS 11
- Verbatim de SLS 12

Annexe 22 : Les entretiens semi-directifs des médecins

Annexe 22 : Entretien de SLS D1- Stéphane

Annexe 22 : Entretien de SLS D2 - Nicolas

Annexe 22 : Entretien de SLS D3 - Sara

Annexe 22 : Entretien de SLS D4 - Garance

Annexe 22 : Entretien de LRB D3 - Annie

Annexe 22 : Entretien de LRB D 4- Olivia

Annexe 22 : Entretien de LRB D 5- Sophie

Liste des tableaux

Tableau 1: Les niveaux de « tri »	48
Tableau 2 : Définitions de l'intuition (Dane et Pratt, 2007, p.35).	114
Tableau 3 : L'échantillon de médecins urgentistes séniors	171
Tableau 4: Echantillon des infirmiers-ières de la phase 1	172
Tableau 5: Echantillon d'infirmiers-ières de la phase 2	173
Tableau 6: Les différentes étapes de l'analyse	185
Tableau 7: Les représentations de la nature du ressenti dans la population enquêtée	212
Tableau 8: Les modalités d'élaboration de l'expérience	214
Tableau 9 : Les objets d'expérience	215
Tableau 10 : Répartition des typologies de posture de connaissance dans la population confiance en son ressenti et en son expérience dans la population enquêtée	217
Tableau 11: Corrélacion entre le type de posture face à l'expérience	218
Tableau 12: Posture 1 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l'infirmier	219
Tableau 13: Caractéristiques de la posture 1	220
Tableau 14: Posture 2 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l'infirmier	221
Tableau 15: Caractéristiques de la posture de connaissance de type 2	223
Tableau 16: Posture 3 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l'infirmier	224
Tableau 17 : Valeur et l'usage déclarés du ressenti dans la posture 3	225
Tableau 18 : Nature du ressenti dans la dans le système représentationnel de l'infirmier	225
Tableau 19: Répartition de la nature du ressenti éprouvé lors du tri	227
Tableau 20: Nature et place du « ressenti » dans la perception de la situation clinique	227
Tableau 21: L'absence de « ressenti » éprouvé dans le « tri »	231
Tableau 22: Les actions cognitives de contrôle du « ressenti »	232
Tableau 23: Rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle sur le « ressenti » éprouvé	234
Tableau 24: Le contrôle du « ressenti » Posture « cognitivo émotionnelle » de type PCE 2 : recherche de régulation de l'émotion	237

Tableau 25: Le contrôle du « ressenti » - Posture « cognitivo émotionnelle » de type PCE 3 : recherche de validation de l'intuition	238
Tableau 26 : Le contrôle du « ressenti » - Posture « cognitivo-émotionnelle » de type PCE 4 : recherche de preuves ou de cause	239
Tableau 27: Rôle de la posture cognitivo-émotionnelle sur le mode de raisonnement	240
Tableau 28: Modalités d'élaboration de l'expérience à partir de l'émotion éprouvée lors du tri	244
Tableau 29: Modalités d'élaboration de l'expérience à partir d'une intuition éprouvée lors du tri	245
Tableau 30 : Modalités d'élaboration de l'expérience à partir d'un étonnement éprouvé lors du tri	247
Tableau 31 : Les caractéristiques des types de posture décisionnelle dans la population	251

Introduction

Introduction

Notre objet de thèse porte sur le rôle de l'expérience dans le raisonnement pour la décision et la régulation des effets de l'intuition et des émotions intervenant dans l'activité décisionnelle de l'infirmière. Le champ empirique est celui de la pratique du raisonnement clinique de l'infirmière décidant de la gravité des patients arrivant en urgence à l'hôpital et de leur orientation dans une filière de soins.

Cet objet découle d'une précédente recherche à propos des compétences diagnostiques des infirmières au cours de laquelle les infirmiers-ères ont affirmé que leur « ressenti » les aidait à diagnostiquer les besoins de soins des patients. Par ailleurs, le « ressenti » est un phénomène connu dans le monde des soins infirmiers. Les infirmières le rattachent à un sixième sens, à de l'intuition et ou à leur expérience et elles ne peuvent nommer les savoirs qui s'y rattachent. Le « ressenti » des infirmières n'a pas encore fait l'objet de conceptualisation, ni de caractérisation empirique. Ce qui nous a amenée à vouloir comprendre quelle est la nature de ce « ressenti », son fondement, son statut de savoir et son mode d'action sur le raisonnement diagnostique de l'infirmier-ière.

Ainsi, le choix du contexte de l'étude s'est-il porté sur la pratique diagnostique de l'infirmier-ière des urgences supposant que cette activité mobiliserait une réflexion plus intuitive mais néanmoins expérimentée et que les enjeux de vie et de mort qui traversent cette pratique exigeraient la conduite d'une régulation de ce « ressenti ». Néanmoins, ce choix implique la prise en compte de nombreux autres déterminants.

En France, l'accès aux soins médicaux urgents, pour tout un chacun, repose sur la décision de l'infirmier-ière qui accueille le patient à son arrivée, l'examine et l'interroge sur ses symptômes et détermine le niveau d'urgence de son problème de santé. Ce processus décisionnel de médecine d'urgence est dénommé « tri » par les acteurs du domaine. Cette décision de « tri » engage la rapidité de l'examen du patient par un médecin urgentiste.

Cette décision complexe sur le plan clinique est influencée par de nombreux déterminants externes et internes au raisonnement de l'infirmier-ière. Compte tenu de l'afflux imprévu et irrégulier de patients, cette décision se prend rapidement, dans un climat relationnel tendu générant du stress, de la fatigue, un risque de baisse de vigilance. Ces tensions relationnelles peuvent être renforcées par le comportement des patients qui peuvent soit majorer ou minorer leurs symptômes ou bien, avoir des difficultés à décrire ce qu'ils ressentent.

Le dispositif de prise en charge de l'urgence implique, outre la détection et la gestion de l'urgence absolue à l'urgence relative, le partage de l'activité clinique entre médecin et infirmier-ière. L'infirmière intervient auprès du patient en amont du processus de la prise en charge médicale ; sa décision sous-tend la rapidité de prise en charge du patient par le médecin. D'une part, la décision prise par l'infirmière peut être lourde de conséquence pour les patients. Une erreur de jugement peut être commise et entraîner l'orientation vers un secteur de soins inapproprié au problème de santé des patients ou la sous-évaluation du niveau d'urgence, retardant la rapidité avec laquelle il sera être examiné par un médecin urgentiste. D'autre part, l'infirmière examine le patient, l'interroge et recueille les premiers paramètres de santé dont le médecin se servira pour orienter son investigation clinique et poser un diagnostic.

Ainsi, ce processus décisionnel se fonde-t-il sur un raisonnement clinique visant à identifier le problème de santé du patient. Celui-ci engage l'infirmière à repérer des signes cliniques et à prendre en compte de nombreux paramètres permettant d'évaluer l'état de santé physique, psychologique et ou, social des patients, à analyser la situation du patient pour pouvoir décider de la gravité de leur état de santé. L'évaluation des besoins d'ordre psychologique et/ou social mobilise les capacités d'empathie de l'infirmier-ière, c'est-à-dire ses capacités à ressentir ce qu'autrui ressent. Cette façon de percevoir le patient le/la conduit à déceler les émotions du patient et à s'en servir pour se faire une idée du problème du patient. Ce mode de perception peut-il relever du « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière et tenir lieu de savoir ?

Le raisonnement clinique conduisant à cette prise de décision mobilise des savoirs de nature différente. Parmi eux, certains sont des savoirs d'action et des savoirs cliniques acquis

au travers des expériences cliniques ; ceux-ci pouvant être à l'origine du déclenchement d'une intuition de gravité. Le « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière est-il de l'ordre de l'intuition ?

Les experts scientifiques du domaine de l'urgence médicale (SFMU, 2004) recommandent que les infirmiers-ères affectés-ées au « tri » des urgences aient une expérience professionnelle de deux ans en service d'urgences et aient effectué une formation spécifique à l'évaluation de l'urgence médicale. L'expérience, très souvent rattachée à l'ancienneté professionnelle ou à la multiplicité des lieux d'exercice, est hautement valorisée et exigée par les différents acteurs du domaine, pour occuper cette fonction d'infirmier-ière. Quelle place occupe l'expérience de l'infirmier-ière dans l'activité de « tri »? En quoi est-elle une aide à la prise de décision et permet-t-elle à l'infirmier-ière de se fier ou pas à son « ressenti » ?

Cet ensemble de facteurs nous engage à rechercher sur le plan théorique et sur le plan empirique ce qu'est l'expérience, comment elle s'élabore et se mobilise dans le processus décisionnel. Quelle est la nature du « ressenti » éprouvé par les infirmiers-ières ? Ces questions en soulèvent d'autres.

Sur quelles données les infirmiers-ières fondent ils –elles leur décision de « tri » ?

Comment le « ressenti » intervient-il dans l'examen clinique du patient et dans la décision de « tri » de l'infirmier-ière ?

L'expérience permet-elle à l'infirmier-ière de contrôler son ressenti » et ce ; comment le peut-elle ?

Le « ressenti » est-il un mode de connaissance permettant à l'infirmier-ière de construire et de mobiliser les savoirs issus des expériences et le siège de la conceptualisation dans l'action ?

Le « ressenti » est-il un lieu de passage de l'émotion issue de l'interaction avec le patient ?

Ce questionnement nous a engagée à clarifier d'une part, les tenants et les aboutissants des enjeux socioprofessionnels et épistémiques qui entourent cette décision, le contexte de la prise en charge de l'urgence et de l'activité clinique de l'infirmier-ière, d'autre part, à construire un cadre théorique permettant d'analyser le raisonnement et le processus décisionnel d'un professionnel en contexte de travail, puis de choisir une méthodologie permettant de recueillir des données sur le plan empirique et d'analyser la manière dont l'infirmière raisonne dans le feu de l'action, de rechercher ce qui fait sens pour elle, sur quels

éléments elle fonde sa décision, comment elle acquiert son expérience, si elle se sert de son « ressenti » et si celui-ci peut être assimilé à de l'intuition et ou à une émotion éprouvées lors de l'examen clinique du patient et quels en sont les effets. Quelle place et quel rôle occupe l'expérience dans le processus décisionnel et le contrôle du « ressenti » éprouvé par ce professionnel ?

Cette recherche est présentée en deux volumes. Le premier volume est dédié à la présentation de la thèse, le deuxième rassemble l'ensemble des annexes. Le présent document, constitue le premier volume et comporte six parties.

La première partie présente le contexte de la recherche et de l'activité clinique de l'infirmier-ière, les enjeux professionnels et épistémiques de la recherche. Celle-ci comporte la genèse du projet de thèse, les enjeux socio-professionnels et épistémiques de l'activité décisionnelle de l'infirmières des urgences et le contexte de l'accueil de l'urgence. Elle conduit à montrer que le processus décisionnel de « tri » est fondé sur un jugement clinique, forme de raisonnement pris dans les rets d'une posture fondée sur un paradigme scientifique emprunté aux sciences médicales et sur un paradigme relationnel issu d'Hippocrate et du chamanisme des soins. Il aborde les questions relatives à la valorisation sociale de la pensée logique et rationnelle en opposition à la pensée intuitive. Il présente les modes de construction des savoirs issus des soins infirmiers et de leur reconnaissance en tant que savoir-objet.

La deuxième partie pose les fondements théoriques de la recherche. Ce cadre se situe sur deux champs théoriques principaux : celui de l'épistémologie et celui de l'intelligibilité de l'action humaine. Il est fondé sur une posture épistémologique constructiviste qui conçoit que la connaissance n'est pas une réalité ontologique objective. La complexité des processus humains entourant le processus décisionnel et ses nombreux déterminants est abordée avec une focale multi-référentielle. Il croise les travaux sur la décision en économie en neurosciences, en psychologie cognitive et en psychologie avec ceux sur le rôle cognitif de l'émotion proposés par les approches situées des émotions ainsi que les travaux sur l'expérience issus du courant du pragmatisme, de l'apprentissage expérientiel et de la formation d'adultes. Il fait appel aux travaux internationaux, en sciences infirmières, sur le savoir infirmier. Ces travaux permettent d'appréhender, chacun dans leur domaine, les aspects cognitifs, psychologiques et sociaux de la décision, de la cognition, de l'expérience de

l'adulte en situation de travail et en contexte organisationnel. Ce cadre théorique permet d'une part, d'appréhender le fonctionnement du processus décisionnel, les aspects logiques et intuitifs du raisonnement humain, les facteurs influençant la rationalité de la décision, d'autre part, il identifie la manière dont s'élabore et se mobilise l'expérience, les effets de l'intuition et des émotions sur le mode de raisonnement conduisant à la prise de décision. Il permet de comprendre les différents modes de construction du savoir infirmier.

La troisième partie détaille les différents aspects du problème posé par la question de départ, les perspectives de recherche et les problématiques soulevées par les approches du raisonnement pour la décision et l'action et celles relatives à l'expérience. Elle conduit à problématiser l'existence d'« une posture de connaissance face à l'expérience » et à formuler les hypothèses de recherche concernant le rôle de cette posture sur le mode de raisonnement et la régulation des manifestations d'émotion et d'intuition survenant au cours du processus de raisonnement de l'infirmier-ière.

La quatrième partie présente la méthodologie adoptée pour recueillir et analyser le processus décisionnel de l'infirmier-ière et ses déterminants. L'approche est qualitative et comporte un moment hypothético-déductif et un moment constructiviste. Ce moment constructiviste est induit par la méthodologie adoptée. Le cadre méthodologique est conçu pour permettre d'analyser l'activité du professionnel. Il recueille, afin de les mettre en lien, ce que font ces professionnels pour prendre une décision, leur pensée et leurs émotions ainsi que ce qu'ils disent sur ce qu'ils font. Ainsi, les processus de prise de décision et d'expérience sont étudiés en croisant deux types de théorie de l'activité. La psycho phénoménologie permet le recueil du vécu singulier de chaque professionnel quand il raisonne pour prendre sa décision dans l'action. La didactique professionnelle guide l'analyse du mode et des modalités de raisonnement et l'identification de ses composants. Ainsi, un entretien semi-directif recueille les déterminants contextuels et les déterminants de la posture de connaissance face à l'expérience. Le recueil du raisonnement du professionnel est effectué en utilisant l'entretien d'explicitation. L'analyse du vécu singulier communiqué par le professionnel est faite en se référant au concept de modèle opératif de pensée issu de la didactique professionnelle.

Le dispositif de recherche établi permet d'observer, dans un même espace-temps, le mode et les modalités de raisonnement, réellement mises en œuvre, pour réaliser la tâche prescrite de « tri », la mobilisation et l'élaboration de l'expérience de l'infirmière dans l'action de « tri » et les éléments de la situation qui infèrent sur ces processus humains. Ce dispositif et la posture de recherche adoptés permettent également de caractériser « le ressenti » pour cette population de professionnels.

La cinquième partie concerne la présentation des résultats. Elle décrit le contexte de l'activité décisionnelle de « tri » et expose les résultats obtenus quant à la place et au rôle de l'expérience sur le raisonnement et la décision. Elle propose une caractérisation du « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière dans l'activité décisionnelle. Elle relate la découverte de la mobilisation d'une posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue et ses conséquences sur la nature du « ressenti » éprouvé, le mode et les modalités de raisonnement, les modalités d'apprentissage par l'expérience mais aussi sur le type de décision prise.

La sixième partie fait un retour et une évaluation des choix épistémologiques et théoriques qui ont animé la problématique et la méthodologie de la recherche. Elle fait le bilan sur les connaissances nouvelles apportées. Elle présente six propositions théoriques quant au rôle majeur de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur le contrôle du « ressenti » éprouvé et sur le raisonnement et la décision prise.

La conclusion est l'occasion de discuter des enjeux de connaissances entourant l'élaboration de l'expérience clinique de l'infirmier-ière et d'examiner les conditions de formalisation de savoirs issus de la pratique clinique à partir du développement d'une pensée réflexive dans différents espaces temps de la formation à la pratique.

Première section

La construction de l'objet de recherche

Première section :

La construction de l'objet de recherche

Introduction

Cette première section présente la construction de l'objet de recherche. Elle est structurée en deux parties.

La première partie, constituée de quatre chapitres, présente le contexte de la recherche et ses enjeux. Elle comprend la genèse du projet de recherche et l'implication du chercheur mais aussi l'identification des enjeux socio-professionnels et épistémiques de l'activité décisionnelle de l'infirmières des urgences. Elle se termine par l'exposé du contexte décisionnel lié à la pratique clinique de l'infirmière.

La deuxième partie présente le cadre théorique choisi pour approcher l'influence des émotions, de l'intuition et de l'expérience dans le raisonnement conduisant à la prise de décision. Elle est constituée de quatre chapitres. Le premier concerne la prise de décision et ses déterminants. Le deuxième aborde l'approche choisie pour appréhender les différents modes d'élaboration et de mobilisation de processus d'expérience. Le troisième chapitre présente l'approche choisie pour mettre en objet le phénomène de « ressenti ». Le dernier chapitre de cette première section présente la problématique choisie pour répondre à la question de départ, la question de recherche et les hypothèses de recherche.

Première partie : Le contexte de la recherche et ses enjeux

Introduction

Cette première partie montre que le processus décisionnel de « tri » est fondé sur un raisonnement posé à la suite d'un examen et d'un entretien clinique du patient. La décision de « tri » s'appuie sur des normes médicales définissant l'urgence mais aussi de nombreux autres paramètres. Cette décision est prise dans les rets de la légitimité attribuée au jugement clinique de l'infirmière, à la reconnaissance d'un champ clinique à l'infirmière, à des questions de posture clinique mais aussi de reconnaissance du savoir infirmier. Elle est aussi influencée par des questions de valeur accordée à la pensée logique, à la pensée intuitive et à l'expérience clinique et aux modes de construction des savoirs issus des soins infirmiers et de leur reconnaissance en tant que savoir-objet.

Le premier chapitre présente la genèse du projet de recherche, l'implication du chercheur, les questions vives posées par la question de départ, le choix du terrain de recherche et les résultats des travaux de recherche des infirmières sur l'activité de « tri ».

Le deuxième chapitre s'attache à décrire le contexte de l'activité clinique de l'infirmière d'orientation et d'accueil de l'urgence et à dire en quoi elle consiste. Il présente la notion d'urgence, le cadre réglementaire de la fonction et la formation spécifique à l'évaluation de l'urgence médicale dédiée à l'exercice de cette fonction. Il décrit l'activité en elle-même.

Le troisième chapitre décrit les enjeux sociaux professionnels de la recherche. Il aborde la légitimité du raisonnement clinique et les questions suscitées par l'existence du partage de l'activité clinique entre médecin et infirmier-ière.

Le quatrième chapitre présente les enjeux épistémiques relatives à la rationalité du raisonnement humain, les fondements épistémiques de l'activité clinique, les questions du développement d'une pensée infirmière, la nature du « savoir infirmier ». Il expose les résultats des recherches, publiés en langue anglaise, au niveau international, sur les phénomènes du raisonnement clinique, de l'activité de « tri » et de ses déterminants.

Chapitre 1 : Genèse du projet de thèse et questions vives

1.1. Notre posture de praticien- chercheur

Notre décision d'entrer en études doctorales et notre sujet de thèse sont en lien avec notre activité professionnelle.

Infirmière, cadre supérieur de santé dans une direction des soins regroupant trois établissements de santé appartenant au plus grand groupe hospitalier français et européen, notre mission consiste à coordonner la recherche paramédicale et à accompagner les paramédicaux dans leurs projets de recherche clinique. Cette mission nous a conduite à vouloir nous former à la recherche scientifique afin d'accompagner le mieux possible ces professionnels. Il nous a semblé opportun d'étudier l'activité clinique, le raisonnement qui la soutient mais aussi de cerner ses enjeux socio-professionnels et scientifiques. Notre parcours professionnel d'infirmière, de cadre de santé formateur puis de cadre supérieur de santé en responsabilité d'équipe ou en mission transversales est émaillé par l'enseignement de la démarche clinique en formation initiale ou continue, l'encadrement des pratiques cliniques en service de soins généraux, de travaux de recherche sur la question de la démarche clinique de l'infirmière de soins généraux ou de l'infirmière spécialisée en éducation thérapeutique et en filigrane par la question de la reconnaissance du savoir infirmier.

Nous pouvons considérer que notre recherche est une recherche impliquée mais néanmoins distanciée.

Notre recherche vise, d'une part à obtenir des résultats qui permettent une meilleure approche des processus cognitifs mobilisés par les infirmier-ères dans leur démarche clinique auprès des patients, d'autre part, à stabiliser notre fonction de coordination de la recherche paramédicale - la détention d'un doctorat étant une condition sine qua non pour occuper un tel poste. Toutefois, notre place de cadre supérieur de santé dans une direction de soins crée une distanciation avec la pratique quotidienne des infirmières et sa gestion qui est dévolue au cadre de santé de terrain. Ces différents éléments facilitent la mise en place d'une relation de chercheur- professionnels enquêtés, une connaissance fine de la clinique et des pathologies et la possession du langage infirmier. Une distance a également été créée en

choisissant d'enquêter dans un établissement hospitalier qui n'est pas le nôtre, auprès d'équipes que nous ne connaissions pas.

1.2. Genèse du projet de thèse

Ce projet de thèse a pour origine les résultats d'une recherche qualitative, effectuée en Master 2 à propos des compétences diagnostiques des infirmières accueillant des patients atteints de diabète dans un programme d'éducation thérapeutique sur une semaine d'hospitalisation.

Les principaux résultats de cette recherche intitulée : « La compétence de l'infirmier à identifier les besoins éducatifs du patient : mode et modalités de mobilisation des savoirs issus de l'expérience exprimés dans un rituel spatio-temporel » ont fait l'objet d'une publication dans la revue Recherche en Soins Infirmiers (Farrayre, 2015).

Cette recherche fait apparaître l'existence de compétences diagnostiques spécifiques chez ces infirmières ; lesquelles s'expriment dans l'adoption d'une posture relationnelle de care (Tronto, 2008) et d'un dispositif d'entretien particulier mais aussi, dans l'usage de ce qu'elles appellent leur « ressenti ». Les infirmières interrogées disent que leur « ressenti » les guide pour identifier les motivations, les freins, les blocages à l'éducation thérapeutique. Cependant, elles reconnaissent s'en méfier et mettent en place un rituel spatio-temporel pour s'entretenir avec le patient.

Elle montre que ce « ressenti » se produit en réponse à l'observation des mimiques et des expressions corporelles émises par le patient et leur fournit des informations plus authentiques que les réponses verbales aux questions posées. Elles rattachent l'existence de ce « ressenti » à l'expérience mais ne peuvent nommer les savoirs qui s'y rattachent. Ainsi, selon le point de vue où l'on se place, ce « ressenti » peut être vu comme un élément diagnostique hautement subjectif et peu fiable ou comme un phénomène utile à l'analyse de la situation du patient. Cependant, dans ce contexte d'hospitalisation, d'autres professionnels de santé interviennent auprès du patient et apportent des éléments corroborant ou non le diagnostic des infirmières, ce qui évite, de fait, une erreur éventuelle.

1.3. Questions vives

Ces résultats nous ont engagée à vouloir comprendre sur un plan plus général, quelle est la nature de ce « ressenti », son fondement, son niveau de rationalité, ses liens avec l'expérience clinique des infirmier-ères. Nous nous sommes demandé si nous pouvions rapprocher ce « ressenti » de ce que Jodelet (2006) appelle « éprouvé » et qui relève selon cet auteur, de processus cognitifs et affectifs particuliers. Le « ressenti » est-il un mode de connaissance permettant à l'infirmière de construire et de mobiliser les savoirs issus des expériences de soins vécues? Est-il l'expression d'émotions issues de l'interaction avec le patient? Quels liens entretiennent l'expérience, les émotions et le « ressenti »? Le « ressenti » est-il l'expression de savoirs cliniques? Comment ces trois éléments interagissent sur la rationalité du jugement clinique de l'infirmière? L'expérience favorise-t-elle l'usage du « ressenti » ou au contraire permet-elle à l'infirmière de s'en méfier?

Par ailleurs, le « ressenti » est un phénomène connu dans le monde des soins infirmiers mais aussi dans celui du médecin. Les infirmières l'utilisent comme argument auprès du médecin pour signaler un risque d'aggravation de l'état de santé d'un patient alors qu'aucun signe clinique n'est patent. Il est à signaler que les médecins reconnaissent en tenir compte et accourir pour examiner le patient de plus près. Les infirmières le rattachent à un sixième sens, à de l'intuition, à l'expérience sans pouvoir nommer les savoirs en lien avec ce phénomène. La majorité des infirmières peuvent reconnaître que leur « ressenti » a participé à sauver la vie d'un patient.

De plus, le « ressenti » des infirmières n'a pas fait jusqu'à présent, l'objet de conceptualisation, ni de caractérisation empirique. Les travaux de recherche effectués par des infirmières (Green, 2012, Lyneham, Parkinson, Denholm, 2008a, 2008b) sont centrés sur l'intervention de l'intuition dans le jugement clinique de l'infirmière. Ces travaux montrent son intérêt dans l'évaluation clinique du patient et relie l'existence de l'intuition à l'expérience professionnelle. Nous abordons plus en détail ces travaux dans le chapitre intitulé : l'apport des travaux de recherche internationaux en sciences infirmières.

1.4. Les raisons du choix du contexte de l'accueil des urgences hospitalières

Pour répondre aux questions soulevées par l'existence du phénomène de « ressenti », à ses effets sur le jugement clinique de l'infirmière et à son fondement, nous avons choisi d'étudier le mode de jugement des infirmières travaillant en contexte d'urgence. Nous avons supposé qu'étant donné que dans ce contexte de travail, les infirmières ont peu de temps pour juger de la gravité du problème de santé des patients, nous aurions plus de chance d'y observer un mode de raisonnement moins réfléchi, plus intuitif et d'observer comment l'infirmière s'assure de la justesse de son jugement clinique ; son jugement conditionnant toute la suite de la prise en charge du patient et la sécurisation de celle-ci. De plus, ce contexte de travail positionne l'infirmier-ière dans une posture de clinicien qui diagnostique des problèmes de santé; ce qui n'est pas toujours le cas dans d'autres secteurs de soins. Ce contexte de travail offre plus d'opportunité au chercheur d'observer la mise en œuvre d'une démarche de raisonnement clinique formalisée et d'observer l'étendue du thésaurus de savoirs des infirmières.

En outre, l'activité clinique des infirmières d'orientation et d'accueil des urgences, bien qu'elle soit spécifique, fait partie de l'activité du rôle propre dévolu socialement à l'infirmière et reconnu professionnellement.

1.5. L'apport des travaux de recherche internationaux en sciences infirmières

A notre connaissance, il n'existe pas de travaux empiriques conduits par des infirmiers-ères français(e)s sur l'activité de « tri » et du raisonnement clinique des infirmiers-ères aux urgences.

Sur le plan international, la revue de littérature des travaux empiriques des infirmières relative à l'activité clinique de « tri » des infirmières est effectuée sur les bases de données scientifiques CAIRN, CINAHL, Pubmed, ScienceDirect, en recherchant les travaux publiés dans les vingt dernières années. Elle est réalisée à partir des mots clés : « intuition and nursing » « reflective practice » « common sense and nursing », « tacit knowledge »,

« expertise », « clinical competence », « critical thinking », « decision making », « judgment and nursing ».

Les travaux auxquels nous avons eu accès, mettent à jour que les objets des recherches empiriques des infirmières portent d'une part, sur l'identification des déterminants liés au contexte de réalisation de l'activité, d'autre part sur le raisonnement clinique des infirmières.

Ces publications mettent en évidence que l'encombrement des urgences, la complexité des pathologies des patients et les situations sociales difficiles à régler, tout comme, les gold standards de prise en charge fixant des objectifs de temps d'attente pour les patients de moins de quatre heures complexifient le triage, génèrent du stress et une charge émotionnelle qui peuvent modifier le niveau d'objectivité de la décision de « tri ». Les capacités personnelles de gestion du doute, du stress, et de confiance en soi jouent un rôle support dans cette activité. (Anderson 2006 ; Göransson 2007).

En ce qui concerne les travaux portant sur le raisonnement clinique, si les infirmières utilisent différents modes de raisonnement (Tanner 2006), l'évaluation de la gravité de la situation du patient repose essentiellement sur une synergie entre l'expérience, les savoirs médicaux et les savoirs construits dans et par l'expérience.

L'expérience favorise la construction de savoirs tacites dont la mobilisation est intuitive et immédiate (Anderson 2006 ; Tanner 2006 ; Lyneham et al., 2008). Ces savoirs tacites sont construits dans et par l'expérience (Billay et al 2007).

L'intuition est une forme valide de connaissance (Green 2012) bien qu'elle soit parfois méjugée. L'intuition est définie comme un phénomène perceptif, cognitif et émotionnel repérable, grâce à la mobilisation de savoirs tacites et qui se manifeste sous différentes formes selon le niveau d'expérience de l'infirmière. Ces savoirs, perceptifs cognitifs et émotionnels font d'une part gagner du temps et d'autre part, permettent de rechercher des données complémentaires ; évitant ainsi les erreurs (Lyneham et al., 2008 ; Green 2012).

Nous n'avons pas trouvé d'études permettant d'apprécier les liens pouvant exister entre l'expérience, la nature des savoirs cliniques infirmiers l'intuition et l'usage de l'intuition et de l'émotion dans le raisonnement conduit par l'infirmière pour évaluer le niveau de priorité de la prise en charge médicale d'une personne arrivant aux urgences de l'hôpital. Aucun de ces travaux ne caractérise le « ressenti » de l'infirmier-ière, celui-ci est assimilé à de l'intuition.

Le travail de méta analyse de Tanner (2006) précédemment cité, identifie une douzaine de modes de raisonnement clinique différents. Ce qui ne nous fournit pas une orientation théorique sur un mode de raisonnement plutôt qu'un autre.

Ces résultats sont à prendre avec circonspection car la formation et l'exercice professionnel de l'infirmière sont différents en France. Les enquêtes sont conduites sur de petits échantillons de population. Les méthodologies utilisées sont fondées essentiellement sur la narration du vécu de triage ou sur la description de cas cliniques durant lesquels l'utilisation de l'intuition a été bénéfique. L'estimation de l'expérience est faite en considérant le nombre d'années occupées dans la fonction d'infirmière au triage. De ce fait, les procédures de recherches utilisées ne permettent pas d'observer le raisonnement dans l'action, ni les effets de l'expérience en tant que processus de mobilisation de savoirs. Ils nous confortent uniquement dans le fait que l'expérience, l'intuition et les émotions jouent un rôle dans la prise de décision de « tri ». Il nous faut ainsi rechercher un cadre théorique et méthodologique nous permettant d'une part d'observer le raisonnement et la prise de décision, de pouvoir observer sa mobilisation dans l'action de « tri » et d'évaluer l'expérience de l'infirmier-ière autrement qu'à l'aune des années d'exercice dans la fonction de triage de l'urgence et d'autre part, d'obtenir des indicateurs pour observer le déclenchement de l'émotion de l'intuition. Il nous faut aussi envisager de caractériser le « ressenti » de l'infirmière car ces différents travaux l'assimilent à de l'intuition.

Chapitre 2 : Le contexte de l'activité de jugement clinique de l'infirmier-ière organisatrice de l'accueil des urgences hospitalières

Ce deuxième chapitre présente le contexte de l'activité clinique de l'infirmière d'orientation et d'accueil de l'urgence. Il présente le contexte de la prise en charge de l'urgence médicale en France et la notion d'urgence médicale. Il décrit le cadre réglementaire, les missions d'infirmier-ière d'orientation et d'accueil des urgences hospitalières et la formation spécifique de cette professionnelle à l'évaluation de l'urgence médicale. Puis, Il présente l'origine et les enjeux socio-professionnels de cette activité.

2.1. Le contexte de la prise en charge de l'urgence médicale en France

En France, l'accès aux urgences est une priorité de santé Publique. Toute personne peut se présenter, dans une structure de médecine d'urgence pour y recevoir des soins immédiats dont la prise en charge n'a pas été programmée (Ministère de la santé, Circulaire N°DHOS/O1/2003/195). En conséquence, les motifs de venue et les niveaux d'urgences sont très divers entre l'urgence ressentie par le patient et l'urgence vitale pouvant entraîner des conséquences lourdes ou la mort. (Vuagnat, 2013).

L'afflux de patients se présentant aux urgences de l'hôpital perdure depuis une vingtaine d'années et ne cesse d'augmenter. Entre 1990 et 2004, le nombre de passages annuels a doublé passant de 7 à 14 millions pour atteindre 18,5 millions en 2011 (Vuagnat, 2013) répartis sur les sept cent cinquante structures d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et départements d'outre-mer. Or, cet afflux rend difficile l'accueil et la prise en charge de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie nécessitant la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (Ministère de la santé, Circulaire n° 195/DHOS/01/2003, Annexe).

A l'arrivée aux urgences, il n'est plus possible d'être examiné directement par un médecin en fonction de son ordre d'arrivée : un « tri » des patients, doit être réalisé par un(e) infirmier(e) à certaines conditions.

2.1.1. L'urgence, une notion relative

Le terme urgence vient du latin *urgere* qui signifie « pousser, presser, dont on doit s'occuper vite ». Dans le langage courant, l'urgence se rapporte à la nécessité d'agir vite (Delamour, Marcelli, 2010). Dans le secteur de la santé, il s'y ajoute la menace de l'intégrité physique ou de la vie d'une personne dans un délai bref. Sur le plan médical, l'urgence est une « *Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés rapidement* » (Dictionnaire Larousse Médical, 2006). Dans les textes réglementaires, l'urgence est définie par l'immédiateté du besoin de soins. Les hôpitaux ont pour mission « *l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie* ». (Direction des Hôpitaux, circulaire du 14 mai 1991). Entre urgence vitale ou urgence ressentie, toute une gamme de niveaux d'urgence est possible. Trois grandes catégories de besoins de soins urgents sont définies réglementairement.

« Le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds ;

Le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ;

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux » (Ministère de la santé, Circulaire n° 195/DHOS/01/2003, Annexe, p.10).

Les personnes arrivent de différentes manières : soit, elles sont accompagnées par les pompiers, les services d'aide médicale urgente (SAMU), soit elles sont adressées par leur médecin traitant. Une personne peut venir d'elle-même et considérer que sa demande est

fondée ; tandis que le médecin la trouvera abusive. L'évaluation de l'urgence est subjective et dépendante de l'évaluateur et de ses critères.

En cas d'urgence vitale, le temps presse, il faut aller vite, parfois très vite pour porter secours et apporter des soins très rapidement aux patients, leur évitant ainsi la mort ou des complications graves pour leur santé future. S'il existe des situations significatives d'un besoin urgent de soins, a contrario certaines venues aux urgences ne semblent pas toujours se justifier (ce qui crée différents problèmes tels un engorgement de patients, une augmentation importante du délai d'attente avant d'être pris en charge par un médecin (DREES, 2013). Le problème de santé a ainsi tout risque de s'aggraver, ceci engendre du stress pour les patients et le personnel de ces structures et génère également une augmentation de la violence verbale et physique (Vassy, 2004).

Les motifs de venue aux urgences et de demande de soins gardent leur caractère d'urgence et sont potentiellement délétères pour la santé des personnes, voire mortels tant qu'ils n'ont pas été évalués. Cette évaluation doit donc intervenir le plus rapidement possible dès l'arrivée aux urgences afin de permettre au médecin de prendre en charge les demandes de soins urgentes en fonction de leur niveau de gravité respectif et non en fonction de l'heure d'arrivée dans le service.

Face à l'afflux de patients, une infirmière a en moyenne 5 à 10 minutes, pour trier un patient (Maillard-Acker, 2012); elle doit donc se décider très vite ; cela peut être une source d'erreur de jugement supplémentaire. Lorsque l'urgence est sous-évaluée ; l'état du patient risque de s'aggraver en salle d'attente et cela peut être mortel. A contrario un niveau d'urgence surévalué retarde la prise en charge des patients plus urgents. De plus, gravité d'un cas est jugée relativement à celle des autres afin de gérer la file d'attente qui s'allonge.

Le patient joue également un rôle dans ce processus. Le comportement du patient n'est pas neutre. Certains patients majorent leur douleur, d'autres ont des difficultés à décrire leurs symptômes ou sont évasifs, d'autres encore ont des difficultés à s'exprimer en français, d'autres sont agressifs. Parfois même, ils diront autre chose au médecin, ce qui remet en cause le tri de l'infirmière. Ainsi, aux urgences, les infirmières, tout comme les médecins, ne prennent pas que des critères cliniques en considération; ils tiennent également compte de la situation socio-économique, du vécu du patient face au motif de recours aux urgences (Vassy, 2004).

2.1.2. L'infirmier-ière organisatrice de l'accueil du patient

2.1.2.1. Le cadre réglementaire et professionnel de l'infirmière d'accueil et d'orientation du patient en France

La fonction d'Infirmier-ière d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge du patient (IAO) s'est instituée progressivement, de 1995 à 2004, dans les hôpitaux. Le cadre légal de l'exercice de cette infirmier-ière ère est le même que celui de l'infirmier-ière diplômée d'état (Décret n° 2004-802). *Journal Officiel de la République Française*

« Les soins infirmiers ont pour objet:

De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions » (Article R. 4311-2 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004).

Ainsi dans l'exercice général de sa fonction, l'infirmier-ière concourt-il/elle au recueil des éléments utiles au diagnostic médical mais il/elle n'est pas autorisé(e) à poser un diagnostic médical. De ce fait, d'une part, la réalisation du « tri » soumet l'infirmier-ière à une injonction paradoxale : diagnostiquer sans avoir le droit de poser un diagnostic médical. D'autre part, le médecin présent aux urgences doit être d'accord pour déléguer le tri (Décret 2006 -577, art. D.6124-18). De plus, le champ de pratique et de responsabilité de l'infirmier-ière doit également répondre à des conditions d'exercice déterminées.

2.1.2.2. Les missions de l'infirmier-ière organisatrice de l'accueil du patient

En 2001, le premier référentiel établissant les conditions de l'exercice de cette fonction est rédigé par le Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers et des experts de la Société Française de la Médecine d'Urgence; l'infirmière qui exerce cette fonction est nommée : Infirmière Organisatrice de l'Accueil. Ce référentiel définit le cadre de la pratique

professionnelle de cette infirmière. Il définit les objectifs du tri, la formation ainsi que l'architecture des locaux réservés au tri et aux soins ainsi que l'évaluation de cette fonction. (SFMU, 2004). Dans ce référentiel, la mission générale de cette infirmière consiste à accueillir et à définir des priorités de soins.

« Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion. Le tri des patients aux urgences nécessite une coopération étroite et particulière entre le médecin et l'infirmière. La décision de l'infirmière doit permettre au médecin d'examiner les patients en toute sécurité sans avoir à s'inquiéter des patients mis en attente » (SFMU, 2004).

Dans le texte réglementaire (Ministère de la santé, 2006, Décret 2006 -577) définissant les missions de l'infirmière spécialisée dans l'accueil et le « tri » de l'urgence médicale, la dénomination utilisée est : « infirmière d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient. Elle est donc différente de celle utilisée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) qui la dénomme : « infirmière organisatrice de l'accueil. Dans ce travail nous utilisons l'appellation définie par les textes de loi soit celle d' « infirmier-ère d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient » et utilisons l'acronyme IAO car c'est l'appellation usitée par ces professionnels et les médecins urgentistes.

Le rôle de l'infirmier-ère d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient (IAO) est également légiféré par le Ministère de la santé. Cette infirmière « met en œuvre par délégation du médecin présent, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient » (Décret 2006 -577, art. D.612418). Des recommandations récentes sur le « tri », les grilles de « tri » et l'intérêt de mettre en place un médecin de coordination et d'orientation ont été éditées (SFMU, 2013).

Ainsi, l'IAO décide-t-elle de la rapidité d'accès du patient au médecin et de l'ordre de priorité des patients : elle est responsable du « tri ». En cas d'urgence de soins, elle oriente immédiatement le patient vers la salle de déchoquage. En l'absence de signe clinique d'urgence, elle oriente le patient vers la salle d'attente et lui attribue un niveau d'urgence de

soins qui déterminera son temps d'attente maximum. Il existe des outils d'aide au « tri » aidant à déterminer le niveau d'urgence. (Taboulet et al. 2009, Taboulet, 2011).

2.1.2.3. La formation à l'évaluation de l'urgence

En France, pour occuper le poste d'infirmière d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient d'accueil et d'organisation, des recommandations d'experts du domaine de l'urgence médicale ont été formulées quant aux compétences nécessaires. Ces experts constituent la Commission Soins et Urgences de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Ce sont des médecins urgentistes, des infirmiers-ières considéré(e)s comme des experts, par leurs pairs, du fait des travaux conduits sur la pratique de la prise en charge de l'urgence médicale. Ainsi, le « référentiel de compétences infirmier(e) en médecine d'urgence » (SFMU, 2013) recommande-t-il que l'infirmier-ière possède un an ou six mois, minimum d'expérience, au sein des différentes unités de soins d'un service des urgences avant de pouvoir pratiquer l'accueil et l'évaluation de l'urgence médicale. Il faut aussi que l'infirmier-ière ait suivi une formation spécifique de cinq jours délivrée par un organisme certifié par la SFMU.

Il est établi que cette formation se déroule sur cinq jours. Elle aborde sur une journée la législation et la communication. Une journée est consacrée aux principes et concepts du tri, aux grilles de tri et à l'examen clinique de l'adulte. Une demi-journée est réservée à l'examen clinique de l'enfant. Une journée et demi-journée sont réservées à l'étude de cas concrets de tri et à l'analyse de pratiques de tri. Une autre journée traite des contextes spécifiques liés à l'agressivité, la psychiatrie, l'inter culturalité. Le programme est disponible à l'annexe n°1 dans le volume 2 des annexes de cette thèse.

2.1. L'activité de « tri »

2.2.1. L'origine de la pratique médicale de « tri »

Le « tri » est une pratique médicale qui est issue du procédé utilisé en médecine d'urgence lors de catastrophe et inventé en médecine militaire au cours des guerres napoléoniennes (Blagg, 2004) pour faire face au grand nombre de soldats blessés et les

soigner en fonction de niveaux d'urgence préétablis. En médecine de guerre, trier, c'est classer les blessés en fonction de leurs caractéristiques médicales et sanitaires, selon un à trois types de critères: le critère diagnostique concerne la gravité des blessures, le critère établissant le pronostic est l'estimation de la survie prévisible, le critère logistique concerne l'évaluation de la charge de soins et les possibilités d'évacuation des blessés (Houdelette, 1996). Le « tri » réalisé par l'infirmière comporte des différences.

2.2.2. Le « tri » de l'infirmière et ses enjeux

En France, le « tri » est une notion dont la définition est donnée au travers d'une finalité et de la fonction de l'infirmière qui en est chargée. « Il s'agit de porter un jugement clinique sur le degré de gravité potentielle du problème de santé. » (Divorne, 2003). Le tri infirmier « se veut être un processus qui identifie, évalue et classe les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité, et détermine la meilleure façon d'y répondre. » (SFMU, 2004, p. 13).

De plus, s'il est recommandé que les outils utilisés pour le tri et l'évaluation, tout comme le choix du lieu de soins fassent l'objet d'une réflexion médicale et infirmière et d'un consensus entre médecin et infirmière (SFMU, 2004, p.12), le procédé de tri n'est pas standardisé dans les établissements de santé habilités à recevoir les urgences médicales.

Actuellement, il n'existe pas, en France, ni au niveau international, de consensus scientifique et professionnel sur la généralisation de l'utilisation d'une échelle de niveau d'urgence permettant de juger du niveau de rapidité de la prise en charge du patient. De plus, il est difficile de déterminer l'effectif des médecins et des infirmiers-ières nécessaires. L'afflux de patients varie au cours de la journée. Il peut arriver que plusieurs patients relèvent en même temps de l'urgence absolue et mobilisent la quasi-totalité de l'équipe et tous les moyens techniques disponibles.

De ce fait chaque équipe médicale et infirmière définit sa propre échelle de « tri » en mettant en corrélation la pathologie du patient, le temps maximal d'attente avant de pouvoir être examiné par un médecin et que celui-ci prescrive les soins, le lieu de soins appropriés à la gravité de la situation médicale du patient. Cette échelle peut également mettre en lien des

signes de gravité avec un temps d'attente maximal, un lieu d'orientation pouvant être une salle d'attente ou un box de réanimation.

Le « tri » réalisé dépend des compétences de l'infirmière à identifier le problème de santé du patient, d'évaluer son niveau d'urgence et à le corrélérer avec un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale, à évaluer un risque d'aggravation pouvant survenir dans les prochaines minutes et à décider de l'orienter soit vers la salle de déchoquage en cas d'urgence vitale, vers un box de soins, ou la salle d'attente pour attendre son tour.

Hiérarchiser les besoins des malades est complexe, car les critères pour le faire ne sont pas toujours clairs : quand privilégier la douleur physique ou la détresse psychique sur un risque potentiel vital, et comment intégrer l'âge, la maladie ou le handicap ? De plus, l'appréciation des données utiles au « tri », qu'elles soient objectives ou a fortiori subjectives, fait appel à l'humain et à ses failles.

Le « tri » est un jugement clinique qui relève du diagnostic et de l'évaluation qui conduit à une décision. En effet, il n'est pas possible d'évaluer l'urgence et de décider de la gravité d'une situation sans avoir connaissance de la nature du problème qu'il soit médical, chirurgical, psychiatrique et / ou socioculturel. Ceci soumet l'infirmière à une injonction paradoxale : diagnostiquer sans en avoir le droit. Pour effectuer le tri, l'infirmière s'appuie sur l'entretien clinique du patient. Cet entretien comporte l'interrogation du patient, la prise en compte de ce que le patient exprime de son problème et de son vécu, de ses antécédents ainsi que l'observation des signes cliniques et du comportement du patient, la mesure des paramètres vitaux (Farrayre, Ahern, 2010). Le « tri » est une activité professionnelle qui cristallise la problématique des capacités à raisonner dans le feu de l'action en situation de risques et d'incertitude, de la reconnaissance de la légitimité à juger d'une situation clinique et à poser un diagnostic.

2.2.3. Les outils d'aide à la décision de « tri »

En France, il n'existe aucune grille de tri qui fasse consensus et soit uniformément utilisée sur l'ensemble du territoire national ou qui soit recommandée par une société savante.

Les toute dernières recommandations de la SFMU conviennent qu'une grille de tri est nécessaire. La SFMU édite des recommandations pour la réalisation d'une grille de « tri » mais n'en propose aucune. (Recommandations SFMU n°23, 24, 25, 26, 27, 2013, p. 13).

Une équipe française des urgences de l'Hôpital Saint Louis à Paris, a construit en 1996 puis modifié en 2006, une grille de tri : la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU). Cette classification est disponible à l'annexe n° 2 dans le deuxième volume de cette thèse. Cette typologie est issue de la classification clinique des malades des urgences. (Fourestié, Roussignol, Elkharrat, Rauss, Simon , 1994). Cette échelle a été validée pour l'adulte pris en charge dans cette structure d'urgence. Sa fiabilité et sa reproductibilité est bonne mais doit être évaluée par d'autres structures pour envisager sa généralisation (Taboulet, 2009). Tout comme les autres grilles de tri dans le monde, la CIMU est une échelle constituée de cinq niveaux de priorité croissante (de 5 à 1). La grille CIMU propose une table de correspondance entre des indicateurs médicaux (signes cliniques ou par-cliniques) et ces niveaux de priorité appelés niveaux de tri. Cette correspondance repose sur une estimation de la complexité et ou de la gravité de la situation du patient.

Le tableau n°1 ci-dessous présente les niveaux de « tri ». Ce classement définit le délai de prise en charge maximum du patient établi en fonction de la catégorie de l'urgence auxquelles appartient son problème de santé. Les infirmiers-ières nomment ces niveaux : tri 1, tri2, tri 3, tri 4, et tri 5. Ces niveaux correspondent à un délai maximum d'attente pour être pris en charge par un médecin et sous-tendent des niveaux de gravité.

Tableau 1: Les niveaux de « tri »

Les niveaux de tri	Délai de prise en charge médicale
Niveau 1 : Urgence Absolue	Immédiat
Niveau 2 : Urgence Relative	< 20 minutes
Niveau 3 : Consultation urgence	< 1 heure
Niveau 4 : Consultation sans rendez-vous	< 2 heures
Niveau 5 : Consultation Médecine Générale	< 4 heures

Dans le tableau n°1 ci-dessus, chaque niveau traduit un niveau différent de complexité/sévérité. Le niveau de priorité peut être modulé, d'un niveau, à la hausse, en fonction de l'intensité d'un symptôme ou en fonction de l'instabilité de l'état du patient. Un patient estimé en niveau 4 correspondant à une consultation sans rendez-vous passe en

niveau 3 c'est-à-dire une consultation d'urgence; un patient estimé en niveau de tri3 passe en niveau 2 c'est-à-dire en urgence relative ne pouvant pas attendre plus de 20 minutes. Le tri1 fait généralement l'unanimité : le patient, en général amené aux urgences par le SAMU ou les pompiers, est admis directement en salle de réanimation des urgences.

2.2.4 Les facteurs organisationnels

Le « tri » dépend aussi des moyens organisationnels disponibles dans la structure d'accueil dédiée aux urgences. Le recueil des données cliniques et des informations auprès du patient lui-même se fait avec des contraintes, constantes dans les services d'Urgence, de temps, de langage ou de culture, de bruit, de lieu, de traçabilité qui compliquent encore l'art du tri. Ainsi, la durée optimale du passage dans le box d'accueil est de 5 minutes. Cette durée est en fait « modulable » entre 5 et 10 min, selon le pic d'activité et/ou le motif de recours aux soins. En effet, certains patients sont difficiles à interroger, ont besoin d'une évaluation technique méticuleuse, d'explications sur le déroulement de la prise en charge, ou encore de premiers soins. Mais le triage, comme toute séquence de la prise en charge aux Urgences, doit être court, car un triage trop long risque de prolonger la durée d'attente des patients en amont du box d'accueil (Desmettre, Baron, Capellier., Tazarourte, 2013).

Chapitre 3 : Les enjeux socioprofessionnels de la recherche

3.1. La légitimité du jugement clinique de l'infirmier-ière

La légitimité du jugement clinique infirmier est prise dans les rets du partage de l'activité clinique avec le médecin et avec les autres partenaires de santé, dans des processus internes et externes de reconnaissance du « rôle propre infirmier » mais aussi, dans les processus de professionnalisation de l'activité clinique autonome de l'infirmière et des savoirs mobilisés dans ce cadre.

3.1.1. Une question d'appropriation du rôle propre infirmier

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière est légiféré. Cet exercice comporte « l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé » (Décret n° 2004-802, article R. 4311-1).

Ainsi, les articles du décret cité ci-dessous font apparaître que cet exercice professionnel comporte la mise en œuvre de trois rôles : « un rôle propre », un rôle délégué par le médecin qui lui permet d'effectuer des actes médicaux sur prescription médicale et un rôle dit en collaboration. En effet, lorsqu'on est infirmière, la prise en charge globale du patient comporte trois focales : la pathologie, les complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires des thérapeutiques et les réactions humaines physiques et psychologiques (Psiuk, 1995). Dans ces trois domaines de soins, l'autonomie et la responsabilité de l'infirmière est différente. Ainsi, à chacun de ses trois domaines correspond un type d'autonomie et un niveau de responsabilité différente ; l'infirmière possède ainsi trois rôles (Ministère de la Santé, décret n° 2004-802).

Dans chacun de ces trois rôles, l'infirmier-ière a la possibilité de pratiquer une activité clinique ; celle-ci revêt un aspect différent selon le type de rôle exercé. En ce qui concerne le rôle prescrit par le médecin et le rôle en collaboration, l'infirmière partage l'activité clinique avec le médecin.

En ce qui concerne la prise en charge de la pathologie, l'infirmière agit sur prescription médicale et se trouve dans un rôle d'auxiliaire médicale ; d'exécutante. Elle participe néanmoins au recueil des signes cliniques et surveille l'apparition d'effets secondaires liés aux traitements médicaux entrepris et informe le médecin de ses observations cliniques. De plus, elle se doit de vérifier l'exactitude de la prescription médicale avant de l'exécuter. Ce qui l'oblige à avoir des connaissances médicales. Lorsqu'elle surveille l'apparition de complications ou les effets secondaires des thérapeutiques, elle est dans un rôle de collaboratrice et partage responsabilité des soins avec le médecin. Elle pratique une clinique telle que le médecin la met en œuvre.

Par contre, l'infirmière a la possibilité de pratiquer une activité clinique dans le cadre de son rôle « propre » ; activité dont elle est alors la seule responsable (décret n°81-539 du 12 mai 1981, Article 1). Les domaines dans lequel elle peut la pratiquer sont à la fois larges et restreints, puisqu'il s'agit de prendre en charge les soins liés « aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et destinés à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne » (Décret n° 81-539, article 3), de diagnostiquer les besoins de soins des patients. Dans ce cadre, elle pratique une activité clinique infirmière.

L'activité clinique infirmière comporte l'identification des besoins de la personne, la pose d'un diagnostic infirmier, la formulation d'objectifs de soins, la réalisation des actions appropriées et leur évaluation. Or, les infirmiers-ières n'investissent pas tous-ttes de la même manière cette activité clinique liée au « rôle propre » pour plusieurs raisons. L'aspect curatif des soins demeure une valeur dominante pour les professionnels de santé (Rothier-Bautzer, 2014). De plus, au niveau sociétal, le soin curatif reste fortement valorisé. L'hospitalisation coûtant cher, les hôpitaux doivent prendre les patients en charge dans un minimum de temps; ce qui laisse peu de temps à l'infirmière pour s'occuper du vécu du patient face à la maladie qui l'affecte.

Lorsque le « rôle propre » a été reconnu aux infirmiers-ières en France en 1978 (Ministère de la santé et de la famille), il a été rattaché, par les infirmiers-ières, à des actes de soins sur le

corps et ses excréta et a été longtemps considéré, par les infirmières, comme « le sale boulot » décrit par Hughes (1996). En conséquence, les infirmières ont elles-mêmes délégué une grande partie de ce rôle aux aides-soignantes ou aux étudiants ; préférant effectuer des actes de soins plus techniques et plus valorisés par les médecins, les malades et par la société.

Ainsi, si les infirmières participent à la clinique médicale qui est une activité valorisée, elles ne pratiquent donc pas toutes de la même façon la clinique infirmière; celle qui se préoccupe des réactions du patient, du sens qu'il lui donne, de sa capacité d'y faire face, de respecter le traitement prescrit ou l'hygiène de vie recommandée, de ses conditions de vie avec la maladie. La légitimité du jugement de l'infirmière dépend de la manière dont l'infirmier-ière investit son rôle « propre », met en pratique la clinique infirmière, développe les savoirs qui s'y rapportent et fait reconnaître la plus-value de cette activité face à celle du médecin.

3.1.2. Une question de reconnaissance d'un territoire professionnel

La légitimité du jugement clinique de l'infirmière est une légitimité de fait ; c'est le titre d'infirmière et la relation au malade qui permet l'accès au corps physique et à son discours. Cet accès au corps du patient est d'abord lié au fait que l'activité de l'infirmière consiste à effectuer les prescriptions médicales (Jovic, 1999). Bien que les infirmières se soient vues reconnaître une place entre le médecin et le patient et un « rôle propre », pour Rothier Bautzer, (2014) « un territoire professionnel infirmier autonome n'a pas émergé dans l'univers hospitalier basé sur une organisation centrée sur la spécialisation médicale et le traitement des pathologies ciblées » (p. 100). Ainsi, aujourd'hui, l'infirmière reste l'auxiliaire du médecin et exerce des activités qui touchent au corps humain par dérogation au monopole de l'exercice médical ce qui lui laisse peu de place pour faire valoir un territoire de soins autonome. Bien que pour l'infirmière, l'exercice de la pratique clinique nécessite la mise en œuvre de trois rôles bien différenciés, cette dernière reste une seule en même personne. De ce fait, certains savoirs mobilisés par les infirmières dans leur activité cliniques sont issus des savoirs empirico-théoriques de la sémiologie médicale qui font à l'opposé des savoirs issus de la pratique autonome, l'objet d'une taxonomie (Coustet, 2016). Les savoirs inhérents à la pratique du rôle propre entraînent des modes de raisonnement particuliers et sont soumis à des difficultés de professionnalisation.

Chapitre 4 : Les enjeux épistémiques de la recherche

La valorisation de l'exercice d'un jugement fondé sur l'application de règles logiques et la recherche des preuves scientifiques dont se sont emparées les sciences médicales est héritée des conceptions de la pensée humaine des philosophes de l'Antiquité et des grandes découvertes scientifiques. Cependant, à partir du vingtième siècle, de nombreux travaux de recherche viennent remettre en cause cet idéal de rationalité sans l'effacer. Ils montrent que la rationalité absolue d'une décision ne peut exister pour différentes raisons et principalement en raison de l'existence de processus de pensée intuitifs et émotionnels. Le jugement clinique de l'infirmière n'est pas exempté de ces questions de rationalité car est fondé à la fois sur une posture de recherche de l'objectivité de la démarche scientifique mais aussi sur une posture relationnelle qui prend en compte et partage les émotions de façon empathique pour comprendre le vécu du patient. La valeur du jugement clinique est également liée aux statuts et aux modes d'acquisition des savoirs infirmiers.

Ce quatrième chapitre présente, premièrement un bref historique des travaux philosophiques et scientifiques qui ont concourus à valoriser la pensée logique pour combattre la pensée intuitive jugée moins fiable, moins vérifiable, et plus tard moins scientifique. Dans un deuxième temps, il aborde les modélisations de la rationalité du raisonnement et de la prise de décision, à partir des années mille neuf cent soixante-dix et qui sont toujours mobilisées actuellement. Ces modélisations issues de travaux empiriques dans différents champs scientifiques obligent à changer de paradigme et à abandonner l'idée d'une possibilité de rationalité absolue de la pensée humaine. Troisièmement, il expose les questions relatives au paradigme des soins infirmiers et au statut des savoirs infirmiers. Quatrièmement, il énonce notre posture épistémique de chercheur.

4.1. La valorisation de la pensée rationnelle et scientifique: un héritage de l'Antiquité

La découverte de l'existence de l'intervention de processus intuitifs, logiques et de l'expérience dans le raisonnement humain, a débuté à l'antiquité et a initié une longue période de valorisation de la pensée logique et le combat de la pensée intuitive. Cependant, quel que soient les siècles, il apparaît en filigrane des discours des philosophes ou des résultats des recherches empiriques sur le raisonnement, que le mode de raisonnement dépend de la posture adoptée par l'individu.

Ainsi, les travaux des penseurs grecs, Platon (vers 427 – vers 348) et de son élève Aristote (vers 384-322 av. J.C.) ont valorisé la pensée logique tout en reconnaissant l'intervention de processus intuitifs et celle de l'expérience. Aristote (2000) engage les hommes à fonder leur raisonnement sur des raisons et non sur des mythes ou des révélations. Le raisonnement doit se fonder sur l'expérience constituée par les sensations éprouvées et mises en mémoire et l'induction. Ce processus cognitif est induit par une perception sensible (Aristote, 2000, Chapitre 19, Seconds analytiques) qui se forme grâce aux souvenirs créés par des expériences répétées. De plus, l'homme doit posséder des dispositions et une habilité particulière : l'*hexis* que les latins traduiront par le mot *habitus* pour mettre en œuvre un raisonnement scientifique et que Bourdieu (1978) reprendra pour définir une disposition permanente de l'être humain. « L'*habitus*, comme le mot le dit, c'est ce qu'on a acquis, mais qui s'est incarné de façon durable sous forme de dispositions permanentes (...) par ailleurs, la scholastique mettait sous le nom d'*habitus* quelque chose comme une propriété, un capital. » (Bourdieu, 1978, p.133-136).

La perception sensible décrite par Aristote peut se rapprocher des définitions académiques actuelles de l'intuition qui seront élaborées en philosophie, en psychologie, et en management à partir des années mille neuf cent soixante-dix.

Puis, les premières formulations de théorèmes scientifiques à partir d'observations empiriques telles que la découverte de Pythagore (vers 580-495 av. J.C.) ou celle d'Archimède (1891) (287-212 av. J.C.) renforcent cette valorisation de la posture scientifique.

Quelques siècles plus tard, Descartes (1596-1650) dans son discours de sur la méthode (1973) renforce l'importance de l'adoption d'une posture pour raisonner de façon logique et édicte vingt et une règles pour y arriver ; il fonde ainsi l'avènement du raisonnement logico-mathématique pour adopter une posture logique. Pascal (1623-1662) ré-ouvre la voie à la reconnaissance de l'intérêt d'une pensée intuitive en énonçant dans l'ouvrage intitulé les pensées (1998), l'intérêt de conserver une certaine « finesse d'esprit » que procure l'usage des sens à condition de se méfier des fausses apparences que cet usage peut induire.

Au dix-huitième siècle, les grandes découvertes scientifiques ont pour effet de valoriser le raisonnement scientifique hypothético – déductif issu du cartésianisme, laissant de côté les questions soulevées par les effets chez l'homme de l'existence d'une perception sensible sur le raisonnement. Le siècle des lumières, est une période où foisonnent une multitude de travaux autour de la raison et des sciences. Sur le plan philosophique, Kant (1724-1804) se posant la question de ce qu'est le siècle des lumières (2006), définit les lumières comme la sortie de l'homme de son état de minorité, entendue par lui comme un état de tutelle, pour raisonner et avoir le courage de se servir de son propre entendement et avoir l'audace d'élaborer une pensée autonome. L'intelligence de l'homme se mesure à la quantité d'incertitude qu'il est capable de gérer. Entre 1751 et 1772, Diderot et d'Alembert constituent une encyclopédie de dix-sept volumes rassemblant les conceptions sur la raison et les recherches de cent cinquante savants au sujet des sciences, des arts et des métiers. Par la suite, la valeur donnée à la pensée scientifique ne cessera d'augmenter.

Au dix-neuvième siècle, Auguste Comte (1798-1857) prône l'arrêt des spéculations métaphysiques et engage les hommes à développer une pensée fondée sur l'observation de faits dits « positifs », ce qui préfigure la constitution des sciences exactes et « dures » comme les mathématiques et la physique.

En médecine, Claude Bernard (1813-1878), professeur de médecine et de physiologie au Collège de France, invente la méthode expérimentale (1865). Cette méthode de raisonnement hypothético-déductive se fonde sur l'observation, la formulation d'hypothèses et l'analyse de variables. Pour pouvoir ensuite conclure sur les faits observés expérimentalement, la conduite d'expériences médicales ne peut se faire sans établir préalablement une procédure de recherche précise.

Chez l'enfant, ce n'est qu'au début du vingtième siècle, que débutent les premières études expérimentales sur le raisonnement humain de l'enfant en Europe et aux Etats Unis d'Amérique. Celles-ci ont pour but d'appréhender la manière dont évolue le système cognitif de l'enfant de la naissance à l'adolescence et sa manière de réfléchir afin de lui apprendre à raisonner selon les lois de la logique.

Ainsi, les premières études en psychologie expérimentale sur l'ontogenèse des processus cognitifs sont initiées, en Europe, chez l'enfant, par le psychologue suisse Jean Piaget (1896-1980) et continuent à valoriser la pensée logico-mathématique. En effet, l'étude de l'intelligence pratique (Piaget, 1948), de la conceptualisation (Piaget, 1937) et de la symbolisation du réel (Piaget, 1945) chez l'enfant visent à comprendre les différents stades par lequel l'enfant construit ses connaissances et acquiert une pensée abstraite et un mode de raisonnement logique et hypothético-déductif.

Les travaux de John Dewey (1859-1952), philosophe de l'éducation américain valorise l'exercice d'une pensée scientifique en la basant toutefois sur l'expérimentation et l'esprit d'enquête. Fabre (2015) relève ainsi que la conception de la raison chez Dewey est vue comme « un processus d'interactions contrôlées entre idées et faits (...) La connaissance suppose une démarche d'enquête de problématisation » (p. 48). Selon Fabre (2015), la forme d'enquête décrite par Dewey (1993) est semblable, indique à celle utilisée dans l'enquête policière ou le diagnostic médical. Dans ces deux formes d'enquête, il ne s'agit pas de recueillir des données mais de les problématiser c'est à dire de coordonner ce recueil en fonction des idées émises en explorant le problème. Dans cette modélisation, la logique devient « une discipline de l'esprit, un art de bien penser (...) La logique consiste en une enquête sur l'enquête et s'identifie à la méthodologie (Fabre, 2015, p. 64) ». Cette valorisation de la pensée rationnelle s'assortit néanmoins de la reconnaissance que les inférences que font au quotidien les individus proviennent de processus automatiques de pensée construits grâce aux habitudes.

En parallèle dans les années 1940, des études sur le raisonnement humain sont initiées sur la prise de décision de l'adulte au travail et montrent l'existence de processus de pensée non logique sans être pour autant irrationnels. Selon Novicevic, Hench et Wren (2002), ces travaux sont inspirés de ceux de Dewey sur la théorie de l'enquête (1993). Barnard (1968) montre que des processus intuitifs, non logiques et non conscients l'intuition interviennent dans la décision des dirigeants d'entreprise et que cela peut être considéré comme une

décision relevant du « bon sens », de « l'inspiration » ou d'un « coup de génie » ou d'une « brillante idée » (p. 305, traduction personnelle).

Dans la veine des travaux de ce chercheur, Simon (1947/1983) démontre que les membres d'une organisation sont aidés dans leur prise de décisions par l'organisation en tant que système servant à produire des biens mais aussi, avant tout, des décisions symboliques. Les décisions, prises par les membres de l'organisation, sont rationnelles même si ne sont pas dénuées d'affectivité. Cette rationalité est cependant limitée (« Bounded rationality ») soit par manque d'informations disponibles, soit la limitation est liée aux capacités d'élaboration cognitive de l'être humain. De ce fait, les acteurs décisionnels mobilisent d'autres mécanismes mentaux que le raisonnement logique. Les décisions prises sont parfois la résultante d'habitudes décisionnelles qui ne sont remises en questions que lorsqu'elles ne produisent pas le résultat attendu ou sont le fruit d'un processus intuitif.

Les travaux conduits dès la fin du vingtième siècle et au cours de notre vingt unième siècle adoptent différentes perspectives pour essayer de comprendre l'action de l'intuition dans sur la rationalité du raisonnement ou de la prise de décision. Ces travaux apportent des éléments à notre travail de recherche pour comprendre les modes d'action de l'expérience, de l'intuition et de l'émotion dans le raisonnement et leurs modes d'interactions. Ces différents travaux sont entrepris dans les champs de la psychologie, de la psychologie cognitive et des neurosciences. Ils prouvent que l'idéal de rationalité absolue se confronte au fonctionnement cognitif intrinsèque du cerveau limitant les capacités de l'être humain de traiter l'information. Les buts poursuivis par le décideur, ses valeurs, le rôle occupé dans l'organisation, les conditions dans lesquelles la décision est prise sont aussi des déterminants influents. Les modélisations théoriques proposent d'autres paradigmes de rationalité. Non seulement, elles expliquent comment l'intuition et l'expérience agissent sur le mode de raisonnement. Certaines de ces modélisations démontrent la plus-value apportée par l'expérience et l'intuition au processus décisionnel.

4.2. Les modélisations actuelles de la décision : les changements de paradigme

A partir des années soixante-dix, des chercheurs issus de perspectives théoriques différentes ont montré que l'individu n'applique pas les lois de la logique pour prendre une décision, sans pour autant attribuer ce phénomène de façon directe à l'intuition.

Ainsi, pour raisonner et prendre une décision, l'individu se sert d'heuristiques de jugement (Denes-Raj, Epstein, 1994 ; Tversky & Kahneman, 1983). D'autres se sont intéressés aux processus mentaux des experts et ont montré que la décision est le fruit de leurs différentes expériences et leur permet de traiter et de mettre en mémoire différemment l'information, élaborant des « chunks » (Gobet, Lloyd et Lane, 2016) ; c'est-à-dire d'unités perceptives et significatives plus ou moins complexes et non conscientes (Simon & Chase, 1973; Chase & Simon, 1973). La théorie des « chunks » a été confirmée par d'autres domaines de recherche tels que l'apprentissage verbal, la tour de Hanoi, l'électronique et la musique (Gobet, 2002), le bridge, le jeu de go, le base-ball, la mémorisation des noms de rue chez les chauffeurs de taxi (Didierjean, Ferrari, Marmeche, 2004), les études sur le raisonnement en médecine (Patel & Groen, 1986). La théorie des « templates » (Gobet, Richman, Staszewski et Simon, 1996) apportent des précisions sur la structuration des connaissances des experts et sur le fait que les experts sont capables d'encoder d'une part, l'histoire d'une configuration du jeu donnée c'est-à-dire les états antérieurs dont elle est issue; et d'autre part, d'anticiper les actions pertinentes à envisager.

Pour certains chercheurs en psychologie cognitive issus du courant des théories de la pensée bi-systémique, l'utilisation de processus non conscients de traitement de l'information est le fait de l'existence d'une pensée intuitive (Epstein, 1990, 1994, 2002 ; Kahneman, 2003). Des chercheurs issus du champ de la psychologie montrent que les individus se basent essentiellement sur leur intuition lorsqu'ils ont peu de temps pour prendre une décision, en cas d'urgence. C'est le cas des études concernant les pompiers, (Klein, 1993), les militaires (Kaempff, Klein, Thordsen, & Wolf, 1996), les chirurgiens de salle opératoire d'urgence (Abernathy & Hamm, 1995) et les dirigeants d'entreprise devant prendre des décisions sous contraintes temporelles fortes (Agor, 1986, Burke & Miller, 1999). Depuis les années 1990, selon Akinci et Sadler-Smith (2012 dans Ethier, 2014), trois grands types de modélisation décrivent l'intervention de l'intuition dans le raisonnement.

4.3. Les trois grands types de modélisations de l'intervention de l'intuition, de l'expérience ou de l'émotion dans le raisonnement pour la décision

4.3.1. Le modèle naturaliste de la décision

Le modèle naturaliste de la décision proposé par Gary Klein (1993,2008) et appelé « Recognition – primed- décision model » de Klein est fondé sur le fait que l'individu fait appel à la reconnaissance des modèles mentaux (« patterns ») pour prendre une décision dans l'action. Ce mécanisme de reconnaissance de patterns est rapide et inconscient. Il s'agit d'un mécanisme holistique, en ce sens que l'individu reconnaît la globalité de la situation, plutôt que ses éléments constitutifs. Cependant, la décision n'est pas déterminée entièrement par la reconnaissance inconsciente de patterns. Celle-ci amorce un second mécanisme d'évaluation qui est lui conscient et analytique et qui consiste en une simulation mentale de l'action. L'individu juge si l'action qu'il envisage intuitivement, engendrera un résultat satisfaisant dans la situation présente. Dans la négative, il modifiera l'action ou en sélectionnera une autre susceptible de produire un résultat satisfaisant.

4.3.2 Les théories bi-systémiques de la cognition

Le deuxième type de modélisation proposée est issu du champ de la psychologie cognitive. Depuis les années 70, les théories réunies sous l'appellation « dual process of cognition and decision » s'accordent pour postuler l'existence et l'interaction entre deux systèmes de pensée ; l'un étant logique, l'autre intuitif. Elles concernent l'étude du raisonnement déductif, de la prise de décision et du jugement social (Evans & Over, 1996 ; Sloman 1996 ; Stanovich 1999, 2004; Epstein date; Hogarth, 2003; Hammond, 1980) ; Kahneman, 2016).

En parallèle, des théories du processus dual de l'apprentissage et de la mémoire ont aussi été développées. Elles soutiennent d'une part, que l'existence d'un système implicite non conscient de traitement de l'information crée un apprentissage lent et implicite dont la

mobilisation est facile d'accès par la suite. D'autre part, elles affirment que l'existence d'un système explicite de pensée entraîne des apprentissages rapides et conscients mais qui demande un effort et du temps pour être mobilisés (Reber, 1993). Ces théories du processus dual de l'apprentissage relient les théories de la cognition duale et les travaux sur la modélisation des processus mentaux des experts relatifs à la mémorisation et à l'encodage des informations que modélise le modèle de la décision par la reconnaissance de modèles. En médecine, l'utilisation des « théories dual process of cognition and decision » s'est imposée depuis quelques années pour comprendre le raisonnement clinique des médecins (Croskerry, 2008, 2009, Pelaccia et al., 2011). Ces théorisations des interactions existantes entre cognition, émotions et expérience permettent un regard holiste sur la complexité du raisonnement clinique des médecins et la posture clinique qui le détermine.

4.3.3. La théorie du marqueur somatique

Le troisième type de modélisation proposée est l'œuvre des neurosciences. Cette modélisation intègre une composante corporelle et émotionnelle à la composante cognitive du jugement humain. Le neurologue Antonio Damasio et ses collègues (Damasio, 1995 ; Bechara, Damasio, et Damasio, 2000) mettent en évidence le fait qu'une zone du cerveau de l'individu : le cortex préfrontal ventromédial, est spécialisée dans la gestion des manifestations physiologiques de l'état mental et des émotions véhiculées par le système intuitif de l'individu ; créant un marqueur somatique. Quand cette zone est endommagée, les facultés cognitives de l'individu sont conservées mais son jugement et sa capacité à prendre des décisions sont dénués de ce ressenti émotionnel inconscient. Les décisions prises par l'individu sont alors inadaptées au contexte social. Il est à noter que la gestion des émotions est également décrite comme un facteur régulant l'usage de l'intuition dans les théories « dual-process » of cognition.

4.3.4. Les enjeux épistémiques des différentes modélisations existantes

S'il est possible d'opposer ces trois principaux courants théoriques, il est également possible de considérer, selon nous, que ces trois courants théoriques sont complémentaires ; chacun s'intéressant à un des trois phénomènes que sont l'intuition, l'émotion et l'expérience sur le mode de raisonnement et la rationalité de la décision prise dans l'action. Ils montrent

que ces trois phénomènes sont le fruit d'une mobilisation consciente ou non. Ces trois courants montrent que l'intuition et les émotions sont des processus cognitifs qui favorisent la prise de décision rapide et n'engendrent pas plus d'erreur qu'un raisonnement fondé sur l'application des lois de la logique. Ils montrent aussi que le mode de raisonnement est lié à la structuration des connaissances et que ces dernières sont organisées différemment selon que l'on est expert ou novice dans un domaine. De plus, les théories bi-systémiques de la cognition montrent que le système cognitif d'un être humain fonctionne en utilisant la logique et l'intuition, processus lié à l'expérience implicite.

Le modèle naturaliste de la décision et celui du marqueur somatique ainsi que les théories bi-systémiques de la cognition n'apportent pas de réponse quant à la régulation éventuelle que pourrait procurer l'expérience explicite sur l'intuition et à ses modalités. Ce qui nous engage à étudier quels sont les effets de l'émotion, l'intuition sur le raisonnement clinique de l'infirmière, comment dans l'action, l'expérience régule les phénomènes intuitifs et émotionnels et aide à la prise de décision, en quoi la posture de connaissance face à l'expérience clinique agit sur le mode de raisonnement et de décision.

4.4. La posture scientifique de l'infirmière: un conflit entre deux paradigmes

Les enjeux épistémiques concernant la posture scientifique adoptée par l'infirmière pour juger du problème de santé du patient sont en lien avec la nature même de l'activité clinique et la posture adoptée pour la conduire et qui est liée au rapport au savoir établi par l'infirmier-ière à l'occasion de sa relation avec le patient et du fait de celle-ci. Selon Jovic, (1999), deux grands paradigmes régissent la posture clinique de l'infirmière qui a le choix d'adopter la posture scientifique de l'objectivité du signe clinique ou la posture relationnelle de la subjectivité de l'indicateur clinique décodant les non-dits, les mimiques, le comportement, les silences du patient.

La démarche scientifique adoptée par l'infirmière du fait et dans l'activité clinique se situe entre l'adoption d'un paradigme scientifique, celui de l'objectivité, valorisé par la

participation à l'activité médicale et celle du choix d'un paradigme relationnel moins valorisé parce que moins visible, plus subjectif mais aussi plus abstrait (Jovic, 1999). Elle est aussi traversée par des problèmes de légitimité.

4.4.1. La posture clinique de l'infirmière : une dichotomie entre deux paradigmes

Le terme clinique est un adjectif qui vient du mot grec *klinikê* mais aussi du mot latin *clinicus* qui désigne l'activité réalisée au chevet du malade. On trouve les premières traces de l'utilisation de ce terme dans l'Antiquité. Il est utilisé par Hippocrate de Cos (460 env.380 av. J.C.) pour décrire le rôle double du médecin qui, pour lui, consiste à « soigner et enseigner selon des modalités pratiques et les règles déontologiques de la profession » (Encyclopaedia Universalis, 2008, corpus 15, p. 603). Au fil du temps, le terme clinique s'est détaché du champ médical, pour entrer dans le champ de la psychologie, de l'éducation et de la formation, entraînant des débats théoriques et méthodologiques.

Le terme clinique a été repris par la profession d'infirmière pour désigner l'activité que l'infirmière réalise au chevet du patient. L'investissement du champ clinique permet le fondement disciplinaire des soins infirmiers ; c'est à partir de lui que s'élaborent les savoirs spécifiques des infirmières et que s'appuient les fonctions de gestion des soins et d'enseignement Jovic, (1999, 2012).

Selon Danvers (2010) qui s'appuie sur Revault d'Allonnes (1989, dans Danvers, 2010), la démarche clinique est une position méthodologique voire épistémologique de construction de connaissances. Le clinicien ne soigne pas la maladie, il soigne le malade, ce qui sous-tend l'importance de la relation à établir avec le patient pour le comprendre. La clinique est une activité qui ne consiste pas seulement à observer les signes physiques révélateurs d'une maladie, elle demande aussi de porter attention à toute forme d'expression non verbale tels, les mimiques, les silences du patient qui provoquent des effets émotionnels chez le clinicien et chez le patient. Pour cet auteur, « Dans l'observation clinique, il y a une part de connaissance et une part personnelle fondée sur l'intuition et l'expérience. » (Danvers, 2010, p. 108). Avoir le sens clinique, c'est faire attention au non verbal, au non-visible, à l'écoute des silences de l'autre et aux reflets émotionnels que cela provoque en soi. La démarche clinique s'établit dans la relation et par elle. L'activité

clinique, que l'on soit médecin ou infirmière, pose des questions d'implication du clinicien et de distance relationnelle avec le patient.

La construction de savoirs à partir de la clinique implique, par ses caractéristiques que les infirmiers-ières définissent un paradigme épistémologique au sens de Kuhn (1973) qui puisse être « un cadre qui définit les problèmes et les méthodes légitimes, et qui permet ainsi une plus grande efficacité de la recherche : un langage commun favorise la diffusion des travaux et canalise les investigations » (p.93).

Or, la légitimité scientifique de l'activité clinique de l'infirmière ne va pas de soi. Elle nécessite que des choix épistémiques soient faits entre les deux grands paradigmes qui animent la posture clinique infirmière: le paradigme relationnel issu des sciences humaines et le paradigme scientifique des sciences médicales.

Pour Saint Etienne (2005), l'infirmière doit mettre en place une méthode scientifique de résolution de problème, une pensée systémique pour comprendre ce qui est vivant, en interaction, ce qui fait lien et un mode de raisonnement intuitif permettant la saisie du singulier dans une situation qui est toujours unique.

4.4.1.1. La posture clinique relationnelle

Investir le champ de la clinique ne consiste pas seulement à se référer à la démarche médicale mais aussi aux sciences humaines. La posture demande aux infirmières de sortir de la position d'auxiliaire médicale, historiquement fondée sur l'évolution de la médecine et d'investir à la fois le champ du diagnostic et de la thérapeutique. Or, Saint Etienne (2005) souligne que les infirmières ont été habituées à penser la démarche clinique uniquement en référence à celle des médecins en prenant en compte les dimensions de sémiologie, de diagnostic et de thérapeutique. Dans l'exercice quotidien de la pratique, la démarche clinique implique l'utilisation de trois niveaux de raisonnement pour comprendre comment le malade vit ce qui lui arrive, se représente sa maladie, connaître sa dynamique, son support relationnel et social.

Dans la démarche clinique, il est aussi question pour Jovic (1999) de trouver la bonne distance relationnelle. L'infirmière doit s'investir dans la relation et partager les émotions du patient, sources d'informations importantes à recueillir pour comprendre le vécu du patient dans la maladie mais elle doit également conserver son objectivité pour analyser la situation de soins. L'attitude et le comportement de l'infirmière deviennent alors essentiels dans la démarche clinique.

Selon Formarier (2007), l'infirmière exerce une activité qui lui permet d'avoir la faculté d'agir, de produire un effet avec un comportement qui lui est personnel. L'arrivée dans le champ de la pratique infirmière des courants issus du « care » (Tronto 2008) ou encore du « caring » qui propose une approche holistique de la personne, de son corps, son esprit et son âme où la relation est soin s'effectue grâce au regard, au toucher, à une parole (Watson, 1998), du « prendre soin » (Hesbeen, 1999) concourent à la valorisation de la dimension soignante des soins relationnels et leur dimension interactive. Dans la conception de Tronto (2009) du « care », le paradigme relationnel s'associe avec une éthique du care qui consiste à reconnaître la valeur des émotions très souvent dévaluées et qui ne doivent pas être considérées comme un obstacle à la raison mais comme outil. Le professionnel qui « care about », se soucie de son patient et prend une décision cognitive ou émotionnelle qui s'accomplit dans un mode abstrait (Rothier-Bautzer, 2012) difficilement observable à l'inverse du soin technique.

Le relationnel n'est pas un territoire propre aux infirmières mais il est partagé par tous les professionnels de santé (Rothier Bautzer 2013). En se référant à la conception de Tronto (2009) du paradigme du care, nous pouvons affirmer que la différence de posture entre le médecin et l'infirmière se situe sur l'objet de l'attention. Les médecins sont plus attentifs à la pathologie, les infirmières plutôt à la personne.

4.4.1.2. La posture clinique scientifique

L'acquisition d'une légitimité scientifique de l'activité clinique de l'infirmière impose d'une part que la démarche de pensée développée dans l'interaction avec le patient soit établie sur un raisonnement fondé sur des hypothèses, consécutif à des indices objectifs et non lié à des interprétations infondées (Jovic, 1999).

Elle suppose le référencement des savoirs cliniques et leur reconnaissance de savoirs scientifiques. Or, si la méthodologie de la démarche scientifique est la même pour tout individu, l'objet de la démarche clinique n'est pas le même pour le médecin que pour l'infirmière. L'activité du médecin se définit prioritairement en référence à un modèle centré sur les fonctions physiologiques de l'être humain et à un thésaurus de savoirs, fondé sur des recherches empiriques et reconnus socialement, permettant d'identifier et de traiter les pathologies. L'infirmière est donc amenée à raisonner d'une part, à partir des données médicales liées à la pathologie du patient et à partir de données cliniques infirmières lui permettant de déterminer comment le patient réagit face à sa pathologie et à déterminer les soins qu'elle peut lui proposer pour l'aider à surmonter les difficultés entraînées par la maladie.

Les soins qui découlent du jugement clinique de l'infirmière appartiennent aux actes relevant du rôle propre de l'infirmière (Ministère de la santé et de la Protection Sociale, Décret n° 2004-802). Or, ce rôle est approprié de façon différente par les infirmières (Rothier Bautzer, 2013) Ces soins peuvent concerner, par exemple, la réalisation de soins d'entretien de la vie, de soins relationnels, des soins éducatifs, préventifs ou curatifs. Cette activité implique le choix d'un modèle de soins parmi les modèles existants, comme faciliter, chez la personne soignée, son indépendance à satisfaire ses besoins fondamentaux, sa capacité d'auto-soins, ou l'adaptation physique, psychologique ou sociale de la personne à son handicap, à sa maladie.

Or, les savoirs infirmiers issus de l'activité clinique de l'infirmière ne sont pas référencés de la même manière que ceux des médecins, ni reconnus socialement au même titre que ceux des médecins. Ainsi, rappelle Jovic (1999), si la démarche diagnostique de l'infirmière n'est pas différente sur le plan méthodologique ; elle est traversée par des problèmes de légitimité du jugement rendu.

4.5. Les « savoirs infirmiers » : des savoirs savants ?

4.5.1. Le savoir et les savoirs

Le terme savoir, dans la langue française renvoie non seulement au processus actif qui permet d'acquérir des connaissances mais aussi au résultat de ce processus qui permet d'avoir du discernement. Lorsqu'il est employé en tant que verbe, « savoir » relève de l'être, de l'avoir et de l'apprendre. C'est ainsi : avoir appris quelque chose et pouvoir le dire, le connaître. C'est avoir des connaissances étendues, approfondies, avoir une grande expérience et être au courant de quelque chose, le tenir ou le donner comme vrai, être convaincu de quelque chose (Dictionnaire Larousse)..

Employé comme nom, le « savoir » est l'ensemble des connaissances d'une personne ou d'une collectivité acquises par l'étude et/ou l'expérience. C'est aussi des connaissances et compétences dans un art, une discipline, dans une science, une profession (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales).

La langue anglaise sépare bien les deux aspects du savoir par deux termes différents. Le terme « knowing » représente le processus qui consiste à acquérir des connaissances, tandis que le terme « knowledge », définit le résultat de ce processus, c'est-à-dire l'ensemble des connaissances dont dispose une personne (Chinn et Kramer, 2008).

Après avoir réalisé une revue de littérature, en sciences de l'éducation, sur les apprentissages informels, Muller (2016) note que selon leur nature, les savoirs sont présentés sous la forme d'une opposition entre savoirs théoriques et savoirs d'action, entre savoirs explicites et savoirs implicites. Elle remarque également l'existence d'une certaine ambiguïté dans l'usage des termes de savoir et de connaissance. Elle la dissipe en s'appuyant sur Raynal et Rieunier « La connaissance est une forme spécifique de savoir, en ce sens qu'elle est l'ensemble des savoirs, savoir-faire, savoir-être acquis par un individu qu'il possède pour comprendre le monde, en construire une représentation et agir sur lui » (1997 dans Muller, 2017).

Roquet (2014), définit plusieurs types de savoirs dont la construction s'enracine dans les liens qui se créent entre formation et professionnalisation et s'inscrit dans différentes formes de temporalités. Au niveau de leur construction historique et sociétale « la

construction de savoirs et la valorisation de ces savoirs se repèrent sous trois formes : les savoirs théoriques, transmis de façon académique ; les savoirs professionnels et les savoirs empiriques, acquis par l'expérience ; les savoirs d'action acquis dans le cadre d'activités formatives et professionnelles spécifiques. Ils peuvent exister séparément ou former des combinaisons, se traduire par des modes formalisés dans des programmes d'enseignement ou des modes plus informels de transmission des savoirs (autoformation, apprentissage par les pairs...) »(p.53). Ainsi, nous apercevons, au travers des propos de cet auteur, les liens forts existants entre l'expérience et la nature des savoirs construits.

Dans ce travail, nous emploierons le terme « savoir » pour nous référer au processus de connaissance et à ses modes tandis que le terme « savoirs » au pluriel sera employé pour parler du produit de ce processus de connaissance. Selon le mode dans lequel, ils sont produits et développés, les savoirs ont plusieurs statuts allant du savoir-objet, au savoir-faire, au savoir-être formant les connaissances d'un individu.

4.5.2. Le statut des savoirs produits dans l'activité et leur observation

En sciences de l'éducation, les travaux relatifs aux savoirs professionnels explicitent les difficultés de formalisation et de transmission des savoirs issus de ces différents modes du fait qu'ils n'ont pas le caractère de savoirs théoriques.

En sciences de l'éducation, selon les auteurs, les savoirs issus de la pratique professionnelle sont définis, comme étant des savoirs professionnels (Habboub, Lenoir et Tardif, 2008), des savoirs d'action (Barbier, 1996) dont la production est liée à l'engagement du professionnel dans l'action. Barbier (2009) distingue trois grands types de savoirs produits dans l'activité et du fait de celle-ci : « Les savoirs factuels sont des nouvelles représentations ou de nouveaux énoncés sur l'état du monde. Les savoirs d'intelligibilité sont de nouvelles représentations ou de nouveaux énoncés sur le fonctionnement du monde. Les savoirs opératifs sont de nouvelles représentations sur des transformations possibles du monde. » (p.126).

Selon Roquet (2012), les savoirs acquis par les individus dans des contextes de travail spécifiques sont des combinaisons de savoirs. Pour cet auteur, les savoirs d'action se distinguent des savoirs scientifiques et techniques car ils sont incorporés au professionnel, cachés dans l'agir professionnel et font l'objet d'un discours reconnu sur l'organisation de

l'action. Ils permettent aux individus d'agir en situation mais sont difficilement nommables par l'individu et par là même difficilement identifiables. L'ensemble des savoirs acquis par l'individu se réalise grâce aux apprentissages effectués au cours de sa trajectoire personnelle et des contextes formatifs et de travail spécifiques empruntés. Les savoirs professionnels et ou encore les savoirs d'action se transmettent et se construisent dans les activités formatives ou de travail, de façon formelle ou informelle. En ce qui concerne leur formalisation et leur transmission, Roquet (2012) indique que la condition sine qua none consiste en la mise en œuvre d'une pensée réflexive telle que Schön (1993) l'a définie.

4.5.3. Le « savoir infirmier » et ses modes d'élaboration

Les infirmières développent plusieurs modes de savoirs dans et par leur activité clinique autonome dont la nature fait l'objet de recherche. Les recherches publiées à ce sujet dans la littérature scientifique internationale mentionnent l'existence de plusieurs modes de connaissance dont nous nous apercevons qu'ils rendent difficile la mise à jour d'objets de savoir énonçables, formalisables, transmissibles. De plus, ces savoirs entraînent un raisonnement fondé soit sur une pensée analytique, ou holiste ou intuitive ou sur émotionnelle. Ces différents modes de savoirs constituent le « savoir infirmier ».

4.5.3.1. Le « savoir infirmier » : de quoi parlons-nous ?

Dans la littérature relative aux soins infirmiers, le concept de « savoir infirmier » a été introduit en France par Walter (1998) qui en a donné une définition :

« Le savoir infirmier est la capacité de décoder, au-delà de l'explicite (symptôme clinique, mot...), l'implicite de la demande de la personne soignée et d'y répondre de façon adaptée. Il réside dans l'élaboration d'un diagnostic infirmier et dans l'action infirmière qui en découle. C'est un savoir holistique s'appuyant sur une démarche mentale systémique et cybernétique. Il permet de soigner la personne dans sa globalité et de servir des soins personnalisés, concrets, adaptés, efficaces, évolutifs. » (p.70).

4.5.3.2. Les modes d'élaboration du « savoir infirmier »

Carper (1978, 2015) est la première infirmière à avoir formulé la première la typologie des « savoirs infirmiers ». Sa typologie reste une référence dans le domaine des sciences infirmières, bien que ses travaux aient été complétés par les recherches Benner (1984), Mayo (1996) et Humphreys (2004), White (1995), Chinn et Kramer (2008) quant

aux modes d'élaboration, de développement et d'utilisation des « savoirs infirmiers ». Toutes ces recherches montrent que si les infirmières développent un « savoir empirique » elles déploient plusieurs autres processus de connaissance (knowing) ou modèles de connaissance (patterns of knowing) notamment à partir de leurs expériences de situations de soins. Plus récemment, Lechasseur (2009) dans son travail de thèse en sciences infirmières et en didactique des sciences à l'Université de Laval, a approfondi la recherche et déterminé huit modes de savoir.

Ainsi, les différents modes de savoirs mobilisés par les infirmières pour constituer leur thésaurus de savoirs font apparaître que si le mode scientifique est un des huit modes utilisés, les autres n'en n'ont pas moins de valeur. Lechasseur, Lazure et Guilbert (2011) confirment que ces différents modes contribuent à une pratique compétente dans les soins intensifs appelés soins critiques au Canada.

Il ressort des travaux de Lechasseur (2009) et de Lechasseur, Lazure et Guilbert (2011) que deux modes de savoirs interviennent en premier lors de la prise de contact avec le patient : le « savoir personnel »: c'est-à-dire la connaissance de soi et de l'autre et, le « savoir perceptuel ». Les modes de savoirs « moral et éthique », « d'expérience de vie », « pratique », « scientifique » et « contextuel » viennent en appui pour appréhender la situation de soins.

Le savoir scientifique permet l'acquisition de savoirs empiriques et théoriques formalisables pouvant être professionnalisés et alimente un raisonnement logique et analytique. Les autres modes se développent dans et par les expériences vécues et donnent lieu à des savoirs d'action qui nécessitent une pensée réflexive pour être conscientisés. Les savoirs acquis par leur intermédiaire favorisent un raisonnement holiste, fondé sur la reconnaissance de modèle connus et l'intuition. Les émotions ressenties servent de médiateurs pour connaître les besoins des patients et sont mobilisés par les modes de « savoir personnel » et « perceptuel » identifiés comme les premiers à entrer en jeu dans la rencontre avec le patient.

Il ressort que le « savoir pratique » démontré par Lechasseur dans sa thèse (2009) est un mode de savoirs hautement spécialisé qui constitue le cœur de la pratique clinique de l'infirmière. Constitué d'indices, de comportements types, d'un ensemble de règles d'action qui intègrent des situations similaires pour en faire un tout, il compose un savoir praxéologique permettant de le situer entre un savoir scientifique opérationnalisé et un savoir pratique formalisé.

Selon nous, le « mode de savoir pratique » se rapproche du « savoir d'action » défini par Barbier (2011) et des « savoirs pragmatiques » découverts par (Pastré, 2011) définis comme étant des indicateurs, des règles d'action et théorèmes en acte composant un schème d'action construit par le professionnel dans l'action et pour agir et réussir et dont l'identification exige la mise en place de dispositifs d'observation prônés par le courant théorique de la didactique professionnelle issu du courant de l'analyse de l'activité. La prise de conscience de l'existence des savoirs issus de la pratique n'est possible que par le concours d'une pensée critique (Schön, 1994).

Le « savoir combinatoire » décrit par Lechasseur (2009) dans sa typologie correspond au processus de construction des savoirs professionnels qui consiste pour Roquet (2012) en l'élaboration de combinaisons de savoirs acquis grâce aux apprentissages effectués au cours de la trajectoire professionnelle et des contextes de formation et de travail empruntés par le professionnel. Leur construction et leur transmission pouvant être formelle ou informelle. Ces savoirs deviennent explicites grâce à la prise de conscience du professionnel qui les met en œuvre et l'exercice d'une pensée réflexive sur l'action (Schön, 1993,1994).

Ainsi, la transférabilité de ces savoirs d'expérience d'une situation de soin à une autre, leur transmission d'expert à novice ou bien leur verbalisation et leur explicitation dans les échanges avec d'autres professionnels tel que le médecin, ou sur la scène sociale, ne va pas de soi.

Deuxième partie

Les fondements théoriques de la recherche

Deuxième partie : les fondements théoriques de la recherche

Introduction

Cette deuxième partie, constituée de quatre chapitres, présente le cadre théorique choisi pour approcher le rôle de l'expérience sur la décision et sur la gestion du « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière, lors de l'activité clinique conduisant à prendre la décision du niveau d'urgence du problème de santé d'un patient. Ce cadre théorique vise à répondre aux questions suivantes :

En quoi consiste une décision ? Comment décidons-nous ? La décision est-elle toujours rationnelle ? Quels éléments influencent cette prise de décision ? Quels processus cognitifs sous-tendent la prise de décision ? Comment un professionnel prend-il une décision en situation de travail ? Comment l'intuition, les émotions, l'expérience influencent – elles le raisonnement et la décision d'un professionnel au travail ? De quelle manière l'expérience peut aider un professionnel à gérer l'influence que peuvent avoir l'émotion, l'intuition sur le raisonnement conduisant à cette décision ?

Le premier chapitre présente la posture de chercheur adoptée pour pouvoir approcher la complexité des processus humains entourant la prise de décision et les rôles des différents déterminants l'influençant.

Le deuxième chapitre détaille la prise de décision et ses déterminants à travers les phénomènes de limitation de la rationalité inhérents au contexte décisionnel, au processus cognitif de raisonnement, à la subjectivité du décideur. Ensuite, il aborde le fonctionnement du raisonnement et ses déterminants. Il appréhende, tour à tour, le rôle de l'action, des émotions, de l'intuition sur le raisonnement. Cette approche permet d'entrevoir la place prise

par le contexte décisionnel, la subjectivité du décideur, la cognition, l'émotion, l'expérience et les processus cognitifs volontaires et involontaires de traitement de l'information sur la prise de décision.

Le troisième chapitre apporte des éléments sur le processus d'expérience, les aspects volontaires ou involontaires de son élaboration et les effets de l'expérience sur le mode de raisonnement conduisant à la prise de décision. Il conduit à choisir une approche théorique pour mettre en objet l'expérience et appréhender les différents modes d'élaboration et de mobilisation de l'expérience.

Le quatrième chapitre fournit des éléments théoriques pour comprendre l'origine et les mécanismes d'action des manifestations implicites d'expérience que sont l'émotion, l'intuition et l'étonnement. Ces éléments facilitent également la mise en objet du phénomène de « ressenti » auquel font appel les infirmières.

Chapitre 1 : Une approche multi référentielle

Nous faisons le choix d'une approche théorique multi référentielle. Ce choix vise à pouvoir aborder la complexité des cinq processus humains constitutifs du raisonnement, de la décision et de l'expérience. Il vise surtout à prendre en compte le fait que cette complexité est liée aux interactions existantes entre ces processus qui comportent, à des degrés divers, des déterminants sociaux, culturels, organisationnels, inhérents à la subjectivité propre du sujet en tant qu'être humain. Ces différents niveaux d'influence affectent l'appropriation du rôle d'infirmier- ière dans la société, dans l'organisation, la construction du mode et des modalités de raisonnement, la manière de prendre une décision, d'écouter son intuition, son émotion, d'élaborer son expérience, ses savoirs, de s'y référer ou pas.

1.1. La notion de « multiréférentialité »

C'est le sens de Jacques Ardoino (1993) que nous mobilisons pour cette démarche multi référentielle. Ce chercheur en éducation a développé la notion de « multiréférentialité » dans le contexte des travaux de l'Association Nationale pour le Développement des Sciences Appliquées réunissant des chercheurs et praticiens de l'industrie, du management, des sciences sociales, de l'action sanitaire, sociale et éducative. Il a développé cette notion pour mieux appréhender la complexité des phénomènes humains, notamment dans les situations éducatives et formatives.

De notre part, l'adoption d'une telle posture théorique est moins liée à ce que notre recherche embrasse plusieurs objets de recherche aux multiples dimensions qu'au fait que la mobilisation de plusieurs disciplines offre un enrichissement à notre regard de chercheur sur les interactions et les multiples dimensions de ces objets. Elle est source de plus d'intelligibilité sur les phénomènes complexes qui nous occupent et nous permet de prendre en compte la globalité des processus humains à l'œuvre.

C'est là un intérêt majeur de la multiréférentialité comme le relèvent Péaud, Robo et Thiébaud (2015), dans un article de la revue de l'Analyse de Pratiques professionnelles où ils rendent hommage à Jacques Ardoino pour ses apports épistémiques clés qu'apporte la multiréférentialité qu'il a élaborée pour appréhender la complexité dans la recherche et dans la pratique. Ils le font en ces termes :

« Dans son travail de l'appréhension de la complexité, il a mis en évidence notamment deux notions : la « multi-dimensionnalité » qui distingue des aspects, dimensions ou niveaux dans un ensemble homogène et la « multiréférentialité » qui vise à faire coexister, s'articuler des perspectives hétérogènes entre elles et venues de champs différents. Jacques Ardoino prenait en compte le fait que les acteurs qui sont impliqués dans une situation donnent des sens différents à ce qu'ils vivent » (Péaud, Robo, Thiébaud, 2015, p. 80).

Selon Ardoino (1986), l'adoption d'une posture multi référentielle permet d'approcher la complexité mais constitue aussi la reconnaissance du caractère holiste de la réalité étudiée, sa multi-dimensionnalité.

« Reconnaître la complexité comme fondamentale dans un domaine de connaissance donné, c'est donc, tout à la fois, postuler le caractère "molaire", holistique, de la réalité étudiée et l'impossibilité de sa réduction par découpage, par décomposition en éléments plus simples. Toutefois cette impossibilité de séparer ou de décomposer les "constituants" d'une réalité complexe n'interdit nullement le repérage ou la distinction, effectués par l'intelligence, au sein de tels ensembles, à partir de méthodes appropriées. Cela suppose une "vision", tout à la fois "systémique", compréhensive et herméneutique des choses, pour laquelle les phénomènes de relations, d'interdépendance, d'altération, de récurrence, fondant éventuellement des propriétés quasi-holographiques, deviennent prééminents pour l'intelligibilité. Reconnaître et postuler la complexité d'une réalité, c'est, en outre, admettre sa nature, à la fois homogène et hétérogène, son opacité, sa multi-dimensionnalité, exigeant, alors, pour une compréhension plus fine, une "multiréférentialité" » (p. 3).

Dans une approche multi référentielle, il ne s'agit pas, selon Jacques Ardoino, de tenter d'homogénéiser les différentes perspectives disciplinaires retenues mais de les mobiliser dans une visée de complémentarité afin de rendre le phénomène étudié plus intelligible « en distinguant des « regards » centrés sur les individus ou les personnes

(perspective psychologique), sur les interactions et sur le groupe (perspectives psychosociales), sur les organisations et les institutions (perspectives plus sociologiques), assortis de leur systèmes de références propres. Il s'agit, ici, de « perspectives », et non de « niveaux », comme on l'a, parfois, cru » (Ardoino, 1986, p.3).

Nous adoptons donc une lecture théorique plurielle de ces cinq processus humains en nous appuyant sur leurs points communs, leurs différences, mais aussi et surtout en créant du sens à partir de leurs complémentarités, à la lueur des regards spécifiques apportés par les différents champs théoriques mobilisés. Cette mise en sens vise ainsi à appréhender les processus sous l'angle du sujet, du groupe de travail et du social à l'aide de regards hétérogènes mais complémentaires proposés par des disciplines différentes. Regards que spécifie Ahmed Farah (2018) dans sa thèse de doctorat selon une vision que nous rejoignons :

« Des regards hétérogènes sont donc des regards non seulement différents mais irréductibles les uns aux autres. Ce sont des regards qui visent l'objet pour l'éclairer dans ses parties comme dans son tout, dans ses éléments comme dans son ensemble. Et, parce qu'ils apportent chacun leur contribution à l'intelligibilité de la réalité humaine interrogée, ces angles sont complémentaires » (Ahmed Farah, 2018, p.75).

De cette manière, nous mettons en dialogue fécond autour de notre objet, les approches de la décision et du raisonnement humain dans les champs de l'économie, des sciences de gestion, de la sociologie, de la psychologie, de la psychologie cognitive, des neurosciences et des sciences de l'éducation et de la formation d'adultes mais aussi du courant de la didactique professionnelle. D'autre part, nous mobilisons le regard proposé par l'approche pragmatiste de l'expérience en l'enrichissant avec les travaux menés en sociologie, en sciences de l'éducation et avec ceux du courant de la formation d'adultes.

1.2. Cognition, émotion, intuition et expérience dans la décision : choix d'une lecture multiréférentielle

La mise en dialogue d'une pluralité de conceptions théoriques autour des cinq processus que sont la cognition, l'intuition, l'émotion, l'expérience et la décision est possible du fait que, d'une part, Simon (1983, p.73) s'est appuyé sur le concept de situation de Dewey pour décrire les situations administratives décisionnelles et les différents facteurs influençant

la décision. D'autre part, les travaux de Dewey (1993, 2004), centrés sur le fonctionnement de la pensée logique, montrent que le mode de raisonnement dépend de la qualité de l'enquête conduite pour trouver la solution du problème posé et que, dans cette enquête, l'expérience joue un rôle prépondérant.

De plus, la perspective théorique qu'emprunte Simon (1983), en montrant que la rationalité de la décision est limitée par des processus cognitifs intrinsèques au fonctionnement cognitif humain, ouvre l'étude du raisonnement aux travaux sur la dualité de la pensée humaine, en psychologie cognitive. Ces travaux regroupés sous l'appellation « dual process theories of cognition and decision » (Evans, 2008,2010 ; Sloman, 1996 ; Stanovich, 1999, 2011 ; Epstein, 1994 ; Hammond, 1980 ; Hogarth, 2003 ; Kahneman, 2016) fournissent une explication cognitive quant à la limitation de la rationalité d'une décision par l'existence et l'interaction entre des processus logiques et des processus intuitifs et émotionnels de traitement de l'information. De ce fait, le rôle de l'intuition et de l'émotion sur le raisonnement pour la décision est étudié en regard, de l'approche de l'intuition proposée par Kahneman (2016) ; celle-ci englobant les approches des chercheurs « dual process theories of cognition and decision ».

De plus, l'approche holiste, en neurosciences, de Berthoz sur la décision (2003) et sur les bases neurales de la décision (2012), nous éclaire sur l'influence de l'action sur la décision et sur les processus mentaux, corporels et émotionnels que vit l'individu lorsqu'il prend une décision. Ainsi, d'une part, les travaux de ce chercheur sur le rôle de l'action et de la perception sur la décision sont mis en dialogue avec les travaux de Simon et de Dewey. D'autre part, la focale qu'il porte sur le rôle physiologique et moteur de l'émotion sur la cognition ouvre une focale permettant de mobiliser les travaux en neuropsychologie de Damasio (1995, 1998,1999) mais aussi ceux de Rimé (2009) et de Livet (2002, 2007, 2009) en psychologie cognitive sur le rôle qu'ont les émotions dans la cognition et dans la conduite de l'action.

L'approche de l'expérience mobilise principalement les travaux sur l'expérience de Dewey (1993, 2004, 2005) et ceux de Pastré (1999, 2002, 2011) sur les effets de l'expérience sur le raisonnement dans l'action et du fait de celle-ci. Le couplage de ces deux approches permet, d'une part, de concevoir que l'expérience s'élabore et se mobilise à la fois de façon implicite et explicite et qu'ainsi ces deux processus donnent lieu à l'existence de savoirs explicites ou implicites. Ces formes de savoirs influencent différemment le mode et les

modalités de raisonnement en fonction de leur caractère implicite ou explicite. D'autre part, cet empan théorique multi référentiel nous engage à explorer d'une part, le rôle actif de l'expérience en termes de posture de connaissance établie face aux différentes expériences vécues, d'autre part, à concevoir le « ressenti » en tant qu' « éprouvé » cognitivo-émotionnel se manifestant par une émotion ou une intuition.

Nous présentons notre approche multi référentielle des cinq processus qui constituent notre objet de recherche en la déclinant en trois axes de lecture plurielle: le premier étudie le processus décisionnel et ses déterminants. Le deuxième s'intéresse au processus d'élaboration de l'expérience dans sa forme active et passive sur le raisonnement et la décision. Enfin, le troisième étudie le rôle des processus d'émotion, d'intuition et d'étonnement sur la décision autour de la notion d'éprouvé cognitif et émotionnel.

Chapitre 2 : la prise de décision et ses déterminants

Introduction

Le choix de la « multiréférentialité » nous conduit à mobiliser l'approche de Simon (1983) sur la rationalité limitée de la décision en la conjuguant avec l'approche pragmatiste du raisonnement humain de Dewey (1993, 2004) et avec celle de Berthoz (2003) en neurosciences qui décrit la physiologie particulière liée au fonctionnement des processus mentaux, corporels et émotionnels organisant les rapports entre l'être et son environnement. Ce choix nous permet de comprendre la complexité de l'influence des nombreux déterminants constituant le mode et les modalités de raisonnement, de la prise de décision - déterminants liés à l'individu, à son fonctionnement cognitif, émotionnel, à son rôle

Il nous amène à considérer que la prise de décision mêle à la fois action, cognition et dépend de la situation décisionnelle, du rôle du décideur dans l'organisation, du type de décision à prendre mais aussi de la subjectivité du décideur. La décision est aussi influencée par le fonctionnement intrinsèque de la cognition humaine.

2.1. La décision : un processus de choix et un acte

Les perspectives de Dewey (2004), de Simon (1983) et de Berthoz (2003) mettent en évidence que la décision est à la fois un processus de choix et un acte de jugement dans laquelle action, situation, émotions, intuition, expérience et cognition interagissent. Ces auteurs conçoivent la décision comme un processus de choix mais aussi comme un acte, ce qui, d'ores et déjà, nous engage à l'étudier sous la focale de l'activité cognitive accomplie pour agir en situation.

Sur le plan de la physiologie cognitive, Berthoz conçoit que la décision est un acte de délibération, « un acte par lequel le cerveau confronté à plusieurs solutions pour identifier un

objet, guider une action, ou résoudre un problème, tranche (dans le sens de choisir) et opte pour une solution plutôt qu'une autre. La décision est jugement » (2003, p. 104). La décision n'est pas seulement un processus purement intellectuel même si une décision implique une réflexion ; elle est aussi action car elle porte en elle, tout en intégrant les éléments du passé, l'acte sur lequel elle débouche. Pour cet auteur, l'acte est premier, c'est l'organisateur du monde perçu bien avant que ne le soient la raison, l'émotion ou le corps. Dans cette conception, émotions, cognition et action sont les trois composantes de la décision.

Selon la perspective pragmatiste, la décision se construit dans l'action et au travers du processus d'enquête qui permet de formuler le problème et de trouver une solution permettant d'agir. L'enquête est, pour Dewey (1993), un acte volontaire, un processus rationnel qui poursuit un but celui de résoudre un problème survenant dans l'action et du fait de celle-ci. L'élaboration du problème est dépendante de la solution qui sera trouvée.

« L'énonciation d'une situation problématique en terme de problème n'a de signification que si le problème institué se réfère dans les termes mêmes de son énonciation à une solution possible » (Dewey, 1993, p 174).

La décision est aussi dépendante de la situation. La situation se construit à travers du processus cognitif qui conduit progressivement à définir le problème qui sert de fondement pour l'action. Ainsi, l'enquête permet-elle également l'élaboration d'une réflexion sur la pensée qui permet sous certaines conditions l'élaboration de l'expérience et la construction de connaissances. Pour cela, il faut selon Dewey : « qu'un problème soit senti pour pouvoir être énoncé » (1993, p. 132). Selon la conception de Dewey, la décision combine plusieurs registres de rationalité tels que la capacité d'éprouver, d'agir et d'élaborer de l'expérience à partir du vécu de l'action.

Journé et Raullet-Croset (2012) remarquent que le modèle de Dewey suppose la mise en œuvre d'une certaine forme de raisonnement. Ainsi, l'appréhension globale de la situation à travers l'expérience qu'en fait l'individu, le conduit-elle à adopter un mode de raisonnement fondé sur « l'observation de concomitances de faits et d'événements. La réflexion progresse en interrogeant la nature des relations qui unissent les différents éléments en ce tout contextuel qu'est la situation » (2012, p.123), Nous détaillons, au deuxième chapitre, la conception de l'expérience de Dewey, reconnu comme le théoricien de l'expérience, afin d'examiner les questions que soulèvent l'élaboration de l'expérience et son effet sur le mode

de raisonnement. Nous verrons alors que conception, situation, action, « éprouvé » et expérience sont les quatre composantes de la décision.

Dans l'approche que Simon partage avec March, économiste et psychologue, la décision est conçue comme un processus de choix au terme duquel l'individu ou l'organisation, choisit de réaliser une des alternatives de comportement qui se présente à lui ou à elle (Simon et March, 1958).

« La décision ou le choix – au sens donné à ce terme ici -, désigne le processus au terme duquel on choisit à chaque moment de réaliser une de ces alternatives. La série des décisions qui déterminent le comportement au cours d'un laps de temps donné peut-être appelé une stratégie. » (Simon, 1983, p. 61).

A la suite de ses premières recherches empiriques sur la prise de décision de l'adulte au travail dans une organisation, Simon découvre que la rationalité absolue d'une décision n'existe pas et il explicite les raisons qui la limitent ; celles-ci sont liées à l'environnement décisionnel, à la subjectivité du décideur mais aussi au fonctionnement intrinsèque de son système cognitif.

2.2. La rationalité de la prise de décision

La prise de décision est un processus complexe mis en œuvre en vue de faire un choix parmi plusieurs alternatives et d'agir sur et dans la situation. Ce processus comporte à la fois une activité mentale de traitement de l'information et de mobilisation de connaissances pour agir en situation et une activité de construction du sujet, de son identité personnelle, culturelle, sociale et professionnelle.

Simon (1976 a) est le premier chercheur dont les travaux dans le champ de l'économie ont montré que l'exercice d'une pensée logique absolue telle qu'elle est valorisée depuis l'antiquité est un idéal inatteignable. Son champ de recherche concerne les processus décisionnels des managers dans une organisation américaine. La majorité des références théoriques que nous utilisons de lui, sont issues de la traduction française de la troisième édition (1983) de son premier ouvrage: « Administrative Behavior » paru en 1945, 1947 et

1976 b aux Etats Unis et sont complétées par d'autres publications scientifiques publiées en anglais par l'auteur et par des publications de ses co-auteurs ou bien encore des auteurs qui proposent une lecture globale de son œuvre et une synthèse de sa pensée.

Dès ces premiers travaux, Simon (1983) introduit le concept de « Bounded rationality », traduit en français, par la rationalité limitée, pour décrire le fait que « par la force des choses », la réalité du comportement individuel des décideurs qu'il observe dans la vie économique, s'éloigne des exigences de la rationalité absolue prônée par les théories économiques classiques et néo-classiques (1976 a) et que de nombreux déterminants externes et internes au raisonnement du décideur influencent le processus de choix.

Au fur et à mesure de ses travaux de recherche, Simon transforme, la rationalité limitée en rationalité procédurale (Simon, 1976 a). Il propose ainsi de définir le critère de rationalité d'une décision, en fonction la cohérence du raisonnement qui a conduit à la décision prise. Ainsi, pour Simon :

« Un comportement est rationnel de manière procédurale quand il est le résultat d'une réflexion appropriée. Sa rationalité dépend du processus qui la génère. Il est illusoire de décrire une décision comme "déterminée sur le plan situationnel" quand une part de la situation qui la détermine est l'esprit du décideur »

(Simon 1976 a, p.129-148).

Le caractère rationnel d'une décision est lié au processus lui-même de décision mais aussi à la procédure utilisée pour prendre une décision.

« Une décision est « objectivement » rationnelle si elle représente en fait le comportement correct qui maximisera les valeurs données dans une situation donnée.

Elle est « subjectivement » rationnelle si elle maximise les chances de parvenir à la fin visée en fonction de la connaissance réelle que l'on aura du sujet. Elle est « consciemment » rationnelle dans la mesure où l'adaptation des moyens aux fins est un processus conscient. Elle est « intentionnellement » rationnelle dans la mesure où l'individu ou l'organisation auront délibérément opéré cette adaptation. Elle est « personnellement » rationnelle si elle obéit aux desseins de l'individu » (Simon, 1983, p.70-71).

L'adoption d'une conception procédurale de la rationalité implique un changement de paradigme selon Bejean, Midy et Peyron (1999). Ce concept s'attache, selon ces auteurs, à définir à la fois la rationalité effective de la pensée et la rationalité de l'action. Le paradigme de la rationalité procédurale implique la prise en compte du fait que « l'individu qui raisonne est un individu qui délibère dans un univers complexe (environnement objectif) en fonction de valeurs subjectives évolutives (environnement subjectif) selon des règles de décision procédurales (environnement interne). » (1999, p. 15). Ainsi, Simon (1976b) relie la rationalité de la décision à la rationalité de l'action.

Si notre travail de recherche ne vise pas à évaluer la rationalité de la décision en tant que telle, les propositions théoriques faites par Simon éclairent notre objet de recherche pour trois raisons.

Premièrement, il montre que les individus ne sont pas intentionnellement, ni délibérément irrationnels, même si cela peut se produire parfois, mais que ni leur connaissances, ni leur pouvoir d'estimation ne leur permettent d'atteindre le haut niveau d'adaptation de tous les moyens comme le postulent les théories économiques prônant la rationalité absolue (Simon, Egidi, Viale, Laphorn, 2008). Les individus prennent des décisions adaptatives dans un grand nombre de domaines. Deuxièmement, ces propositions offrent un panorama de l'ensemble des facteurs influençant la décision.

Troisièmement, la connaissance de l'existence de déterminants liés à la subjectivité du décideur, à son raisonnement, à son rôle dans l'organisation et au contexte dans lequel la décision est prise (Simon, 1957, 1983) facilite la mise en place d'un dispositif méthodologique permettant leur recueil et leur prise en compte et donc d'en circonscrire les effets. L'approche de la rationalité limitée de la décision défendue par Simon (1983) prend en compte les aspects situationnels, cognitifs et subjectifs de la décision et prend en compte, quand bien même elle sépare, d'après Journé et Raulet-Croset, (2012), la cognition et l'action. Cette approche est compatible avec le regard proposé par la didactique professionnelle (Pastré, 2011) sur l'influence de l'action et de la situation de travail sur la conceptualisation dans l'action qu'élabore un professionnel pour agir et réussir la tâche qui lui est confiée.

2.3. Les déterminants contextuels de la décision

2.3.1. La culture de l'entreprise

Pour Delavallée (1995), la culture de l'entreprise est aussi un ensemble « frontières à la rationalité » telles qu'évoquées par March & Simon (1991). Ces frontières garantissent la stabilité des structures de l'entreprise tout en lui permettant une certaine adaptation. Ces limites se situent, selon Delavallée, autant au niveau de « la manière de percevoir des phénomènes que des façons de réagir à des situations et interviennent sur chacun des composants de tout processus de décision, pré structurent plutôt que déterminent les choix, dans la mesure où plusieurs solutions sont toujours possibles » (1995, p.9-10). La rationalité est alors relative à la culture de l'entreprise dans lequel le décideur prend la décision.

Berthoz (2003) est convaincu que le cerveau décide en fonction de valeurs subjectives attribuées au différentiel entre ce qu'il prévoit, ce qu'il désire, et ce qu'il obtient. Cependant, il signale que ces différences de valeur sont mesurées à l'aune de facteurs sociaux et culturels.

2.3.2. L'organisation du travail et le rôle du décideur

Dans une organisation, le processus décisionnel est circulaire selon Simon (1983). L'individu doit prendre en compte les décisions prises par les autres individus car elles conditionnent son action. Il existe des situations de décision dans lesquelles une concurrence entre les individus se produit et d'autres dans lesquelles une coopération et un travail d'équipe s'établit. Dans les situations de concurrence, chacun doit savoir ce que décideront les autres pour déterminer uniquement les conséquences de ses propres actions. Avant qu'un individu A puisse choisir rationnellement sa stratégie, il doit savoir quelle stratégie a choisi l'individu B ; et avant que B ne choisisse la sienne il doit connaître celle de A. Pour décrire ce phénomène, il prend l'exemple des joueurs d'échecs dépeint par Gobet et Simon (1997,1998).

Dans les situations où les participants partagent un but commun, et où chacun dispose d'une information suffisante sur ce que vont faire les autres, il est possible d'ajuster sa décision. Simon réserve le mot de « coopération » aux activités qui réunissent des participants autour d'un but commun et celui de « coordination » au processus qui consiste à informer chacun des comportements planifiés des autres. Il précise qu'en l'absence de coordination, la coopération se révélera inefficace : elle sera incapable d'atteindre les objectifs visés, quelles

que soient les intentions des uns et des autres. Dans un modèle coopératif, les deux partenaires préfèrent le même ensemble de conséquences ; par conséquent si chacun devine correctement les intentions de l'autre, tous deux agiront de concert pour réaliser l'objectif désiré. Il signale aussi la possibilité qu'un modèle d'organisation coopératif soit instable si chaque participant est incapable de prévoir ce que l'autre va faire. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'un conflit de buts mais de connaissances imparfaites (Simon, 1983).

Demilly, Pingaud (2005) mettent en évidence que la thèse de Simon (1983) sur la fonction des organisations, il soutient que l'objectif d'une organisation n'est pas de produire quelque chose mais de décider que faire et comment le faire. Ils soulignent ainsi que pour Simon (1983), les choix des objectifs incombent plus aux échelons supérieurs de la hiérarchie, alors que le choix des moyens relève plutôt des échelons inférieurs. Suivant le rôle tenu au sein de l'organisation, le décideur va se référer à telle ou telle contrainte pour énoncer des objectifs possibles et envisager les moyens de l'atteindre. Nous pouvons admettre que la rationalité du choix est liée à la subjectivité du décideur et au rôle qu'il occupe dans l'organisation et à l'existence d'une coordination ou d'une coopération entre les différents membres de l'organisation.

2.3.3. La complexité de la situation décisionnelle

Il existe plusieurs catégories de situations dans lesquelles la décision est complexe à prendre et influence la rationalité de la décision.

Lemaire (1999) classe la complexité des situations de prise de décision en trois catégories selon la facilité qu'a le décideur d'estimer les conséquences de sa décision. Il décrit les situations sous certitudes et celles sous incertitudes. Les décisions prises sous certitude sont des décisions simples, exemptes de complexité. Dans ce cas, le décideur est certain des conséquences de sa décision. Hormis ces cas-là, deux autres catégories de décision peuvent être considérées comme complexes à prendre. Il s'agit d'une part, des décisions sous incertitude qui sont celles dont le décideur ignore la probabilité du résultat et d'autre part, des situations à risque dans lesquelles les conséquences sont connues ainsi que les probabilités de ces conséquences.

Bechara, Damasio et Tranel (2005) décrivent deux catégories de décisions complexes: les situations à risque et les situations comportant des ambiguïtés. Ils apportent une précision quant à la valeur attachée aux décisions prises dans des situations à risque et les situations comportant des ambiguïtés.

Dans les situations à risque, la probabilité du résultat est connue, le décideur doit choisir entre un choix sûr et un choix risqué. Lorsque le choix est sûr, le décideur a une forte probabilité d'avoir une récompense mais celle-ci est de faible valeur. Lorsque le choix est risqué, la probabilité de gagner une récompense est faible mais elle est nettement plus importante en valeur.

Les situations comportant des ambiguïtés se distinguent des situations à risque sur deux points. La probabilité de faire un bon choix est identique à celle de faire un mauvais choix. La probabilité d'obtenir un résultat spécifique est inconnu ou relève du hasard. Il n'y a pas plus de risque à faire un bon choix ou un mauvais choix. Qu'il soit sécuritaire ou risqué, le choix ne diffère pas en termes de valeur de la récompense. Simon (1983) explique également que la nature des éléments entrant dans le processus de choix empêche l'objectivité absolue du décideur.

2.4. La subjectivité du décideur

Simon (1983) met en évidence le caractère subjectif de la rationalité. Cette subjectivité est liée au fait que le décideur réfléchit et décide également en fonction de critères et de valeurs personnels. Il se réfère à sa propre échelle de valeurs. Il poursuit ses propres buts et il cherche ses intérêts. Son niveau de formation, son expérience, ses connaissances influent sur sa perception et sur son mode de réflexion affectant sa rationalité. Ces déterminants constituent, pour Simon, les aspects psychologiques du choix.

2.4.1. Une question de buts et de valeurs

Simon (1983) énonce ainsi que « la rationalité s'applique au choix des alternatives qui seront préférées en fonction du système de valeurs permettant d'évaluer les conséquences du comportement choisi » (1983, p.69), Selon lui, un comportement peut être qualifié

d'objectivement ou de subjectivement rationnel selon le point de vue où l'on se place. On peut, nous dit-il, considérer qu'une personne fait un choix subjectivement rationnel si elle choisit de prendre un médicament parce qu'elle pense qu'il va la guérir. Or, d'un point de vue objectif, ce comportement n'est rationnel que si le médicament se révèle efficace (1983, p.69). Ceci nous amène à penser que la rationalité d'une décision ne peut se juger qu'en fonction de l'efficacité de l'action effectuée pour résoudre le problème.

Cyert & March (1970), proches de Simon et parfois co-auteurs de certains travaux de Simon proposent une voie d'analyse de l'efficacité de la décision. Tout comme Simon, ils considèrent qu'il faut tenir compte du fait que chaque décideur a des intérêts et des buts différents de ceux de l'organisation dont il fait cependant partie. Ils proposent d'analyser les processus des décisions prises dans les organisations à partir de trois composantes : les buts, les prévisions et le choix effectué par les décideurs.

Dans sa conception du fonctionnement physiologique de la pensée humaine, et des processus d'adaptation que l'acte de pensée permet à l'individu, Berthoz (2003) énonce qu'un individu, via son système nerveux, intègre les propriétés du monde et qu'il en retient certaines en les référant à ses propres buts. Ces propriétés façonnent la réalité extérieure en y projetant les préperceptions, les désirs, les intentions de l'individu.

« Le cerveau décide non pas en fonction de la valeur absolue des récompenses mais en fonction de la valeur subjective, des différences entre ce qu'il prévoit, désire, et ce qu'il obtient » (Cyert & March, 1970 p. 345, notre traduction).

2.4.2. Une question de critères de satisfaction

Si pour un observateur extérieur, une décision rationnelle est le produit d'un choix adapté à la réalisation d'un objectif et à la situation et le résultat de l'utilisation d'une procédure de raisonnement permettant l'examen séquentiel de chaque alternative, elle est aussi dépendante de critères établis par le décideur. Ainsi, le décideur se fixe lui-même ses propres règles décisionnelles en fonction de ce qu'il estime être en capacité d'atteindre, par sa réflexion, comme niveau de rationalité décisionnelle. Le « satisficing » est une règle de conduite fixée par l'individu lui-même et qui permet à l'individu d'arrêter son choix sur une solution satisfaisante (Simon, 1999, p. 8-11).

En effet, Simon observe empiriquement que le décideur arrête sa procédure de choix lorsqu'il estime que l'alternative choisie répond à la norme de satisfaction qu'il s'est lui-même fixé. Il crée le concept de « satisficing » pour décrire ce phénomène et traduire le fait que l'individu arrête son choix sur une alternative qui répond positivement à ses attentes, à ses aspirations. Ces aspirations peuvent être à plusieurs dimensions. Une solution est considérée « satisficing » si elle satisfait les aspirations dans toutes les dimensions.

Le décideur fixe sa propre norme de satisfaction à partir de ses espérances de réussite et ce, dans chaque dimension de ces attentes et aspirations. Cette norme de satisfaction évolue au fur et à mesure de l'avancement de la procédure de décision et des difficultés rencontrées. Au cours du processus de choix, le décideur évalue l'état de satisfaction que lui procure le choix réalisé. Si cet état excède les aspirations, la satisfaction est enregistrée comme positive. Si les aspirations excèdent l'état actuel, il y a insatisfaction. Si le décideur ne trouve pas une solution qui lui corresponde à son niveau de satisfaction, il reprend sa recherche. Pendant ce temps, les aspirations dans une ou plusieurs dimensions diminuent graduellement jusqu'à ce qu'une nouvelle solution soit trouvée ou qu'une solution existante se révèle « *satisficing* » (Simon, 2004, p. 68-71). Le décideur est en fait, selon lui, un « *satisficer* », un individu qui accepte des solutions « assez bonnes » non pas parce qu'il préfère le moins au plus mais parce qu'il n'a pas le choix. Pour lui, ce qu'une personne ne peut faire, elle ne le fera pas, quelle que soit l'urgence de l'action à faire.

2.4.3. La formation et l'expérience du décideur

March & Simon, (1991) relèvent le fait que la rationalité dépend du niveau et de la nature de la formation de la personne, de sa trajectoire sociale dans l'entreprise ou en dehors. Ces éléments formatent en quelque sorte son système de catégories de perception et d'appréciation.

En ce qui concerne l'expérience du décideur, Simon (1959, p. 271) estime qu'il est possible d'énoncer l'hypothèse que le sujet s'adapte et apprend à faire des choix mais pas nécessairement de manière optimale. Pour lui, l'adaptation ou l'apprentissage consiste en l'adoption plus fréquente de choix qui, par le passé ont été plus fréquemment récompensés. Il existe toute une série de règles de comportement où l'individu se fonde sur son expérience

pour choisir une alternative et adopte plus facilement un choix qui, dans le passé, a été souvent récompensé dans le passé (Simon, 1959, p.271).

2.5. L'influence de la cognition humaine sur le raisonnement

Le fonctionnement intrinsèque du système cognitif intervient également sur la limitation de la rationalité d'un individu. Si le décideur met en œuvre des processus cognitifs délibérés, il est aussi le jouet de processus cognitifs automatiques intervenant en dehors de sa volonté. Selon Simon (1983) le mode de fonctionnement cognitif involontaire limite le champ de l'attention, oriente la perception de l'individu et influence inconsciemment le mode de raisonnement du décideur.

Cet aspect non volontaire de la cognition est repris sous l'angle de phénomènes perceptifs par Bruner (1957) et par Berthoz (2003, 2012) qui y ajoute l'intervention de mécanismes neuronaux réglant le processus d'attention - processus qui fixe ce sur quoi l'homme porte son attention. Les aspects non volontaires de la cognition sont aussi décrits par Tversky et Kahneman (1974) et repris sous l'angle d'une dualité entre processus volontaires et non volontaires de traitement de l'information par les théoriciens de la pensée systémique et par Kahneman dans son livre sur les processus dual de pensée (2016).

2.5.1. La limitation du champ de l'attention

La rationalité est limitée par l'impossibilité pour un esprit simplement humain de saisir, de façon directe, la totalité des éléments pertinents, en regard de la décision qu'il lui faut prendre. Ce phénomène n'est pas lié à l'incertitude exogène ou stratégique qui pourrait peser sur la prise de décision. Il est lié aux limites du champ de l'attention (Simon, 1976) et à la capacité intrinsèque du cerveau à appréhender l'ensemble des facteurs à considérer pour prendre la décision. Ainsi, l'individu anticipe les conséquences possibles à partir de relations empiriques connues et de l'information disponible sur la situation présente (Simon, 1983).

Selon Berthoz (2012), l'attention est influencée par la décision de regarder plus particulièrement tel ou tel aspect de l'objet et de la situation. Ses recherches montrent que « plusieurs réseaux neuronaux différents de notre cerveau sont activés en fonction de ce sur quoi nous décidons de porter notre attention » (p. 116). Cette décision de porter attention, de

regarder, « ce n'est pas simplement bouger les yeux, cela dépend de vos intentions, de votre désir, du contexte social » (p. 116).

De prime abord, les conceptions de Berthoz et de Simon du phénomène d'attention semblent opposées. Pour Simon (1983), l'individu ne peut contrôler son attention qui est un processus cognitif non volontaire tandis que Berthoz (2012) décrit l'attention comme un acte décisionnel de l'individu qui dirige son regard sur un aspect de la situation vécue. Or, en expliquant que le cerveau possède également des mécanismes d'inhibition de la décision, Berthoz démontre également le caractère non totalement volontaire de l'attention, rejoignant par-là la conception de Simon.

Nous pouvons considérer que la limitation du champ de l'attention est un phénomène cognitif qui restreint la rationalité de l'observation réalisée et par conséquent influence le processus décisionnel. Un autre phénomène cognitif vient influencer la décision : la perception.

2.5.2. La perception et ses déterminants

Les choix des individus sont toujours effectués au regard d'un schéma simplifié et limité de la situation réelle qui définit la situation (March & Simon, 1991).

Selon Simon (1959), la perception est un « filtre » qui est lié au fonctionnement du système cognitif. Tout organisme humain vit dans un environnement qui génère des millions de bits de nouvelles informations à chaque seconde, mais le goulot d'étranglement de l'appareil perceptif n'admet certainement pas plus de 1000 bits par seconde et probablement beaucoup moins. Les inférences faites pour extraire toute l'information présente dans l'environnement n'excèdent pas plus d'une fraction de seconde. Le filtrage que réalise le système nerveux central n'est pas seulement une sélection passive d'une partie de l'ensemble des éléments qui se présente, mais un processus actif dirigeant l'attention sur une très petite partie des informations de l'ensemble perçu. L'information que le décideur possède sur son environnement est une approximation de l'environnement réel. Le modèle du monde que se construit le décideur englobe seulement une petite fraction de toutes les caractéristiques pertinentes de l'environnement réel. Les différences entre le monde perçu et le monde "réel" sont liées à la fois à des omissions et à des distorsions et surgissent à la fois dans la perception

et l'inférence. Les défauts concernant l'omission dans la perception sont plus importants que ceux concernant les distorsions.

Berthoz (2003), lui aussi considère que la perception est un filtre mais dans sa conception, elle fait partie intégrante de la décision. La décision ne vient pas après la perception ; percevoir, c'est déjà en quelque sorte, engager le processus de décision dans une direction ou une autre. Il définit la perception comme « la simulation d'une action sur l'objet ou l'environnement visé » (p. 178).

Pour lui, percevoir, c'est décider et décider c'est parier, de telle sorte que le monde est perçu non comme un donné sensible évident et unique mais plutôt comme un probable. « La perception peut donner lieu à une variété de solutions possibles que le raisonnement pourra arbitrer entre elles. Percevoir, c'est aussi lever des ambiguïtés, c'est choisir une interprétation plutôt qu'une autre, c'est donc décider. » (Berthoz, 2003, p. 177-178).

De plus, pour cet auteur, l'acte décisionnel est un organisateur de la perception.

« L'acte n'est pas le mouvement mais il est intention d'interagir avec le monde ou avec soi-même comme partie du monde. L'acte est toujours poursuite d'un but, il est toujours soutenu par une intention. Il se fait donc organisateur de la perception, organisateur du monde perçu » (Berthoz, 2003, p. 9).

Le cerveau « simplifie le monde en fonction de ses choix, il ne perçoit que ce qu'il veut percevoir. Par exemple, il crée des régularités dans des stimuli au hasard. Cette détection de régularités est obligatoire et non consciente puisqu'elle n'implique aucun effort d'attention » (Berthoz, 2003, p. 345).

Cependant, dans un article plus récent décrivant les bases neurales de la décision, Berthoz affirme l'intervention de la volonté de l'individu sur l'acte perceptif car, selon lui : « différents réseaux neuronaux sont activés en fonction de ce sur quoi l'individu décide de porter son attention » (2012, p.116). Il énonce aussi l'existence de liens entre la perception et l'attention. Il explique que ses travaux de recherche montrent qu'il existe des mécanismes d'attention ascendants qui prélèvent des informations du monde et des mécanismes descendants, qu'il appelle « projectifs », qui formulent des hypothèses sur le monde en fonction de ce à quoi l'individu porte son attention.

Dans cet article, Berthoz précise également qu'il faut tenir compte que des différences interindividuelles influencent ces processus d'attention, de perception et de décision. « Chaque individu a des stratégies différentes liées à son âge, son expérience, sa culture, son sexe, etc. » (Berthoz, 2012, p. 119).

Selon la théorie constructiviste de la perception de Bruner (1957), la perception est un processus actif d'interaction entre un sujet et son environnement ; c'est un processus d'adaptation dynamique entre d'une part, l'expérience, les besoins, les attitudes de la personne qui perçoit et d'autre part, l'information sensorielle.

La perception est, en quelque sorte, un processus de décision qui n'est pas passif, le sujet cherche des indices caractéristiques d'une série d'objets qu'il s'attend à percevoir. Il est dans une attente perceptive qui consiste à anticiper la situation à venir. Cette attente possède, selon cet auteur, des composantes cognitives et affectives.

Sur le plan cognitif, l'attente perceptive dépend des connaissances conceptuelles et de l'expérience perceptive du sujet. Les perceptions antérieures constituent ainsi un contexte permettant de connaître la probabilité d'occurrence de tel ou tel événement grâce à la remémoration d'expériences passées dans des contextes et des événements semblables, de ce que le sujet sait, ou croit savoir, de ce qui peut se produire. Les indices retenus servent à classer le message sensoriel perçu dans une catégorie d'équivalence. Les indices sont, eux aussi, plus ou moins dignes de confiance c'est-à-dire qu'ils permettent à l'individu de se renseigner avec plus ou moins de certitude.

Sur le plan affectif, l'attente perceptive dépend aussi de ce que le sujet veut - ou craint - qu'il se produise, c'est-à-dire de sa motivation pour tel ou tel type d'événement, à ce moment précis. Il peut y avoir recherche de stimulus ou au contraire évitement du stimulus.

La perception est un processus non conscient pour sa plus grande part. Le sujet n'a conscience que de ses points les plus significatifs c'est-à-dire de la confirmation partielle ou de l'échec des hypothèses les plus approfondies ou de l'identification du stimulus à la fin du processus de perception. C'est ce temps de réajustement de l'hypothèse qui est, pour cet auteur, source d'apprentissage.

Au regard de ces différentes conceptions, nous pouvons affirmer que la limitation de la rationalité de l'observation réalisée par l'individu est un phénomène cognitif lié à la limitation non volontaire du champ de l'attention (Simon, 1983, Berthoz, 2012) mais qui peut être inhibé avec un effort de volonté (Berthoz, 2012). La perception, autre processus cognitif de traitement de l'information, influence le processus décisionnel. Ce processus cognitif engage l'individu à choisir une interprétation plutôt qu'une autre (Berthoz, 2003), à anticiper la situation à venir et comporte des attentes affectives. (Bruner, 1957). La perception est couplée avec l'attention (Berthoz, 2012). Si l'attention et la perception sont aussi influencées par les intentions de l'individu - elles le sont aussi par les connaissances conceptuelles et par l'expérience perceptive du sujet (Bruner, 1957, Berthoz, 2012).

Chapitre 3 : L'expérience : la conjonction de trois processus

Introduction

Ce troisième chapitre apporte des éléments, d'une part, sur le processus d'expérience, les aspects volontaires ou involontaires de son élaboration et de sa mobilisation et d'autre part, sur les effets de l'expérience sur le mode de raisonnement conduisant à la prise de décision.

Nous étudions l'expérience à partir de la conception du philosophe pragmatiste John Dewey [1859-1952] qui a fait de l'expérience le processus originel de la connaissance dans et par l'action (Dewey, 2003, 2005) et de la démarche d'enquête (Dewey, 1993), la voie de légitimation de la connaissance scientifique. Les principes d'accès à la connaissance défendus par Dewey concernent l'enfant et l'adulte et font de lui un théoricien reconnu de l'expérience, soulignant l'importance de la contribution de l'expérience à la démarche d'apprentissage (Balleux, 2000).

Nous avons enrichi la conception de Dewey à propos de l'expérience avec les travaux récents en sciences de l'éducation, en formation des adultes et en sociologie du travail sur l'expérience professionnelle. Ce cadrage conceptuel multiréférentiel permet de clarifier le fait que l'apparente polysémie de l'expérience est liée aux trois fonctions de l'expérience. L'expérience est d'une part, un processus qui joue un rôle dans le rapport que l'être humain entretient avec la connaissance, d'autre part, l'expérience participe à l'adaptation de l'être humain à son environnement et troisièmement, l'expérience permet à l'être humain d'agir sur son environnement.

Ce métissage de conceptions théoriques à propos de l'expérience permet également de réaliser que l'expérience est multidimensionnelle et que son élaboration peut être le fruit d'un processus cognitif passif ou actif générant, selon le cas, l'élaboration de savoirs implicites ou explicites. Ainsi, en filigrane, il apparaît à nos yeux, que l'élaboration de

l'expérience est liée à la posture de connaissance que l'individu établit face aux trois processus constitutifs de l'expérience: l'action, l'éprouvé, et la pensée ; posture qui influence le déclenchement d'un mode de raisonnement particulier et la nature des savoirs qui en sont issus.

Dans ce chapitre, nous définissons, tout d'abord, l'expérience à partir de son étymologie latine et des différentes significations données dans le champ des sciences humaines. Ensuite nous présentons ses différentes fonctions.

Puis, nous abordons le processus et les conditions d'élaboration de l'expérience ; ce qui nous conduit à aborder l'influence de la posture de connaissance adoptée par l'individu et les caractéristiques des savoirs élaborés grâce à l'expérience et leur mode de manifestations dans le raisonnement de l'individu.

Enfin, nous examinons l'influence de l'émotion, de l'intuition et de l'étonnement, formes d'expression de l'expérience implicite sur le mode de raisonnement. L'observation de l'expérience est abordée dans le chapitre méthodologie.

3.1 Des différentes conceptions de l'expérience au choix d'une conception

3.1.1. L'étymologie latine du mot expérience

Les différentes conceptions de l'expérience sont liées de près ou de loin à l'étymologie du mot expérience qui au départ est un mot d'origine indo-européenne puis grecque puis latine. L'expérience revêt deux sens selon la racine utilisée : celui d'expérimentation et celui d'épreuve. Sa racine latine « *experientia* » signifie l'action d'expérimenter, de faire, de tenter une expérience. Faire l'expérience de, c'est essayer si une chose réussit, faire l'apprentissage. Sa racine grecque « *peira* » signifie épreuve (Boiste, 1843).

La notion d'épreuve attachée à l'expérience est également notée par Landa (2007, p.7) à partir de la racine latine « *experiri* » qui signifie « éprouver », « faire l'essai de ». Cet auteur pointe aussi le fait que la racine indo-européenne « *per* » contenue dans le mot expérience renvoie également à la notion de traversée et d'épreuve.

Les aspects de ressenti, d'épreuve, d'expérimentation contenus dans l'étymologie du mot expérience colorent les conceptions théoriques fondant la notion d'expérience et son rôle dans le processus de connaissance de l'être humain. Il en découle une pluralité de sens.

3.1.2. Les différentes conceptions de l'expérience

La polysémie qui entoure la notion d'expérience est liée au fait que l'expérience est conçue comme un processus et un résultat mais aussi à la découverte de différentes fonctions de l'expérience.

Dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation professionnelle, l'expérience est une notion polysémique du fait qu'elle peut représenter à la fois, le produit et le processus qui conduit à « faire l'expérience de quelque chose » (Zeitler, Guérin & Barbier 2012, p. 10). Selon Roquet, l'expérience est un processus temporel qui est composée des expériences affectives, émotionnelles, mémorielles, imaginaires vécues. L'expérience est mouvement, rythmes intra et inter individuels, qui sont l'expression de discontinuité continuité inhérente à tout processus social ou individuel vécu par le sujet. De plus, l'expérience est, selon cet auteur, un processus mobilisateur de la professionnalisation car celle-ci renvoie à une construction historique, chronologique, des activités formatives et professionnelles et donne lieu à la construction et à la valorisation des savoirs dont la nature dépend des liens établis entre formation et professionnalisation.

Dans le champ de la formation professionnelle, Grasser et Rose (2000) remarquent que l'expérience est employée dans des contextes différents, des acceptions variées et qu'elle se compose d'éléments de différente nature. Elle est tantôt décrite comme relevant à la fois de l'acquis se manifestant par l'expression de compétences, un produit de l'activité de la personne, de la formation ou de l'apprentissage en situation de travail. Elle est constituée de savoirs, de compétences et de valeurs ; ce qui lui confère également des dimensions sociales. Elle est aussi considérée comme étant un mode d'acquisition de compétences et de savoirs qui prennent sens dans une situation concrète mais aussi, un mode de construction identitaire.

Dans son acception sociale, l'expérience est également une activité cognitive qui permet la construction du réel mais aussi la construction de soi et de son identité sociale, culturelle et professionnelle. L'expérience est par essence, sociale, car la personne n'est pas maîtresse de toutes les conditions sociales dans lesquelles a lieu cette activité cognitive.

Dubet met en évidence que « l'expérience est une activité cognitive, une manière de construire le réel et surtout de le « vérifier », de l'expérimenter » (1994, p.93).

3.1.3. L'expérience selon Dewey : un rapport entre agir, éprouver et penser

Dans l'approche de Dewey, philosophe américain, spécialisé en psychologie appliquée et en pédagogie, l'expérience est à la fois action, éprouvé et pensée de la personne. Elle est liée à la nécessaire adaptation de l'être biologique à l'environnement qui est le sien. « Toute expérience est le résultat d'une interaction entre un être vivant et un aspect quelconque du monde dans lequel il vit » (2005, p.68-69). L'expérience, comme nous l'avons relevé dans l'étymologie latine du mot, est aussi « Ce rapport étroit entre faire, souffrir, et subir forme ce qu'on appelle expérience » (Dewey, 2003, p.71). Selon cet auteur, l'expérience ne peut être réduite ni à l'action de l'individu, ni à ce qu'il éprouve, ni à ce qu'il en pense mais elle s'élabore grâce à la conjonction de trois processus.

Si l'on se réfère aux travaux de traduction et d'interprétation de Zask (2015), à propos du rôle de l'expérience défendu par Dewey, l'expérience est un processus qui joue un rôle dans le rapport que l'être humain entretient avec la connaissance, qui participe à l'adaptation de l'être humain à son environnement et qui lui permet d'agir sur son environnement.

En premier lieu, elle permet l'expérimentation délibérée et intentionnelle avec les choses en vue de modifier l'environnement. Cet essai implique d'en prévoir les conséquences et demande un effort pour manipuler les moyens requis pour produire les conséquences. Cette démarche expérimentale est une action qui doit viser la transformation effective de la situation ; elle se réalise en utilisant une méthode : celle de l'enquête.

Deuxièmement, l'expérience permet l'adaptation vitale de la personne à son environnement tout comme elle permet à la personne d'adapter son environnement à ses besoins. Ce processus est continu tout au long de la vie, Dewey le nomme « continuisme naturaliste ».

Troisièmement, l'expérience permet d'innover car l'expérimentation réalisée introduit des changements dans la situation qui modifient la situation d'interaction. Les

changements introduits affectent la personne en retour. La personne doit « supporter » les conséquences positives ou négatives de son action de transformation. « Une action déconnectée et une souffrance déconnectée ne sont ni l'une ni l'autre des expériences » (Zask, 2015, p.47-57).

3. 2. L'élaboration de l'expérience et ses déterminants

3.2.1. L'expérience : la conjonction de trois processus

L'expérience est un processus multidimensionnel et multimodal. Elle permet la construction du réel mais aussi la construction de soi et de son identité sociale, culturelle et professionnelle. Elle permet à une personne d'apprendre de son activité et de la réflexion qu'elle conduit dans l'action et sur l'action vécue et ses conséquences et à condition d'adopter une posture active de connaissance face à l'expérience.

En effet, selon cet auteur, l'expérience ne peut être réduite ni à l'action de l'individu, ni à ce qu'il éprouve, ni à ce qu'il en pense mais elle s'élabore grâce à la conjonction de trois processus. Il faut que l'individu « expérimente », c'est à dire : « fasse une expérience », une tentative, un essai, puis qu'il « fasse l'expérience de » quelque chose sur le plan cognitif, affectif, conatif ou corporel. Ensuite, il doit engager volontairement une réflexion pour élaborer mentalement un lien entre l'action réalisée et ce dont il a fait l'expérience. Bien que Dewey, ne s'exprime pas en ces termes, cette interconnexion entre ces trois processus est réalisable grâce à l'adoption d'une posture de connaissance, laquelle peut être considérée comme un déterminant majeur de l'élaboration active de l'expérience.

Nous utilisons la notion de posture telle que Ardoino (1990) l'a définie pour évoquer la disposition cognitive et émotionnelle de l'individu à élaborer des savoirs à partir de l'éprouvé émotionnel, cognitif, corporel et conatif vécu dans l'action conduite et du fait de celle-ci. En effet, la « posture dépend au moins autant des caractéristiques de la situation où elle vient s'inscrire et des représentations que s'en donnent nos partenaires que de notre intentionnalité, de nos stratégies et de nos procédures » (Ardoino, 1999, p. 28).

3.2.2. Une posture de connaissance passive ou active

L'élaboration de l'expérience, selon Dewey (2003, 2005) est soumise à un processus de connaissance, actif ou passif, dépendant de processus émotionnels, corporels, conatifs et cognitifs qui facilitent, ou non, la mise en lien entre l'éprouvé, l'action et la pensée.

Bourgeois affirme que, selon Dewey, toute expérience comporte deux composantes indissociables et interactives.

« L'«*experiencing*» concerne l'éprouvé qu'il soit cognitif, conatif, affectif ou corporel); c'est la composante passive de l'expérience «*something things do to us in return to our action upon them*». L'«*experimenting*» concerne l'action du sujet sur son environnement («*Something we do to things*»).

L'«*experiencing*» et l'«*experimenting*» doivent faire l'objet d'un travail cognitif pour devenir expérience » (Dewey 1911, cité dans Bourgeois, 2013, p. 17-18).

Si l'expérience est un processus actif ou passif, seule la phase active permet l'apprentissage explicite car il doit y avoir une interaction entre la personne et l'objet de l'apprentissage.

Zask (2015) remarque l'existence de cette interaction et met en évidence la nécessaire conjonction entre une expérimentation active, délibérée et intentionnelle de la personne avec les choses et d'une acceptation des conséquences affectives car «*Quoiqu'il en soit l'agent doit souffrir ou endurer ces résultats*». Ainsi la personne doit découvrir un mode d'action pour contrer les dysfonctionnements qui l'affectent, soit elle doit accepter les conséquences préjudiciables de ses propres choix. (Dewey, 1911a, cité dans Zask, 2015, p.50-52).

Fabre (2015) relève aussi l'influence majeure de la posture de connaissance de la personne face à l'expérience car c'est elle qui va permettre de structurer le questionnement et la problématisation qui conduit à l'élaboration de nouveaux savoirs. Pour cet auteur, cette posture est un rapport de connaissance que la personne établit avec son expérience.

« L'enquête exige d'instaurer une différence entre ce qui fait question et ce qui constitue au contraire une base même provisoire, permettant de questionner et de structurer ce questionnement. (...) Il s'agit d'un processus qui modifie les objets premiers, les réarrange et teste progressivement les effets de ces arrangements. C'est

le rapport que la personne a avec son expérience qui permet d'accéder à la connaissance » (p. 47-48).

Le fait que ce processus de connaissance nécessite une posture active ou passive conditionne, selon nous, le type de savoirs acquis par l'expérience et les modalités d'apprentissage à partir de l'« *experiencing* » et de l'« *experimenting* ».

3.2.3. L'élaboration passive de l'expérience

Dans son ouvrage, « l'art comme expérience, Dewey (2005) considère que l'élaboration passive de l'expérience constitue la dimension esthétique de l'expérience car elle en possède les caractéristiques.

Selon lui, l'expérience esthétique possède six caractéristiques particulières mais ce qui la caractérise le plus c'est son intensité émotionnelle.

Les cinq autres caractéristiques du vécu de l'individu sont sa singularité, l'unité de sa mise en intrigue, la description de la totalité des composantes intellectuelles, corporelles et émotionnelles qui le compose et l'harmonie de la résolution de l'intrigue et son intégration dans un continuum avec les événements de vie de l'individu. Le vécu ne concerne pas l'objet, le fait ou l'évènement en lui-même, mais la part subjective de la représentation, que s'en fait l'individu et comporte des dimensions cognitives, émotionnelles et corporelles. Les caractéristiques de la dimension esthétique sont saisissables par l'étude du récit qu'en fait l'individu (Fabre, 2015).

L'expérience passive s'élabore en dehors de la volonté de l'individu d'acquérir des connaissances. L'expérience passive est selon Barbier (2013), un vécu : « *ce qui advient aux sujets dans l'exercice de leur activité* » (p. 68). Selon cet auteur le vécu correspond au terme allemand « *Erlebnis* », à l'espagnol « *vivido* », au portugais « *vivencia* ».

Pour Jodelet (2008), l'expérience passive est un vécu au sens allemand d'« *erlebnis* », d'éprouvé, indissociable de l'implication du sujet. Le contenu de cette forme d'expérience « est indissociable des affects qu'il suscite ». (2006, p.236).

En l'absence de transformation cognitive de ce vécu, l'individu ne pourra se référer à son expérience en tant que telle pour juger d'une situation. Néanmoins, les informations et les perceptions relatives à ce vécu non élaboré en expérience ne sont pas perdues et s'enregistrent dans la mémoire à long terme de son cerveau et peuvent refaire surface. Ainsi, son jugement sera influencé par la résurgence d'émotions provenant d'un vécu antérieur.

3.2.4. L'élaboration active de l'expérience

L'élaboration de l'expérience, selon Dewey (2003, 2005) se fait grâce à l'action car elle est le fondement de l'élaboration de l'expérience mais l'action seule ne suffit pas pour élaborer des connaissances. Ainsi, selon cet auteur, lorsque l'action est réalisée par automatisme, les connaissances maîtrisées sont appliquées, l'action va à son terme mais ne nécessitant pas de réflexion, elle ne rencontre aucune résistance. Elle n'est pas moins efficace pour autant.

« Il est possible d'être efficace dans le domaine de l'action sans avoir pour autant une expérience consciente. L'activité est trop automatique pour que l'on garde présentes à l'esprit son objet et sa visée. Elle arrive à son terme mais ce terme ne représente pas une clôture ou son couronnement conscient. Les obstacles sont surmontés grâce à un savoir-faire expert, mais ils ne nourrissent en rien l'expérience ». (Dewey, 2005, p. 63).

L'apprentissage par l'expérience est un apprentissage par l'action « learning by doing » et nécessite la maîtrise des émotions, la «ré-flexion sur l'action, la possession d'expériences antérieures et l'attribution de valeurs au vécu et la volonté de construire des significations à partir de ce vécu. De plus, le contexte influence également ce processus.

Les travaux en psychologie cognitive sur la pensée intuitive (Epstein, 2010; Evans, 2008,2010 ; Hogarth, 2003 ; Kahneman 2011) et les travaux en neurosciences de Damasio (1995, 1998, 1999) relient expériences vécues, apprentissage implicite, émotions et pensée intuitive. Ces approches théoriques différentes offrent un regard complémentaire sur les composantes active et passive de l'expérience décrites par Dewey (2004). Une forme d'expérience est de l'ordre de l'éprouvé. Celui-ci s'enregistre en dehors de tout effort

conscient dans la mémoire de l'individu, quand l'autre nécessite un travail cognitif volontaire d'interprétation pour établir un lien entre l'éprouvé et l'action réalisée.

Ainsi nous considérons qu'il existe deux formes d'apprentissage. L'apprentissage explicite est le fruit de l'expérience réfléchie c'est-à-dire le résultat d'un vécu ayant fait l'objet d'une réflexion, quand l'apprentissage implicite est la résultante du vécu de l'action. De ce fait, expérience et vécu s'élaborent et se mobilisent différemment, sous certaines conditions et possèdent des caractéristiques différentes.

3.2.4.1. La maîtrise des émotions

L'expérience est d'abord affective avant d'être cognitive. L'expérience existe parce que l'être humain vit des émotions, dans ses interactions avec l'environnement, qu'il doit surmonter. Elle doit se vivre pour pouvoir donner lieu à une réflexion sur ce qui a été vécu. Dans la lecture compréhensive de l'œuvre de Dewey, Dumez (2007) met en lumière l'interaction existante entre les dimensions cognitive et émotionnelle de l'expérience. Il s'appuie sur les assertions énoncées par Dewey dans son ouvrage *l'art comme expérience*.

« Il y a dans toute expérience [...] une part de passion, de souffrance au sens étymologique du terme. Sinon, il n'y aurait pas intégration de ce qui a précédé ». (p.66).

« C'est l'émotion qui est à la fois élément moteur et élément de cohésion. Elle sélectionne ce qui s'accorde et colore ce qu'elle a sélectionné de sa teinte propre donnant ainsi une unité qualitative à des matériaux extérieurement disparates et dissemblables ». (Dewey 2005, p.66-67).

« Les situations d'hyperémotivité ou le besoin impérieux d'agir peuvent empêcher l'élaboration de l'expérience car dans ces cas, le fait d'agir et d'éprouver ne s'équilibre pas. L'une d'elle est hypertrophiée et prend le pas sur l'autre empêchant l'expérience d'arriver à son terme. Si on se laisse prendre par l'émotion, l'éprouvé, on néglige la construction du sens et l'expérience n'advient pas non plus. Il en est de même si on se laisse prendre par le vertige de l'agir » (Dewey, cité dans Dumez, 2007, p18-24).

Les émotions positives ou négatives doivent être surmontées, transformées pour que l'action soit source de connaissance. La perception de résistances, d'obstacles enclenche un travail cognitif.

3.2.4.2. La mobilisation de la « ré-flexion » et de l'imagination

Dans son ouvrage, la théorie de l'enquête, Dewey (2006) détaille les différentes étapes du raisonnement qui conduisent à l'élaboration de la connaissance à partir de l'expérience vécue dans l'action. Il nomme cette démarche de réflexion, dans l'action, sur l'action : démarche d'enquête. Il la décompose en cinq étapes distinctes.

« 1° On se trouve en présence d'une difficulté à résoudre ; 2° on la localise, on la définit ; 3° une solution possible s'offre ; 4° grâce au raisonnement, on établit les bases de la suggestion ; 5° en continuant à observer et à expérimenter, on est amené à adopter ou à rejeter cette suggestion, c'est à dire à conclure pour ou contre » (Dewey, 2004, p.99).

La première étape de l'enquête est initiée par l'apparition d'un étonnement. Pour qu'une expérience soit active et conduise à la construction de savoirs, il faut que la situation vécue par l'individu, nous rappelle Thievenaz (2017) provoque un étonnement « vrai » et heuristique car si on se réfère à Dewey (2004) « où il y a étonnement, il y a désir d'expérience, de contacts nouveaux et variés. Seule cette forme de curiosité garantit avec certitude l'acquisition des premiers faits sur lesquels pourra se baser le raisonnement » (p.45).

3.2.4.3. La possession et la mobilisation des expériences antérieures

Du fait que l'expérience s'élabore dans un continuum cumulatif, l'expérience vécue est jugée par la personne, à l'aune de ses expériences passées et aux connaissances acquises antérieurement. Cette élaboration mentale conduit la personne à modifier ses connaissances antérieures, à en acquérir de nouvelles ou à consolider les connaissances acquises. Dumez (2007) met en lumière que c'est ce mouvement de retour sur le passé qui va permettre la création d'une nouvelle expérience, de nouveaux savoirs. Ainsi, pour qu'une expérience ait lieu, il faut que l'individu dispose d'un réservoir d'expériences antérieures mais aussi que, dans le même temps, la nouvelle expérience jette un regard nouveau sur les expériences passées. Cet auteur note que c'est l'imagination qui régit l'interaction entre le passé et le

présent, qui rend présent ce qui est absent et opère cette liaison entre le passé et le présent, le connu et l'inconnu. Dans ce mouvement cognitif, la personne prend conscience de son intention et donne du sens à l'expérience qu'elle vit, par le travail de l'imagination et dans un climat émotionnel qui va donner à cette expérience son unité.

3.2.4.4. L'attribution de valeurs au vécu et la volonté de construire des significations

L'expérience a une dimension conative car la personne est, dotée de valeurs et d'intentions et elle poursuit des buts. La personne doit également vouloir attribuer des significations à son vécu. « L'expérience déployée n'est humaine et consciente que quand ce qui est donné ici et maintenant s'enrichit des significations et valeurs tirées de ce qui est en fait absent et seulement présent par l'imagination » (Dewey, 2005, cité dans Dumez, 2007, p.21).

Zask (2015) relève que l'élaboration de l'expérience implique une expérimentation active, délibérée et intentionnelle de la personne avec les choses. Cet exercice sur les choses vise à modifier l'environnement. Cependant, l'énergie spécifique déployée provoque des conséquences concrètes. La personne doit découvrir un mode d'action pour contrer les dysfonctionnements qui l'affectent, tantôt la personne doit encaisser les conséquences préjudiciables de ses propres choix. « Quoiqu'il en soit, l'agent doit souffrir ou endurer ces résultats ». (Dewey '1983 cité dans Zask" 2015, p.50-52). Ainsi, pour Bourgeois, Albarello, Barbier et Durand (2013), lorsque le sujet s'engage dans l'action d'« experimenting », il vit et élabore les liens entre son action et son éprouvé et attribue une valeur à ce qu'il a fait, vécu, appris, autant qu'il peut être l'objet de son éprouvé qui engage le sujet dans un « experiencing », forme passive de l'expérience. Le processus de réflexion se met en action parce que l'individu ressent une résistance.

« Sans résistance de la part de son environnement ; il n'y aurait ni sentiment ni intérêt, ni peur, ni espoir, ni déception ni satisfaction [...] la résistance qui met à contribution la pensée engendre la curiosité et la sollicitude attentive et, une fois surmontée et mise à profit, elle débouche sur une satisfaction profonde » (Dewey, 2005, p.87).

3.3. L'influence du contexte sur l'élaboration de l'expérience

3.3.1. La nature du travail

Grasser et Rose (2000) mettent en relief le fait que le contenu et le mode d'acquisition de l'expérience professionnelle varient selon les situations de travail et la nature du travail réalisé. De ce fait, elle présente des caractéristiques particulières.

Ces auteurs considèrent que l'expérience professionnelle est celle d'un travail productif et singulier et est une composante de la compétence. A ce titre, elle est composée de trois grands types d'éléments. Elle comporte des éléments de « *socialisation* » au monde du travail assurant l'employeur que l'individu a acquis les règles qui structurent le rapport à la hiérarchie, aux collègues de travail et, à l'organisation du travail. De ce fait l'expérience du travail est tout autant celle de l'individu que celle de la performance productive de l'entreprise.

Elle comprend des éléments « *économiques* » du fait que l'individu dans son travail, intègre des contraintes de coût et d'économie.

Elle comporte des éléments « *cognitifs* », des savoirs, des savoirs techniques, comportementaux et pratiques produits dans l'activité de travail qui construisent progressivement la compétence des individus.

Lorsque le travail est parcellisé et répétitif, l'expérience se réduit à la maîtrise d'opérations simples même s'il y a régulation par des savoirs tacites.

Dans un travail qualifié, l'expérience génère une amélioration de la qualité du travail effectué par confrontation à des situations variées et plus ou moins complexes et par acquisition d'un « coup de main ».

Dans un travail de diagnostic, les effets d'expérience renvoient à une accumulation d'informations dans une diversité de situations rencontrées propice à un travail amélioré. Dans un travail de surveillance, l'expérience se fonde sur l'accumulation de situations réductrices d'incertitude.

Dans un travail relationnel, elle est sans doute plus liée à une capacité à tirer parti de situations complexes et à les maîtriser de façon plus nette. Les modalités de division et de

coordination du travail influent donc très fortement la production et l'usage de l'expérience et donnent à celles-ci leurs contours et leurs exigences. Ces auteurs mettent en relief les travaux de Barbier qui montrent l'existence de « savoirs d'action » dans lesquels se rangent les « savoirs d'expérience » et les « savoirs théoriques. (Barbier, 1996 cité dans Grasser et Rose , 2000, p.8-9).

3.3.2. Les rapports humains de travail

Dans l'activité professionnelle, l'individu peut être accompagné dans l'élaboration de son expérience par un autre salarié, un collègue de travail. La production de connaissances dans et par la pratique dépend alors de la capacité de ce tiers à expliciter sa pratique, à nommer les savoirs qu'il mobilise. De plus, il faut tenir compte que cette activité productrice est aussi le fruit d'un collectif de travail dont les membres sont inscrits dans des relations hiérarchiques et dans un rapport au savoir socialement construit. Ainsi, ce partage de l'activité fait de chaque membre un acteur de l'apprentissage pour l'autre et un producteur de connaissances. Quand cet apprentissage est organisé au sein de l'entreprise, on parlera d'organisation apprenante. (Grasser et Rose, 2000, p. 7).

Bourassa, Serre et Ross (1999), en se référant au modèle de Lewin, constatent en évidence trois conditions pour que l'apprentissage expérientiel se produise chez l'adulte. L'acquisition de nouvelles connaissances grâce à l'expérience se produit si la personne change ses représentations de la réalité car c'est à cette condition qu'elle peut changer. Mais, il faut aussi tenir compte du fait que la relation que la personne entretient avec son groupe d'appartenance conditionne l'acquisition et l'utilisation de nouvelles connaissances. De plus, ces auteurs signalent que, selon Lewin, il faut également que la personne expérimente par elle-même les informations transmises par les autres.

3.3.3. La formation initiale du professionnel

L'élaboration de l'expérience n'est pas indépendante de la formation initiale ; formation et activité entretiennent des liens de complémentarité complexes, particulièrement dans les situations de formation en alternance où formation formalisée et apprentissage en situation de travail, mêlent théorie et pratique, formation explicite et implicite. Formation

initiale et expérience professionnelle peuvent être complémentaires ou bien peuvent se substituer l'une à l'autre (Grasser et Rose, 2000).

La formation initiale ou continue joue un rôle facilitateur pour l'acquisition de l'expérience. Elle rend plus aisée l'inscription de la situation concrète vécue dans un contexte plus large permettant d'en tirer des connaissances transposables à d'autres situations (Grasser et Rose, 2000, p.10).

Le niveau et le contenu de la formation initiale déterminent le potentiel de l'expérience de travail. Elle peut élargir ou bloquer les apprentissages ultérieurs. Ceci est valable pour les connaissances acquises dans un domaine particulier ou pour les capacités d'analyse des situations. Deux personnes ayant la même ancienneté n'auront pas nécessairement la même expérience, partiellement en raison de ce qu'elles auront appris auparavant dans le cadre de leur formation initiale. Grasser et Rose estiment que l'expérience est d'autant plus aisée à acquérir que la formation initiale a été élevée et que les capacités d'apprentissage de la personne sont importantes (Grasser et Rose, 2000, p. 11).

3.4. Le rôle de l'expérience sur le raisonnement d'un professionnel

3.4.1. Le raisonnement d'un professionnel dans l'action

La didactique professionnelle (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006) propose un cadre théorique et un dispositif méthodologique fonctionnel pour appréhender, dans notre recherche, le raisonnement d'un professionnel dans l'action et analyser les actions conduites pour prendre une décision.

Cette discipline postule l'idée que l'action des professionnels est organisée et hiérarchisée grâce à l'existence d'une conceptualisation dans l'action qui oriente et guide l'activité. Ainsi, le professionnel possède un modèle opératif de pensée qui est une représentation mentale de la situation dans laquelle il doit agir. Cette modélisation lui est propre car il l'a construite au fil de ses expériences de travail (Pastré, 2011). Elle est une traduction dans l'action et pour l'action de la structure conceptuelle de la situation. (Vergnaud, 2011). Elle permet au professionnel d'adapter son action à la particularité de la situation rencontrée.

3.4.2. La composition de la structure conceptuelle d'une situation

Chaque situation de travail possède une structure conceptuelle qui est l'ensemble des dimensions de la situation à prendre nécessairement en compte pour que l'action soit réussie. La structure conceptuelle d'une situation est définie en fonction d'une situation de référence, des savoirs établis sur le sujet et de la stratégie attendue de la part de l'acteur. Elle est composée de concepts organisateurs de l'activité intellectuelle qui sont assortis d'un ensemble d'indicateurs permettant de leur attribuer une valeur. Ces indicateurs sont des observables naturels ou instrumentés. Ils peuvent être plus ou moins nombreux pour un même concept, parfois, un seul indicateur suffit s'il est mesuré par un instrument. De plus, chaque valeur attribuée au concept permet à l'acteur de déterminer la classe de situation dans laquelle il se trouve.

Les concepts organisateurs peuvent être construits à partir des savoirs issus de la pratique professionnelle ou bien avoir leur origine dans les savoirs scientifiques et techniques du domaine concerné par l'action ou bien encore être issus de la transformation de savoirs scientifiques en savoirs d'action directement utilisables. Ce sont alors des concepts « pragmatiques ». (Pastré, 2011, p. 175).

3.4.3. La composition du modèle opératif d'un professionnel

L'action d'un professionnel est une organisation singulière d'activités ; le professionnel se construit et utilise un modèle opératif qui va lui permettre de gérer la tâche prescrite et de mettre en place une stratégie pour y parvenir.

Ce modèle opératif est composé de plusieurs variables que sont :

- le degré de fidélité à la structure conceptuelle de la situation : concepts organisateurs et indicateurs
- le type de posture professionnelle adoptée et ;
- les connaissances acquises par son expérience. (Pastré, 2011).

Les professionnels s'approprient différemment la structure conceptuelle. En effet, l'acteur peut avoir construit l'ensemble des concepts et être capable de repérer les indicateurs ou bien il peut n'avoir construit qu'une partie, ou bien agir dans l'action par essais erreurs.

Les concepts mobilisables dans une situation donnée sont largement déterminés par les caractéristiques de l'activité notamment par les buts que le sujet se donne et les contraintes particulières avec lesquelles il est conduit à agir, tout en sachant que ces contraintes peuvent être réelles ou imaginées (Vergnaud, 2007, p.11).

Ainsi, la posture professionnelle et les connaissances acquises par l'expérience sont des déterminants majeurs du mode et des modalités de raisonnement d'un professionnel dans l'action. Au sein d'organisation apprenante, le partage de l'activité facilite également l'apprentissage par l'expérience et l'enrichissement des connaissances du professionnel.

Chapitre 4 : Emotion, intuition et étonnement : trois formes de « ressenti » cognitif et émotionnel actives sur le mode de raisonnement

Ce quatrième chapitre fournit des éléments théoriques pour comprendre l'origine et les mécanismes d'action des manifestations involontaires d'expérience. Il apporte un éclairage sur les formes d'expressions de l'éprouvé cognitif et émotionnel quant à leur origine, leurs caractéristiques et leur mode de déclenchement et leurs effets respectifs sur le mode de raisonnement d'un professionnel. Il vise également à fournir des points de repères pour caractériser le « ressenti » de l'infirmier-ière, pour comprendre ce qui le déclenche, et déterminer ses effets sur les modalités et son mode de raisonnement.

4.1. L'éprouvé cognitif et émotionnel : origine et formes

Notre regard multi référentiel du fonctionnement de la cognition humaine et des processus implicite d'élaboration de connaissance montre que l'émotion, l'intuition et l'étonnement sont des formes d'expression d'un éprouvé cognitif, corporel, conatif. Ces manifestations indiquent l'existence de savoirs tacites ou à l'inverse le manque de connaissances ou le besoin de les réactualiser ou d'en acquérir de nouvelles. Elles sont le résultat du fonctionnement intrinsèque de la cognition, et de l'existence de deux formes de mémoire. Elles sont aussi le résultat des interactions de l'être humain avec son environnement, de l'expérience et des expériences vécues.

Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, la conception de Dewey (2004) concernant l'élaboration de l'expérience est un processus actif et passif de construction de connaissances à partir du vécu éprouvé. L'aspect actif implique la mobilisation d'un raisonnement conscient et la volonté de créer des savoirs à partir de l'éprouvé cognitif, émotionnel, conatif et corporel éprouvé lors de l'action. L'individu élabore ainsi une

expérience explicite sur laquelle il peut s'appuyer. Par contre, il arrive que l'individu ne mette pas en place une réflexion explicite sur ce qu'il ressent à la suite de l'action conduite. Par conséquent, l'expérience explicite, telle que la conçoit cet auteur, ne peut s'élaborer par manque de mise en lien explicite entre l'action, son résultat et les sensations éprouvées. Mais, ceci ne signifie pas pour autant que l'individu ne construit pas de savoir ; il n'en a juste pas conscience. Ces savoirs font surface sous la forme d'un éprouvé cognitif, affectif, conatif ou corporel.

Les travaux de Reber (1989,1993) sur l'apprentissage implicite montrent que l'individu apprend aussi sans faire un effort conscient. Cet apprentissage produit des savoirs tacites qui sont non conscients et représentatifs de la structure de l'environnement. Ces savoirs peuvent être utilisés de façon implicite pour résoudre des problèmes. De plus, selon cet auteur, ils fournissent des décisions justes. La spécificité de ces savoirs est qu'ils sont plus complexes et plus riches et plus sophistiqués que ce que l'individu qui les détient n'est capable d'en dire.

Les savoirs tacites s'expriment en dehors de la volonté explicite de l'individu par l'expression d'un éprouvé corporel, émotionnel, cognitif. Les travaux, en psychologie cognitive, des chercheurs sur la cognition montrent que l'apprentissage implicite réalisé par l'individu est dû à l'existence dans le système cognitif de l'individu de deux formes de mémoire et de deux mécanismes cognitifs distincts de traitement de l'information. Ainsi, les travaux de Hogarth (2003) sur le fonctionnement de la cognition montrent qu'il existe deux formes d'apprentissage l'une est explicite et délibérée, l'autre est implicite. L'apprentissage volontaire demande des efforts cognitifs, c'est le cas par exemple, lorsque l'individu apprend délibérément un nouveau vocabulaire, à lire un texte, à compter par exemple. L'apprentissage implicite est non conscient et mobilise les capacités de l'individu à comprendre la structure causale et statistique de son environnement. L'individu accumule, dans sa mémoire à long terme, de façon automatique, les fréquences des événements, tout comme les relations de co variations entre les événements. Ce processus de mémorisation crée ainsi des savoirs tacites. Dans cette modélisation, l'existence de savoirs tacites est à l'origine du déclenchement de l'intuition. L'intuition est une forme d'éprouvé cognitif et émotionnel qui résulte de l'existence de savoirs tacites se manifestant automatiquement en dehors de la volonté de l'individu.

L'émotion est aussi une forme d'expression d'un éprouvé. Les conceptions de Damasio (1995, 1998), Livet (2002, 2007, 2009), Rimé (2009), de l'émotion nous éclairent sur le fait que l'émotion est un processus cognitif et corporel automatique qui produit des manifestations corporelles, psychiques et cognitives reconnaissables sur le plan social et culturel.

Damasio (1998) considère que les émotions primaires sont des réactions innées, préprogrammées génétiquement et liés à la constitution d'un organisme. La notion d'organisme, chez cet auteur, correspond à l'ensemble formé par le corps lui-même et le système neural de l'individu. Ces réactions émotionnelles permettent à l'organisme de répondre par une réaction corporelle à la perception de certains traits caractérisant des stimuli survenant isolément ou de façon combinée dans son corps ou dans l'environnement extérieur.

Selon Rimé (2009), l'émotion est un processus cognitif qui intervient de façon automatique et dont l'individu se sert de façon plus ou moins consciente. L'émotion permet un apprentissage explicite mais aussi un apprentissage implicite, générateur d'expérience et de vécu émotionnel subjectif. Il existe une mémoire implicite des émotions qui se construit grâce aux expériences vécues. L'émotion active une structure de connaissance ou d'action, telle un schème, une représentation, un modèle, un postulat, une théorie, un principe, une croyance, un stéréotype, acquises au cours de l'histoire d'apprentissage de l'individu et leur recours est de l'ordre de la routine. L'émotion se manifeste lorsqu'il a une rupture de continuité entre l'individu et son environnement. Selon la valence négative ou positive attribuée à l'émotion, cette dernière peut conduire l'individu à adopter des conduites d'évitement ou d'approche et engager l'individu à revoir ses valeurs, ses connaissances. L'émotion de valence négative se déclenche parce que l'individu se trouve dans l'impossibilité de faire face à cette rupture du fait qu'il n'est pas préparé psychologiquement ou parce que les structures de connaissances ou d'actions nécessaires lui font défaut. L'émotion est la manifestation d'un décalage entre ce que l'individu s'attendait à observer compte tenu de ses connaissances et ce qu'il observe réellement.

Parmi ces émotions, l'étonnement est une émotion particulière significative d'un « éprouvé ». Selon Rimé (2009) sa valence n'est ni négative, ni positive et engage l'individu à chercher à connaître l'origine de l'étonnement éprouvé et à engager un processus de réflexion. Selon Dewey (1993, 2004) l'étonnement se déclenche au cours de l'action et du fait de celle-ci. Il signale à l'individu un décalage entre ce qu'il vit et ce à quoi il s'attendait de vivre

compte tenu des savoirs qu'il détient. Cette émotion est une forme d'éprouvé cognitif et corporel mais à l'inverse de l'intuition, elle indique un manque de connaissances ou le besoin d'en acquérir d'autres.

Le « ressenti » que l'infirmier-ière dit éprouver lors de l'examen clinique du patient pourrait être rapproché d'une émotion, d'une intuition ou d'un étonnement éprouvé dans l'action. Ces différentes formes d'éprouvé ont des caractéristiques, des modes d'action et des effets différents sur le mode de raisonnement et la prise de décision que nous allons examiner.

4.2. L'intuition : un processus cognitif et émotionnel

Notre étude de l'intuition est replacée dans le cadre des théories explicatives du double système de la pensée humaine regroupées sous l'appellation « dual-process theories of cognition and decision » (Evans, 2008, 2010; Sloman, 1996, Stanovich, 1999, 2011 ; Epstein 1994), Hammond (1980), (Hogarth, 2003) Kahneman, 2016). Ces théories énumèrent les caractéristiques de l'intuition, expliquent son mode d'action et établissent ses effets sur le raisonnement de l'individu. De plus, l'usage de ces théories s'est imposé depuis quelques années, en médecine pour comprendre le raisonnement clinique des médecins (Croskerry, 2008 ; Pelaccia 2011, Tardif, Tribby et Charlin, 2011).

4.2.1. L'intuition et ses définitions

Dans le monde non académique, l'intuition est associée à un large éventail de termes qui laissent supposer, à tort, que ce phénomène est autre chose qu'un processus cognitif. En effet, ces définitions décrivent le type de manifestation ressentie ; cette dernière pouvant être corporelle, émotionnelle ou cognitive. Elle porte le nom d'instinct (traduction libre de « gut feelings » chez Hayaashi, 2001), de pressentiment (« hunches » chez Rowan, 1989), de coup d'œil (« blink » pour Gladwell, 2005), d'idées mystiques (« mystical insight » pour Vaughan, 1978 ; Wild, 1938).

L'intuition est « une certitude ou un savoir arrivant directement sans raisonner ou inférer » (traduction libre, Merriam & Merriam, 1966).

La revue de littérature de Dane et Pratt (2007) des premières définitions académiques de l'intuition élaborées en philosophie, psychologie et en management apportent, malgré les différences de perspectives utilisées, des éléments pour définir la notion d'intuition et comprendre les enjeux qui l'entourent. Le tableau n° 2, ci-dessous présente les définitions de l'intuition issues de la Revue de littérature de ces deux auteurs.

Tableau 2 Définitions de l'intuition (Dane et Pratt, 2007, p.35).

Source	Definition of Intuition
Jung (1933: 567–568)	That psychological function transmitting perceptions in an unconscious way
Wild (1938: 226)	An immediate awareness by the subject, of some particular entity, without such aid from the senses or from reason as would account for that awareness
Bruner (1962: 102)	The act of grasping the meaning, significance, or structure of a problem without explicit reliance on the analytic apparatus of one's craft
Westcott & Ranzoni (1963: 595)	The process of reaching a conclusion on the basis of little information, normally reached on the basis of significantly more information.
Rorty (1967: 204)	Immediate apprehension
Bowers, Regehr, Balthazard, &	A preliminary perception of coherence (pattern, meaning, structure) that is at first not consciously represented but that nevertheless guides thought and inquiry toward a hunch or hypothesis about the nature of the coherence in question
Shirley & Langan-Fox (1996: 564)	A feeling of knowing with certitude on the basis of inadequate information and without conscious awareness of rational thinking
Simon (1996: 89)	Acts of recognition
Shapiro & Spence (1997: 64)	A nonconscious, holistic processing mode in which judgments are made with no awareness of the rules of knowledge used for inference and which can feel right, despite one's inability to articulate the reason
Burke & Miller (1999: 92)	A cognitive conclusion based on a decision maker's previous experiences and emotional inputs
Policastro (1999: 89)	A tacit form of knowledge that orients decision making in a promising direction
Lieberman (2000: 111)	The subjective experience of a mostly nonconscious process—fast, alogical, and inaccessible to consciousness—that, depending on exposure to the domain or problem space, is capable of accurately extracting probabilistic contingencies.
Raidl & Lubart (2000–2001: 219)	A perceptual process, constructed through a mainly subconscious act of linking disparate elements of information.
Hogarth (2001: 14)	Thoughts that are reached with little apparent effort, and typically without conscious awareness; they involve little or no conscious deliberation.
Myers (2002: 128–129)	The capacity for direct, immediate knowledge prior to rational analysis
Kahneman (2003: 697)	Thoughts and preferences that come to mind quickly and without much reflection
Epstein (2004)	Intuition involves a sense of knowing without knowing how one knows. Intuition involves a sense of knowing based on unconscious information processing

En nous référant à ce tableau, nous constatons que trois grands types de conceptions coexistent. Pour certains chercheurs, l'intuition est un processus de traitement de l'information, pour d'autres, l'intuition est le résultat d'une reconnaissance, d'un apprentissage tacite. D'autres chercheurs combinent ces deux aspects sans les différencier.

Chez Jung, 1933 ; Wescott et Ranzoni, 1963 et Raidl et Lubart, 2000, 2001 (dans Dane et Pratt, 2017), l'intuition est un processus de traitement de l'information, une façon de percevoir ou de trier les données. De plus, pour Jung (1968), l'intuition constitue une des quatre fonctions du système psychique de perception et de traitement de l'information, elle s'associe différemment selon le type psychologique de la personnalité de l'individu aux trois autres fonctions que sont la sensation, la pensée et le sentiment. Epstein (2004), chercheur appartenant au courant des théoriciens de la pensée bi-systémique, définit l'intuition comme le sentiment de savoir sans savoir comment on sait ; ce processus étant fondé sur un traitement de l'information non conscient.

De ces définitions, nous retiendrons que, selon les auteurs, l'intuition est tantôt considérée comme un processus cognitif non conscient de traitement de l'information tantôt une forme de savoir liée à l'existence d'un apprentissage tacite résultant de ce processus. Nous allons développer ci-dessous ces deux aspects du phénomène.

4.2.2. L'intuition : un processus cognitif de traitement de l'information et le résultat d'un apprentissage tacite

Dans les premiers travaux de Simon (1979), l'intuition est un processus de traitement non rationnel de l'information. L'intuition est liée à la rationalité limitée des individus qui est une forme restreinte de raisonnement délibératif. Elle est suffisante pour prendre des décisions dans la pratique. Pour ce chercheur, l'intuition n'est rien de moins, ni rien de plus qu'un système reconnaissance : « nothing more and nothing less than recognition » (Simon, 1992, p. 155). Puis, à la suite de ses travaux de recherche qu'il conduit sur les joueurs d'échecs avec Chase, il complète sa définition initiale de l'intuition, décrite comme un processus, en ajoutant le fait que l'intuition est aussi le résultat du processus de pensée intuitive. Il énoncera alors que c'est un :

« Ensemble d'analyses figées dans l'habitude » (Simon et Chase, 1973, traduction libre) et la « capacité de l'individu à accéder à une bibliothèque de motifs (patterns) mentaux reconnaissables instantanément et inconsciemment. Cette bibliothèque constitue le corpus d'une expertise dans le domaine donné » (Chase et Simon, 1973, traduction libre).

Il en est de même pour Bruner (1961) qui définit d'abord l'intuition comme une technique intellectuelle pour arriver à de plausibles mais provisoires conclusions sans passer par des étapes d'analyse par lesquelles de telles formulations auraient été validées ou invalidées. Il écrit ainsi :

« The intellectual technique of arriving at plausible but tentative conclusions without going through the analytic steps by which such formulations would be found to be valid or invalid conclusions » (1961, p. 13).

L'intuition c'est aussi, pour cet auteur, ce que l'on appréhende ou l'on reconnaît. C'est un acte de saisie du sens ou de la signification, ou de la structure d'un problème sans recourir explicitement à l'appareillage analytique de son propre métier. Il formule ce processus cognitif en ces termes:

« The act of grasping the meaning, significance, or structure of a problem without explicit reliance on the analytic apparatus of one's craft » (Bruner, p. 102).

Rorty, philosophe américain de la fin du vingtième siècle et du début du vingt et unième siècle, considéré comme le rénovateur du pragmatisme aux Etats-Unis, considère que l'intuition est principalement un résultat, ce qu'appréhende ou reconnaît un individu (1967 dans Dane et Pratt 2007). Reber (1989,1993), psychologue cognitiviste, découvre que les individus développent un savoir intuitif qui est lié à un mode d'apprentissage implicite qui se produit, indépendamment de tentatives conscientes d'apprendre. L'intuition est un état mental, un processus qui est le résultat d'une expérience d'apprentissage implicite (traduction libre, Reber, 1989, p.233) et du fait de l'absence de savoirs explicites (traduction libre, Reber, 1993).

Epstein (2010) propose deux définitions de l'intuition La première est phénoménologique et s'attache à définir la manière dont les hommes en font l'expérience :

« Intuition involves a sense of knowing without knowing how one knows » (p.4) ; que nous traduisons ainsi: l'intuition implique un sentiment de savoir sans savoir comment on sait.

La deuxième définition, Epstein l'énonce en ces termes: «Intuition involves a sense of knowing based on unconscious information processing » (2010, p.4). Cette description met en évidence que : « l'intuition est un processus de traitement de l'information qui échappe à la conscience » (notre traduction).

Pour Hammond (1996) l'intuition est un « processus cognitif qui, d'une manière ou d'une autre, produit une réponse, une solution, ou une idée sans l'usage d'un processus conscient, défendable logiquement étape par étape » (traduction libre 1996, p.60).

Le fait de penser l'intuition comme relevant à la fois d'un processus cognitif et d'un résultat sera repris et approfondi dans les théories « dual-process of cognition and decision » que nous traduirons en français par : théories bi-systémiques de la cognition. Les différents théoriciens de ce courant de la psychologie cognitive s'attachent à caractériser l'intuition, à identifier les causes de l'intuition et ses effets sur le mode de raisonnement et la décision. Les chercheurs issus de ce courant théorique décrivent l'intuition d'une part, comme un processus cognitif non conscient de traitement de l'information qui mobilise un mode de raisonnement particulier et, d'autre part comme le résultat d'un apprentissage implicite et la manifestation de savoirs issus de l'expérience. En effet, ce processus cognitif ne peut se produire que parce qu'il y a eu, en amont de son déclenchement, un processus, non conscientisé, d'enregistrement d'informations, de données. Ce processus de traitement de l'information est considéré, par ces chercheurs, comme un processus d'apprentissage implicite.

4.2.3. La composition de l'intuition et ses caractéristiques

Dans la conception d'Epstein (2010), l'intuition est constituée majoritairement d'informations acquises automatiquement de l'expérience vécue. Elle est également composée de croyances implicites liées à l'expérience et aussi d'impressions et de croyances qui, elles, sont liées à l'existence d'une préférence à raisonner en se fondant sur des fréquences plutôt que sur des probabilités. Si le fait de raisonner sur des fréquences est un phénomène volontaire, ce mode de raisonnement peut survenir en dehors de la conscience et est considéré par cet auteur comme un processus intuitif.

Par ailleurs, cet auteur signale que d'autres données constituent l'intuition. Ce sont les jugements et les décisions fondées sur le « feeling » (ressenti), des pensées créatives fondées

sur des associations, des connections et sur des représentations imagées, des heuristiques fondées sur l'expérience et non sur une pensée analytique simplifiée (Epstein, p. 27-28). Le système expérientiel développé pour apprendre de l'expérience permet la construction d'impressions holistes et visuelles de traitement de l'information. Celles-ci peuvent être utilisées sans intervention de la conscience. Ainsi, la forme prise par le processus d'apprentissage joue un rôle dans la composition de l'intuition.

L'intuition possède quatre caractéristiques majeures. C'est un processus cognitif qui se déclenche de façon automatique sans que l'individu en ait conscience et qui est le résultat de l'apprentissage implicite réalisé à partir des expériences vécues. Ce processus associe, quasi instantanément, un stimulus, la réponse apportée et le résultat et mémorise cette association holiste. Les informations sont encodées, dans la mémoire à long terme, sous la forme d'images, de métaphores, de scénarii. Il donne lieu à des jugements chargés d'émotions (Dane & Pratt, 2007 ; Epstein, 2010, Kahneman, 2016). L'intuition est dépendante de l'émotion et réciproquement. La survenue d'une émotion peut être le signe de la mobilisation d'un processus intuitif. L'émotion renforce l'apprentissage de la réalisation d'associations. En outre, la force de l'émotion déclenchée est un indicateur de l'importance donnée au schéma associatif réalisé. (Epstein, 2010).

4.2.4. Les effets de l'intuition sur le mode de raisonnement

4.2.4.1. Les interactions entre raisonnement intuitif et analytique : source de complémentarité ou de conflit ?

Dans les théories bi-systémiques de la cognition et de la décision (dual process of cognition and decision), l'esprit humain est composé de deux systèmes de raisonnement qui cohabitent dans son cerveau appelés « system 1 » et « system 2 » selon les termes inventés par Stanovich (1999) au début de ses travaux de recherche et repris par Kahneman (2016).

Le « system1 » est responsable du raisonnement intuitif et du déclenchement de l'intuition tandis que le « system2 » permet la mobilisation d'un raisonnement analytique. Ces deux systèmes emploient différentes procédures de traitement de l'information et produisent des résultats différents, voire conflictuels (Frankish et Evans, 2009). Ces deux systèmes peuvent interagir, se répartir les tâches entre eux, créer des interférences, entrer en compétition ou à

l'inverse agir isolément. Aucun de ces systèmes ne procure un raisonnement exempt d'erreurs.

4.2.4.2. Un jugement fondé sur l'association d'idées, d'informations

Selon Kahneman, le système 1 est une « machine associative » (2016, p.80). Il permet à l'homme de se représenter le monde par le biais de liens associatifs fonctionnant au sein d'un vaste réseau d'idées reliant des circonstances, des événements, des actions et des résultats qui se produisent avec une certaine régularité soit simultanément soit dans un intervalle relativement court.

Chaque idée est rattachée à beaucoup d'autres, ce qui crée différents types de liens. Les causes sont liées à leur effet ; des choses sont liées à leurs propriétés et aux catégories auxquelles elles appartiennent. Différentes connections se font en même temps dans la mémoire associative. Une idée activée peut en susciter plusieurs autres qui à leur tour en activent d'autres. Ce phénomène d'activation est appelé « amorçage » par Kahneman (op.cit.p.83). L'amorçage ne se produit pas seulement à l'évocation de mots ou de concepts. Il peut être déclenché sans que l'individu en ait conscience. Ce réseau de représentations établit des liens entre différentes informations et détermine la normalité et la causalité de la survenue d'un événement. Or, cette causalité n'est pas fondée sur un schéma raisonné et logique de causalité mais sur une association de circonstances et de fréquences d'apparition conjointes d'événements. Bien que la cause soit infondée du point de vue logique, ce phénomène la rend plausible et permet d'assurer le besoin de cohérence mentale de l'individu. La cohérence fallacieuse engendre un sentiment d'aisance cognitive.

4.2.4.3. La réalisation de raccourcis cognitifs

Selon Kahneman (2016), pour réaliser les associations d'idées, le système intuitif utilise deux types de raccourcis cognitifs afin de formuler des jugements ou des évaluations. Un type de raccourcis consiste à utiliser des heuristiques et semble être celui couramment et spontanément utilisé par les individus (Kahneman et Tversky, 1974). Ces heuristiques permettent de simplifier le raisonnement mais peuvent être source d'erreurs. Elles sont utilisées dans différentes fonctions telles que l'estimation de la probabilité d'un événement, la prédiction de l'avenir, l'évaluation des hypothèses, la prévision des fréquences d'apparition d'un phénomène.

Selon cet auteur, il existe trois grands types d'heuristiques cognitives et une heuristique de l'affect. Ce sont les heuristiques de représentativité, de disponibilité en mémoire, d'ajustement et d'ancrage.

L'heuristique de représentativité est faite lorsque l'individu porte un jugement à partir de quelques éléments qui ne sont pas nécessairement représentatifs.

L'heuristique de disponibilité en mémoire consiste à porter un jugement selon la facilité avec laquelle des exemples viennent à l'esprit.

L'ancrage consiste à utiliser une information comme référence. Cette information est généralement le premier élément d'information acquis par l'individu.

L'heuristique de l'affect consiste à transformer la question de départ à laquelle l'individu ne trouve pas de réponse en une question plus facile qui reste liée à la question de départ.

Les travaux de Gobet (1997) sur l'expertise et l'intuition dans le raisonnement montrent que les joueurs d'échecs, experts dans ce domaine, développent des schémas mentaux particuliers qui leur permettent de faire des raccourcis cognitifs et de prendre une décision extrêmement rapidement en anticipant le jeu de l'adversaire. L'expert encode l'information de manière spécifique sous forme de « chunks », formes condensées rassemblant une constellation de données (Gobet & Chassy, 2009) ou de « patterns », modèles de cas semblables. La particularité des heuristiques utilisées par les experts est que leur usage est approprié à la situation de prise de décision (Klein, 2008).

4.2.4.4. Un jugement fondé sur une illusion de causalité

Le « system1 », « machine associative » selon les termes de Kahneman (2016) établit des liens entre différentes informations et détermine la normalité et la causalité de la survenue d'un fait, d'un événement. Or, cette causalité n'est pas fondée sur un schéma raisonné et logique de causalité mais sur une association de circonstances et de fréquences d'apparition conjointes d'événements. Bien que la cause soit infondée du point de vue logique, ce phénomène la rend plausible et permet d'assurer le besoin de cohérence mentale de l'individu. La cohérence fallacieuse engendre un sentiment d'aisance cognitive.

4.2.4.5. Le déplacement du problème à résoudre

Lorsqu'une évaluation est difficile à faire, l'individu la remplace automatiquement et de façon non délibérée par une évaluation plus simple afin de pouvoir apporter une réponse. Il déplace le problème. Deux types de déplacement peuvent être effectués. Soit il remplace la

question qui se pose à lui par une question plus simple à laquelle il sait répondre. Soit il répond de façon plus large à la question posée et il en formule une autre qui est superflue et néfaste à la résolution de la question cible. Ce phénomène est appelé « décharge de chevrotine mentale » par Kahneman (2016).

L'utilisation de ce procédé de questionnement va de pair avec l'utilisation d'une échelle d'intensité ou de quantité. Celle-ci permet à l'individu d'émettre des opinions, des jugements, d'apporter des réponses à des questions complexes ou qu'il ne comprend pas totalement ou bien encore, qu'il ne connaît pas mais aussi de s'appuyer sur des preuves qu'il ne peut expliquer ou défendre (Kahneman, 2016).

4.2.4.6. Un jugement hâtif à partir d'informations limitées

Selon Kahneman (2016), le « system1 », système de raisonnement intuitif ne peut se représenter que les idées qui s'y activent. Il ne peut traiter que les informations disponibles dans sa mémoire associative. Quand les informations sont rares, il tire une conclusion hâtive sur la base d'informations limitées. Le « système 1 » ne traite que ce qu'il voit et rien d'autre car il n'est pas capable de rechercher des informations complémentaires.

4.2.4.7. Un jugement fondé sur l'émotion ressentie

La fonction principale du système de raisonnement intuitif consiste à faire des généralisations à partir des expériences vécues. Son dessein est de permettre à une personne de se comporter selon un principe hédoniste qui vise à favoriser les affects positifs et à éviter les affects négatifs pour se sentir bien, avoir un bon « feeling » (Epstein & Pacini, 1999 ; Epstein, 2003). La réaction émotionnelle associée avec la première impression est la source de l'effet de halo. L'effet de halo consiste à accroître la première impression que se fait un individu d'un fait ou d'un événement et à l'empêcher de ne pas prendre en compte la recherche d'autres informations.

4.3. L'émotion : un processus cognitif

Pour définir, caractériser l'émotion et examiner ses effets sur le raisonnement, nous poursuivons l'approche multi référentielle utilisée pour examiner la prise de décision et le raisonnement. Ainsi, dans ce chapitre nous convoquons l'approche cognitive de l'émotion de Rimé (2009) en psychologie et de celle de Livet en philosophie (2002, 2007, 2009). Ces approches vont nous aider à définir la notion d'émotion du point de vue de ses aspects psychologiques et de son rôle dans les interactions sociales et la cognition. L'approche cognitive des émotions et l'approche cognitive de l'émotion de Simon (1983) et neurobiologique de l'émotion (Damasio, 1998; Berthoz, 2003) complètent également cet éclairage.

Notre choix est renforcé par la position prise par Rimé lui-même qui se prévaut de cette complémentarité en ces termes : « (...) l'approche des neurosciences ne rencontre qu'une partie de la question. L'autre partie tient au fait que, quand le cerveau humain fonctionne, il entre en relation, il intègre du savoir et du sens, il génère du savoir, il produit du sens, il entre en dialogue, il entre en sympathie, il fonctionne en réseau avec les autres cerveaux du milieu social, et se trouve ainsi connecté au savoir et au sens qui circulent dans ce milieu, maintenant et depuis la nuit des temps. » (Rimé, 2009, p.6). Cet auteur affirme cependant, que la psychologie cognitive est la perspective la plus adaptée pour examiner les émotions telles qu'elles interviennent chez l'individu, en réaction aux variations de son environnement, ou au cours des actions menées pour poursuivre ses buts, à la suite des échanges avec ses semblables, au cours de ses performances ou des difficultés vécues.

4.3.1. L'émotion : définition et caractéristiques

Sur le plan étymologique, Rimé (2009) remarque que l'usage du terme émotion est d'origine récente. Le mot d'origine latine, apparaît au seizième siècle dans le dictionnaire de la langue française. Il définissait alors le terme « esmeute » qui deviendra plus tard émeute et celui d'« esmouvoir » qui signifiait mettre en mouvement, ainsi que les termes « esmoy » ou « esmay » qui signifiaient « troubler, effrayer ou étonner ».

Le mot émotion n'a vu le jour qu'au dix-huitième siècle, dans le lexique de la langue française, pour caractériser une manifestation collective avec un sens proche de celui d'émeute. Il s'agissait de décrire alors un mouvement moral collectif d'inquiétude, de mécontentement qui entraînait un mouvement physique comme une agitation populaire.

Rimé (2009) signale que le sens affectif individuel donné actuellement au mot émotion rejoint celui de passion employé dans l'Antiquité. En grec, le mot passion est dérivé du verbe souffrir et partage ses racines avec deux autres racines grecques signifiant : maladie, disposition physique ou morale, passion, événement, accident, affliction, malheur et un état passif ou la souffrance. De nombreux sens sont associés au terme passion, comme : affection, modification quelconque, ce que l'on ressent, ce que qui fait souffrir, désastre, accident, affliction, malheur, maladie de l'âme, trouble, émotion vive. Cet auteur remarque que l'usage qui est fait actuellement du mot émotion porte la marque de l'ensemble des significations historiques qui lui ont été données.

4.3.2. L'émotion : un processus cognitif et physiologique

Pour Damasio, (1999), le terme émotion désigne un ensemble de réponses chimiques et neuronales déclenchées automatiquement depuis certaines parties du cerveau vers le corps mais aussi, entre certaines parties du cerveau entre elles. Ces réponses empruntent les voies humorales et neuronales du corps et conduisent à créer un état corporel émotionnel.

Cet auteur différencie l'émotion d'avec le sentiment tout en mettant en évidence les liens les unissant. Ces réponses chimiques et neuronales provoquent des changements dans le corps proprement dit comme les viscères, ou bien des changements dans certains secteurs du cerveau qui élaborent, à la suite d'une émotion, des représentations cognitives du vécu émotionnel corporel que cet auteur appelle sentiment.

Le sentiment résulte de l'état mental complexe provenant de l'état émotionnel. Cet état mental comprend la représentation mentale des changements qui viennent de se produire dans le corps et un certain nombre d'altérations dans le traitement cognitif qui sont causées par des signaux qui se produisent eux, de cerveau à cerveau, à la suite du vécu émotionnel.

Rimé définit l'émotion en ces termes : « Une émotion est une structure préparée de réponses qui intervient de manière automatique dans le cours du processus adaptatif » (2009,

p.52). L'émotion est une forme d'état affectif. Parmi les états affectifs, cet auteur distingue les humeurs, le tempérament, les troubles émotionnels, ainsi que les préférences et les affects. Les émotions sont paroxystiques et constituent les manifestations les plus saillantes et les plus spectaculaires. L'émotion se manifeste à trois niveaux. Elle entraîne des changements corporels au niveau de la voix, des mimiques du visage, de la posture. L'émotion déclenche une impulsion à agir. Elle colore l'expérience subjective vécue et génère selon les mots de l'auteur, un « vécu émotionnel ». Ces différentes manifestations sont générées par des modifications physiologiques du système neurovégétatif qui commande le fonctionnement des organes du corps humain. A l'instar de Damasio, (1999), Rimé (2009) affirme l'origine neurobiologique de l'émotion et ses liens avec la cognition.

Après avoir réalisé la revue de littérature des définitions de l'émotion dans le champ de la psychologie, des neurosciences et de la philosophie, Livet (2002) met en évidence le fait que l'émotion est un phénomène dynamique qui survient à la suite d'une évaluation et de la perception d'un décalage imprévu au cours de celle-ci ; influençant la rationalité de la décision. Ce phénomène engage la perception et la cognition de l'individu. Il en donne la définition suivante :

« C'est la résonance affective, physiologique et comportementale d'un différentiel entre un ou des traits perçus (ou imaginés ou pensés) de la situation en cause, et le prolongement de nos pensées, imaginations, perceptions ou actions actuellement en cours. Ce différentiel est apprécié relativement à nos orientations affectives actuelles (désirs, préférences, sentiment, humeurs), que ces orientations soient déjà actives ou qu'il s'agisse de nos dispositions actuellement activables. Plus ce différentiel est important, plus l'émotion est intense. Il suppose une dynamique, qui peut simplement tenir à nos anticipations cognitives et perceptives, ou bien impliquer une mise en branle de nos désirs, ou enfin un engagement dans une action » (2002, paragr.19). Dans la conception de cet auteur, « c'est l'intensité de l'expérience qui présente un différentiel » (2002, paragr.20).

En ce qui concerne, la conception de l'émotion, Berthoz (2003) souligne le fait qu'il faut avant tout considérer l'émotion comme un outil cognitif servant la décision et non comme une simple réaction corporelle.

« Au lieu de considérer l'émotion comme une réaction, il faut la considérer comme un outil pour préparer l'action, L'émotion est un outil pour la décision, c'est un

instrument puissant de prédiction d'un cerveau qui anticipe et projette ses intentions »
Berthoz (2004, p.346).

La conception de cet auteur corrobore les propos de Rimé (2009) qui mentionne également que l'émotion entraîne une impulsion à agir et ceux de Livet (2002) et de Damasio (1998) pour qui l'émotion influence la rationalité de la décision.

4.3.3. Les effets de l'émotion sur le raisonnement

L'émotion n'est pas qu'un phénomène physiologique qui se manifeste corporellement mais elle est avant tout un processus cognitif intervenant de façon automatique et dont l'individu se sert de façon plus ou moins consciente. Plusieurs auteurs s'accordent pour affirmer que l'émotion naît de l'évaluation que fait l'individu de la situation et elle agit à différents niveaux du raisonnement et de la décision, de l'élaboration de l'expérience, de l'intuition et de la conduite de l'action, bien qu'ils donnent des explications différentes des processus sous-jacents.

L'émotion agit positivement ou négativement, sur la rationalité du raisonnement et de la prise de décision et ce, à plusieurs niveaux.

4.3.3.1. L'émotion assure l'intérim de la réflexion et permet l'action

Rimé (2009) se reporte aux travaux d'Oatley et Johnson-Laird (1987,1995) et de Oatley et Jenkins (1996) pour affirmer que l'émotion déclenche instantanément la réorganisation complète du système cognitif. Il apporte des nuances. Ainsi, selon lui, en attendant que cette réorganisation se fasse, l'émotion assure l'intérim pour que l'individu puisse agir en attendant de pouvoir réfléchir. Le mode émotionnel persiste jusqu'au moment où l'individu devient capable de concevoir, d'élaborer et de mettre en œuvre un nouveau plan d'actions. Dans la période d'intérim qu'effectue l'émotion pour remplacer la réflexion, le type d'émotion déclenchée est fonction de la nature de l'action en cours et produit un effet différent. En cas d'échec d'un projet important ou de la nécessité de renoncer au but, c'est la tristesse qui intervient. Cette émotion pousse à ne rien faire ou à rechercher un autre plan. Si l'action en cours produit de la frustration, c'est la colère qui s'impose et incite à poursuivre les efforts avec plus de vigueur, et même à y ajouter de l'agressivité. Si la sécurité est

menacée, l'émotion sert à arrêter l'action en cours, à déployer une attention maximale, à s'immobiliser ou à s'enfuir.

4.3.3.2. L'émotion contrôle la cognition et régule l'action

Ainsi, les travaux de Simon (1983) montrent que l'émotion contrôle la cognition et régule l'action car elle agit, comme un signal d'alarme, sur l'apprentissage et la capacité de traitement de l'information. Damasio (1998) affirme que l'émotion joue un rôle critique dans les processus de perception, de mémorisation et dans l'apprentissage. Les travaux de Berthoz sur la décision (2003) mettent en évidence que l'émotion est un outil pour la décision car elle agit sur la phase prédictive de la décision. Les émotions catégorisent le monde et simplifient la neuro computation.

4.3.3.3. L'émotion signale un décalage entre des attentes et des faits

Selon Livet (2009), l'émotion se déclenche lors du constat de « la perception et la résonance affective d'une différence entre la dynamique des attentes implicites propre à notre activité - ou notre passivité- du moment et la dynamique impliquée par de nouveaux traits de la situation quand nous appréhendons ces différences selon nos désirs et nos préférences » (Livet, 2009, p. 10).

4.3.3.4. L'émotion engage la révision des croyances et des préférences

L'émotion a une incidence cognitive et psychologique sur le mode de raisonnement logique de l'individu. Elle procure la motivation nécessaire pour que l'individu trouve les moyens d'explorer l'environnement, de réviser ses croyances et même ses préférences. Elle signale la vraie préférence de l'individu et lui donne l'ampleur de la révision à accomplir. Ainsi, « L'émotion est un révélateur de nos intentions, par là de nos raisons, et de celles d'autrui » (Livet, 2002, paragr.104). Cependant, cet auteur reconnaît que l'émotion peut aussi avoir un effet inverse et empêcher cette révision d'avoir lieu. (Livet, 2002, paragraphes 42-85). La rationalité du raisonnement vient alors du comportement qu'adoptera l'individu face à ce signal émotionnel.

Rimé (2009) précise que, selon leur valence, les émotions agissent de façon diamétralement opposées sur la rationalité du raisonnement. Lorsqu'elles sont positives, elles engagent l'individu à explorer le problème tandis que lorsqu'elles sont négatives, elles

peuvent conduire l'individu à fuir la situation et à abandonner toute tentative de résolution de problème.

Damasio (1995, 1998, 1999) affirme que les données neurologiques dont il dispose lui permettent de soutenir que l'absence d'émotions pose problème. La réduction sélective de l'émotion est tout aussi préjudiciable à la rationalité du raisonnement que l'émotion excessive.

4.3.3.5. L'émotion empêche la réflexion

Selon Livet (2002), dans certaines circonstances, le mécanisme émotionnel de révision se grippe ou s'affole (paragr. 42). Différentes formes de blocage du processus de révision peuvent survenir surtout lorsque la révision est difficile à faire. La première forme est le blocage en boucle. Elle se produit lorsque la révision à entreprendre dépasse émotionnellement l'individu et déclenche une émotion négative empêchant l'accomplissement de la révision. La deuxième forme, n'intéresse pas notre objet de recherche, est rencontrée dans l'amour passion. La troisième est celle de la « self-deception » et conjugue deux processus. La révision est bloquée parce qu'elle sous-tend, une autre révision plus difficile à faire, l'émotion engage l'individu à s'engouffrer dans une révision de dérivation qui ne remet pas en cause une croyance prioritaire et lui évite de la remettre en cause.

Rimé (2009) attire notre attention sur le fait que les émotions peuvent conduire l'individu à fuir la situation et à abandonner toute tentative de résolution de problème.

Les émotions à valence négative apparaissent quand les capacités d'assimilation cognitive de l'individu ne lui permettent pas de traiter l'élément imprévu et qu'il n'entrevoit pas de moyen pour y faire face. Ces émotions incitent, puissamment, l'individu à se détourner de l'élément déclencheur, à prendre de la distance par rapport à lui ou bien même à fuir. L'individu n'enregistrera pas d'accroissement de ses capacités cognitives mais sera à l'abri du danger et de la menace de son intégrité mentale et psychique. Ces émotions sont l'appréhension, l'anxiété, la peur. Ce surgissement d'émotions est d'autant plus important lorsque le contexte général est déjà marqué par l'incertitude.

Rimé (2009) précise que le seuil de déclenchement de manifestations émotionnelles négatives peut être considérablement abaissé. Lorsque l'incapacité d'assimilation cognitive est massive,

surviennent alors la détresse ou la panique qui incitent l'individu à cesser immédiatement toute interaction avec l'élément déclencheur. Il s'agit de situations sociales où l'élément nouveau résulte de paroles, attitudes ou comportements manifestés par d'autres personnes. Elles suscitent de l'irritation, de l'exaspération ou de la colère.

Nous entrevoyons que l'émotion peut favoriser l'engagement dans une procédure de réflexion ou peut court-circuiter la réflexion pour les différentes raisons que nous venons d'exposer. L'absence d'émotion a des effets négatifs sur la rationalité du raisonnement et de l'action.

4.4. L'étonnement : un geste cognitif

L'étonnement est une forme d'émotion particulière décrite par Dewey (2006) comme le ressenti d'une incertitude, d'un doute signalant l'existence d'un processus cognitif particulier que Thievenaz (2017) définit sous la forme de l'émergence d'un étonnement.

4.4.1. L'étonnement n'est pas la surprise

Thievenaz (2017) relève l'importance de ne pas assimiler l'étonnement à de la surprise. « L'étonnement prend le visage de la surprise dans sa forme expressive mais il n'en demeure pas moins une activité de pensée au sein d'une pensée interrogative » (Thievenaz, 2017, p. 67). L'étonnement engage la subjectivité de l'individu. C'est une dynamique qui mobilise l'attention, la perception, un processus d'évaluation et met en rapport plusieurs phénomènes. Le sujet qui s'étonne, nous dit Thievenaz (2017) est « celui qui fait l'expérience prolongée de l'inattendu, de la "déconcertation" par et dans l'activité » (p. 67).

4.4.2. L'étonnement : un déclencheur de la réflexion

L'étonnement est une émotion à valence positive qui interrompt l'activité en cours et déclenche la mobilisation d'une réflexion.

Dans sa théorie de l'enquête, Dewey (2006) souligne que la survenue d'un étonnement au cours de l'action engage l'individu à interrompre son action et à entrer dans une démarche

de réflexion. Cette démarche d'analyse, que cet auteur appelle enquête, est fondée sur l'utilisation d'une procédure de raisonnement logique. Elle conduit l'individu à résoudre le problème posé, et à élaborer ses connaissances, son expérience. Pour que l'individu ressente de la surprise, il faut qu'il ne s'attende pas à percevoir ce qu'il perçoit dans la situation vécue. La surprise est plus ou moins intense selon le type d'attente. Ce différentiel entraîne l'ouverture d'une enquête (Dewey, 2006).

Dans la conception de Rimé (2009), l'intérêt, la curiosité face à un événement inattendu sont deux émotions qui entraînent l'exploration du problème qui les a suscitées et la mobilisation d'une démarche d'analyse du problème. Ces deux types d'émotions focalisent l'attention sur l'élément inattendu, stimulent le prélèvement intensif d'informations et incitent l'individu à procéder à son analyse cognitive et à élaborer un modèle cognitif à son propos. Ainsi les structures de connaissances qui ont fait défaut au moment de la rencontre avec l'imprévu seront disponibles plus tard. La maîtrise cognitive de l'élément imprévu produit en retour, des émotions positives. Celles-ci sont le plaisir, l'excitation joyeuse, l'exaltation le sourire, le rire, le triomphe par exemple. De plus, Frijda précise que (1986, cité dans Rimé, 2009), l'intensité de cette émotion positive est fonction du degré d'incertitude, d'effort ou de défi précédant la maîtrise cognitive et la restauration du sentiment de sécurité.

Livet (2002) décrit également le rôle particulier de la surprise sur le raisonnement. Selon lui, la surprise occupe une place à part dans l'espace dimensionnel des six émotions de base. Elle est une ligne de contact avec les cinq autres émotions que sont le contentement, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût. Il explique ainsi que la surprise aide l'individu à passer d'une émotion négative à une émotion positive parce qu'elle incite à explorer le différentiel perçu entre les attentes et les traits perçus de la situation actuelle. Si une émotion positive ou négative survient à la suite de l'évaluation faite par l'individu de la situation, c'est la surprise qui incite l'individu à enclencher le processus de révision.

La révision est un processus qui permet à l'individu de déterminer laquelle de ses croyances il doit éliminer pour restaurer la cohérence de son jugement mais aussi de choisir ses priorités et ses préférences. « Si un fait nouveau paraît rendre plus réalisable une des préférences pratiques très prioritaire de l'individu, ce dernier révisera les croyances contraires car celles-ci sont moins enracinées. A l'inverse, si le fait lui montre que une de ses préférences est irréalisable, pour qu'il en tienne compte il faut que sa préférence soit plus faible et ses croyances moins enracinées » (Livet, 2002, paragraphe 22-29).

Ainsi, les émotions telles que la curiosité, la surprise, l'étonnement conduisent l'individu à adopter un comportement d'exploration du décalage perçu et à apprendre grâce à la démarche d'analyse qu'elles induisent.

4.4.3. L'étonnement : un geste de pensée

Pour Thievenaz (2017) : « L'étonnement est une expérience qui suppose l'engagement de l'individu dans une activité réflexive face à un objet ou à phénomène inaccoutumé » (p. 68). Pour montrer que l'étonnement est plus qu'une émotion ou une tonalité affective vécue par l'individu et qu'il est un processus cognitif, cet auteur considère à l'instar de Vergnaud, (2011) que l'étonnement est « un geste de pensée » survenant au cours du développement de l'activité et de l'expérience même si ce geste est accompagné d'émotion, d'affect tels que surprise, désappointement, stupéfaction.

« La pensée est comme le geste. Elle est aussi synchronique et diachronique : plusieurs formes d'activité contribuent en même temps au mouvement de la pensée, laquelle consiste aussi en une succession de prises d'information, de décisions inconscientes ou conscientes et d'opérations, pour atteindre un certain but ou produire un certain effet (Vergnaud, 2011, p. 47).

L'individu qui s'étonne fait l'expérience prolongée de l'inattendu et de la « déconcertation », du doute et d'une incertitude contextualisée que lui procure l'activité qu'il conduit. L'étonnement a une dimension intellectuelle, il entraîne l'individu dans un processus de réflexivité et d'expérimentation face à l'étrangeté ou à la nouveauté d'une situation rencontrée. (Thievenaz, 2017, p. 67)

Selon cet auteur, il existe différents types d'étonnement qui sont repérables dans une approche par l'activité. Les indicateurs permettant d'observer la survenue d'un étonnement sont présentés au chapitre méthodologie.

Nous pensons que l'étonnement peut être un indicateur de la posture de construction de connaissance face à l'expérience adoptée par l'individu. Nous partons du présupposé que l'individu acquerra plus de savoirs à partir de l'expérience s'il cherche à savoir, s'il s'engage dans un processus de réflexion et d'expérimentation.

Troisième partie

La problématique de l'identification du rôle de
l'expérience sur le contrôle du « ressenti » et
sur la décision clinique de l'infirmier-ière

Troisième partie : Le contrôle du « ressenti » et les modalités de raisonnement dans la décision : une question de posture de connaissance face à l'expérience

Problématique de recherche

Introduction

Cette partie présente les choix théoriques qui nous ont permis de construire notre problématique afin de mettre en objet le rôle de l'expérience sur les déterminants majeurs de la décision que sont : le « ressenti » émotionnel et/ ou cognitif éprouvé et le mode et les modalités de raisonnement conduit par les infirmiers-ières, lors de l'accueil et l'orientation des urgences hospitalières, pour prendre une décision de « tri ».

Cette partie comporte deux chapitres.

Le premier chapitre présente les éléments théoriques mobilisés pour définir la problématique de l'identification du rôle de l'expérience sur le mode et les modalités de raisonnement conduisant à la décision et sur le contrôle de l'émotion et de l'intuition y survenant.

Le deuxième chapitre présente la problématique posée pour aborder la fonction de la posture de connaissance face à l'expérience sur le contrôle de l'intuition et de l'émotion survenant au cours du raisonnement pour la décision et l'action. L'hypothèse principale y est avancée. Le choix de la caractérisation empirique du « ressenti » est également exposé. Les implications méthodologiques liées à la problématique retenue sont présentées.

Chapitre 1 : Le cadre de l'approche de l'expérience et de ses effets sur le « ressenti » et les modalités de raisonnement dans la décision

1.1. Les différents aspects du problème posés par la question de départ

Notre volonté de comprendre de quelle manière l'expérience permet à l'infirmière de gérer le « ressenti » éprouvé lors de l'interaction avec le patient et la façon dont elle agit sur le processus décisionnel et contrôle les phénomènes intuitifs et émotionnels nécessite que nous précisions les différents aspects du problème posé par la question de départ : en quoi l'expérience permet-elle à l'infirmier-ière de gérer le « ressenti » éprouvé dans l'interaction avec le patient et agit sur le processus décisionnel ? Selon nous, cinq aspects sont à prendre en compte pour apporter une réponse à cette question car celle-ci comporte la nécessaire définition de plusieurs objets de recherche et leur articulation.

En effet, premièrement nous faisons référence à un phénomène auquel les infirmières semblent se référer mais dont, à notre connaissance, la caractérisation, auprès de ces professionnels-les, n'a jamais été réalisée. Ce manque de connaissance nous engage à mettre en objet le « ressenti ». D'une part, nous envisageons de le caractériser empiriquement à partir des significations que les infirmières lui donne, ce qui, selon eux-elles, le déclenche, l'usage qu'eux-elles en font, comment ils-elles pensent l'acquérir et les savoirs qu'il porte. D'autre part, cela nous incite à rechercher le rapprochement possible avec les phénomènes d'intuition ou d'émotion dont la nature et la fonction, au sein du raisonnement, ont fait l'objet de théorisations dans différents champs scientifiques, ces théorisations pouvant procurer des indicateurs pour l'observation de ces deux phénomènes.

Deuxièmement, nous supposons que le « ressenti » est un phénomène cognitif et/ ou émotionnel qui doit être régulé car ce « ressenti » peut, selon sa nature et selon l'usage qu'en fait le professionnel, influencer positivement ou négativement le mode de raisonnement et la décision prise. En effet, le fait de supposer que le « ressenti » puisse correspondre à de l'intuition ou à de l'émotion nous oblige à identifier les raisons qui nécessiteraient cette

régulation. En effet, les travaux de Kahneman (2016) montrent que l'intuition affecte le jugement d'un individu. Les travaux de Rimé (2002) et de Livet (2009) expliquent que l'émotion exerce un rôle sur la cognition.

Troisièmement, ces deux premiers aspects de la question impliquent la mise en objet de l'intuition et de l'émotion afin d'étudier leur effets sur le raisonnement et leur rapport avec l'expérience.

Quatrièmement, l'obtention de la réponse à la question implique de mettre en objet l'expérience afin de trouver une manière d'identifier l'expérience sur le plan des processus humains qu'elle engage, sur le plan des savoirs qu'elle permet d'acquérir et de mobiliser dans le processus décisionnel, sur celui de son pouvoir d'action sur la régulation du « ressenti ».

Cinquièmement, la nature de l'objet de notre recherche implique le choix d'une méthodologie qualitative et d'outils d'enquête qui permettent d'une part, d'accéder au raisonnement en situation, d'autre part ; de caractériser empiriquement le « ressenti », à partir des significations attribuées par les infirmiers-ières mais aussi à partir de l'observation de ce que les infirmières éprouvent en situation réelle d'interaction avec un patient. L'accès au raisonnement en situation de travail et à la posture de connaissance face à l'expérience ainsi que la caractérisation empirique du « ressenti » supposent la mise en œuvre d'une approche phénoménologique (Vermersch, 2010) du vécu subjectif, cognitif et émotionnel du professionnel et d'une méthodologie qualitative de l'analyse de l'activité décisionnelle examinée sous l'angle de la didactique professionnelle proposée par Pastré (2006, 2011).

1.2. Le cadre multi référentiel de la mise en objet de l'expérience et du « ressenti » émotionnel et cognitif éprouvé dans la décision

L'exploration de ces différents aspects du problème nous engage à adopter, d'une part une démarche de compréhension de la manière dont l'infirmière raisonne dans l'action pour prendre une décision de « tri » et, d'autre part à matérialiser l'expérience et le « ressenti » en tant qu'objets afin d'identifier le rôle particulier de l'expérience sur l'usage du « ressenti » et sur la nature du processus décisionnel. Ainsi, devient-il possible d'objectiver l'usage

décisionnel que fait l'infirmière de son expérience et de son « ressenti » en situation de « tri » mais aussi d'identifier les interactions entre ces deux phénomènes.

Ce cadre de recherche multi référentiel articule l'approche pragmatiste du processus d'expérience et de ses effets sur la nature du « ressenti » éprouvé dans la décision et sur le raisonnement (Dewey, 2004) avec l'approche de la didactique professionnelle facilitant la mise à jour des effets de l'expérience sur le modèle opératif de pensée d'un professionnel en situation de travail (Pastré, 2011). Ces deux approches sont reliées avec les travaux sur le rôle cognitif de l'émotion (Rimé, 2009 ; Livet, 2002), de l'étonnement (Dewey, 1993, Thievenaz, 2017) et de l'intuition (Kahneman, 2016) sur le mode et les modalités du raisonnement pour la décision.

L'argumentation de la composition de ce cadre théorique nous engage premièrement à exposer les problématiques soulevées par l'existence d'un fonctionnement automatique et non volontaire de la pensée, les questions soulevées par l'utilité du contrôle des processus intuitifs et émotionnels. Deuxièmement, cela nous oblige à identifier les problématiques soulevées par le rôle caché de l'expérience sur d'une part, la posture de connaissance d'un individu face à son vécu et sur d'autre part, le déclenchement d'une émotion ou d'une intuition et leur possible rapprochement avec les manifestations de « ressenti » décrites par les infirmières-ières.

L'élaboration de ce cadre de recherche nous engage à faire d'une part, une synthèse des approches théoriques du raisonnement pour la décision et l'action proposant une modélisation des effets et des liens entre l'intuition, l'émotion et l'expérience sur le raisonnement. Les similitudes et les différences entre ces modélisations mettent à jour les problématiques qu'entraîne l'existence de ces liens. D'autre part, ces perspectives impliquent de mettre en objet l'émotion et l'intuition afin de pouvoir les observer au sein du processus décisionnel.

En outre, notre intention de compréhension des effets de l'expérience sur le mode de raisonnement nécessite de mettre en objet l'expérience afin d'identifier la manière dont l'individu peut avoir prise sur les effets de l'intuition et de l'émotion.

Par ailleurs, nous souhaitons ne pas nous départir de la caractérisation empirique du « ressenti ». Cette approche vise à nous assurer que le « ressenti » auquel font appel les infirmiers-ières dans leur pratique clinique est comparable avec les phénomènes cognitifs

d'intuition ou d'émotion. Elle vise également à identifier la valeur et la fonction que lui attribue l'infirmier-ière dans l'activité décisionnelle de « tri » ; éléments participant à la composition de la posture de connaissance face aux expériences vécues.

Nous choisissons d'étudier le raisonnement conduisant à la prise de décision en contexte de travail. Ce choix vise à identifier la place réellement prise par l'intuition et l'émotion dans le raisonnement parmi l'ensemble des autres déterminants ainsi que le rôle de l'expérience sur le mode de raisonnement et le type de décision prise. Ce choix vise également à observer à la fois les modes d'élaboration et de mobilisation adoptés par l'infirmier-ière du fait de la situation vécue et de l'action à réaliser.

1.2.1. Les modélisations du raisonnement pour la décision et l'action : problématiques soulevées

Notre exploration des travaux de recherche sur le raisonnement pour la décision et l'action, présentée dans notre cadre théorique, nous a conduite à identifier l'existence de cinq grands types de théories modélisant le raisonnement pour la décision et l'action pouvant éclairer notre objet. Bien qu'elles soient issues de champs disciplinaires différents, ces théories montrent que le raisonnement est aux prises avec des phénomènes intuitifs ou émotionnels ou qu'il est influencé par l'expérience.

Nous avons ainsi présenté :

- Le modèle de la rationalité limitée de la décision défendu par Simon (1983) en économie dans le champ de l'économie.
- Le modèle de la décision amorcée par la reconnaissance issu de l'approche naturaliste de la décision de Klein (1993, 2008)
- Le marqueur somatique de la décision de Damasio (1994,2000) réalisé avec les apports scientifiques des neurosciences
- Les théories bi-systémiques de la cognition réalisées en psychologie cognitive (Hammond, 1980 ,1996 ; Hogarth, 2003 ; Epstein, 2010 ; Kahneman, 1974,2016)
- Le modèle opératif de pensée d'un professionnel modélisé par Pastré (2007, 2011) pour décrire comment un professionnel réfléchit pour agir en situation et se sert de son expérience.

La synthèse et la mise en lien de ces travaux nous permettent d’embrasser la complexité des processus de la pensée humaine et de la décision.

En effet, l’analyse des points communs et des différences entre ces modélisations montre que tous les auteurs de ces modèles considèrent que le processus décisionnel est soumis à trois grandes catégories d’influence : le contexte de travail et l’action à accomplir, la subjectivité du professionnel et son mode de raisonnement. Parmi ces catégories, le mode de raisonnement mobilisé par le professionnel est un élément majeur de limitation de la rationalité de la décision. Or, l’individu n’est pas totalement maître de sa réflexion car il est soumis à des processus non conscients de traitement de l’information. En effet, le raisonnement d’un individu n’est pas uniquement le résultat d’un raisonnement conscient et logique en raison de l’existence de processus automatiques de pensée qui modifient ce mode de raisonnement et dans lequel interviennent, l’émotion, l’intuition, et l’expérience. Selon ces modèles, l’intuition, l’émotion et l’expérience occupent des places et des fonctions différentes et de ce fait, influencent positivement ou négativement le raisonnement. De plus, l’intuition et l’émotion étant des manifestations de l’expérience, leur régulation par l’expérience est rendue problématique ; engageant à mettre en objet l’expérience.

1.2.2. Le fonctionnement automatique de la cognition : une influence difficile à maîtriser

Quels que soient les champs théoriques dans lequel le raisonnement pour la décision et l’action a fait l’objet d’études empiriques, les modèles présentés, considèrent tous, dans les pas de Simon (1957, 1976, 1983) que la rationalité de la décision est essentiellement influencée par le mode de raisonnement de l’individu. Ce raisonnement est aux prises avec des processus automatiques de pensée, inhérents au fonctionnement physiologique du cerveau humain. Ce fonctionnement génère le déclenchement automatique de processus intuitifs, émotionnels qui agissent sur le mode de pensée logique. Ces modèles théoriques montrent que la décision d’un individu est aussi influencée par l’expérience.

Dans le modèle explicatif de la rationalité limitée de la décision proposé par Simon (1957, 1976, 1983), le fonctionnement intrinsèque de la cognition joue également un rôle. Ainsi, l’attention, la perception et l’intuition perturbent la rationalité de la prise de décision

car ces processus font partie du fonctionnement intrinsèque de la cognition sur lequel le décideur n'a pas de prise.

A l'inverse, pour Klein dans son modèle de la décision amorcée par la reconnaissance (1993, 2008), la décision intuitive n'est pas mauvaise car l'individu a la possibilité de vérifier le bien-fondé de sa décision, en mettant en œuvre un second procédé : celui de l'évaluation. Or, pour qu'une décision, fondée sur l'utilisation non consciente et quasi-instinctive de modèles de situation établis grâce aux différentes expériences vécues, soit prise de façon rationnelle, il faut que l'individu prenne conscience de cet automatisme de pensée et veuille et puisse le combattre.

De même, le modèle du marqueur somatique proposé par Damasio (1994, 2000) montre qu'il existe des zones du cerveau qui permettent d'analyser de façon automatique les manifestations physiologiques de l'état mental et les émotions véhiculées par le système intuitif de l'individu. Lorsque ces zones sont endommagées, l'individu perd la faculté de ressentir des émotions et il n'est plus en capacité de prendre des décisions adaptées socialement. De ce fait, la gestion des processus automatiques de pensée repose sur la capacité de ressentir des émotions et de les analyser.

Si le modèle opératif de pensée d'un professionnel construit par Pastré (2011) ne mentionne pas l'influence des émotions et de l'intuition sur le raisonnement, ce modèle est construit sur l'existence de savoirs acquis implicitement au cours des différentes expériences de travail. Ces savoirs sont « pragmatiques » sous forme d'indicateurs, de règles et de théorèmes d'action pour s'en servir et les transmettre. Ainsi, selon nous, ce modèle porte en lui, la notion d'apprentissage implicite dont l'individu n'a pas toujours conscience.

Les théories bi-systémiques du raisonnement et de la décision, rassemblées sous le terme « dual-process theories of cognition » (Hammond, 1980 ; Hogarth, 2003 ; Epstein, 2010; Kahneman, 2016) décrivent toutes que le raisonnement humain est dirigé par deux systèmes cognitifs distincts interagissant entre eux. L'un permet de raisonner, en toute conscience, en faisant des déductions logiques quand l'autre fonctionne automatiquement, en dehors de la conscience, selon le principe de l'association d'idées entre les faits, les causes et les émotions et donne lieu à des manifestations d'intuition accompagnées d'émotion. Parmi les théoriciens de ce courant, Kahneman met en valeur, dans ses derniers travaux publiés sur le sujet (2011, 2016), les avantages et les biais cognitifs entraînés par le mode de raisonnement intuitif. Il affirme d'une part, que le contrôle de l'intuition n'est pas toujours

nécessaire ; la pensée intuitive étant assez souvent juste, d'autre part, que le système de pensée logique peut réguler le système intuitif. Cependant, la mise en place de ce contrôle cognitif nécessite que l'individu déploie des efforts cognitifs importants.

1.2.3. L'émotion et l'intuition : une place et des effets différents sur le raisonnement

Selon les modèles, l'émotion et l'intuition n'ont pas la même place, ni le même effet sur la rationalité de la décision prise. Cependant, une constante apparaît : l'intuition est dépendante de l'émotion et réciproquement. La survenue d'une émotion peut-être le signe de la mobilisation d'un processus intuitif (Epstein, 2010). L'intuition et l'émotion y sont définies comme des manifestations cognitives de l'expérience implicite ayant, selon les auteurs, des effets positifs ou négatifs sur le mode de raisonnement.

En nous reportant aux auteurs issus du courant des théories bi-systémiques de la cognition (Hammond, 1980, 1996 ; Epstein 2010, Kahneman, 1974, 2016), l'intuition est un processus cognitif d'élaboration et de mobilisation de savoirs implicites qui se manifestent par l'usage d'heuristiques, de l'analogie, la réalisation d'associations de circonstances ou de fréquences entre des événements, des actions, des résultats et des émotions. Du fait que ce processus cognitif se manifeste de différentes manières, nous parlerons de processus intuitif.

1.2.4. L'émotion : des effets conditionnés à la valence et à l'intensité de l'émotion ressentie

En nous reportant à Livet (2002), nous adopterons pour définition de l'émotion celle qu'en donne cet auteur. L'émotion est « la résonance affective, physiologique et comportementale d'un différentiel entre un ou des traits perçus (ou imaginés ou pensés) de la situation en cause, et le prolongement de nos pensées, imaginations, perceptions ou actions actuellement en cours. Ce différentiel est apprécié relativement à nos orientations affectives actuelles (désirs, préférences, sentiments, humeurs), que ces orientations soient déjà actives ou qu'ils s'agissent de nos dispositions activables » (p. 23).

Aucune des modélisations du raisonnement convoquées dans le cadre théorique n'attribue un rôle négatif à l'émotion dans le processus. L'émotion est un phénomène cognitif

et corporel qui, lorsque l'individu en prend conscience, lui permet de sortir de ses automatismes de pensée et d'action car elle lui sert de signal d'alarme. Elle enclenche un arrêt de l'action, une réflexion sur l'action. (Simon, 1976, 1983). Elle révèle à l'individu un décalage entre ce qu'il constate et ce qu'il sait (Livet, 2002). L'émotion permet de prendre une décision adaptée au contexte (Damasio, 1994, 2000). Elle participe à l'élaboration des connaissances et de leur mise en mémoire et à leur mobilisation. Le ressenti d'émotion est une condition nécessaire à l'élaboration d'un jugement et la réalisation d'actions adaptées socialement. Les émotions sont en quelque sorte nécessaires pour raisonner, élaborer des savoirs et prendre des décisions adaptées au contexte (Damasio, 1994, 2000).

Toutefois, Livet (2002) affirme que lorsque l'intensité d'une émotion est trop forte et que sa valence est négative, celle-ci peut produire l'effet inverse et bloquer la réalisation de ce type de processus de réflexion.

Thievenaz (2017), en s'appuyant sur les travaux de Dewey (2004), met en évidence le rôle positif de l'étonnement sur le raisonnement. Cette émotion est, pour cet auteur, particulière et peut être assimilée, à l'instar de Vergnaud (2011), à un geste de pensée. La prise en compte de l'étonnement par l'individu l'engage dans un processus de réflexivité sur sa pensée. Ce processus se manifeste par l'ouverture d'une enquête sur le doute, l'inattendu, l'étrangeté survenant lors du processus d'analyse de la situation. Cette entrée dans un processus de réflexivité sur sa propre pensée génère le contrôle de l'émotion, de la cognition, du sens pris par le fait observé et, a pour effet, selon Dewey (2004) l'élaboration de savoirs ou la réélaboration de savoirs nouveaux à partir de « l'éprouvé » de l'expérience vécue.

Ainsi, l'apparition d'un étonnement et son utilisation peuvent être un indicateur de posture de connaissance face à l'expérience.

1.2.5. L'intuition : des positions controversées quant à l'utilité de son contrôle

Au sein des théoriciens de la pensée bi-systémique, les positions divergent sur les effets de l'intuition sur la décision. Pour certains, il est nécessaire qu'un individu contrôle son intuition tandis que pour d'autres, l'individu doit tenir compte de son intuition. Ainsi, pour Klein (1993), l'intuition oriente positivement la décision et l'action rapide ; sa justesse peut être évaluée dans un deuxième temps par l'individu. L'intuition est un mode de pensée fondé sur l'association d'idées entre des faits, des causes et des émotions ressenties qui n'entraîne pas plus d'erreurs qu'un raisonnement logique mal conduit. L'intuition permet une prise de

décision rapide avec un minimum d'effort cognitifs ; ce qui soulage le système de pensée logique et permet à ce dernier d'intervenir, dans un second temps, en cas d'impossibilité de prendre une décision en se fiant à son intuition.

Selon Simon (1976, 1983), l'intuition est un phénomène cognitif automatique d'élaboration et de mobilisation de savoirs implicites qui n'est pas contrôlable et affecte la rationalité de la décision.

Or, Houdé (2003, 2014) affirme que si l'intuition entraîne des biais et des erreurs, ceux-ci peuvent être contrôlables grâce à l'existence d'une instance cognitive. Ainsi, l'individu peut-il, avec de la volonté, mobiliser son système de pensée logique. Cela demande un effort cognitif et nécessite que l'individu ait d'une part, conscience de son déclenchement et de son usage et, d'autre part, veuille contrôler la justesse de son intuition (Kahneman, 2016).

1.2.6. Le rôle caché de l'expérience implicite dans l'élaboration de l'intuition et de l'émotion

Si toutes ces modélisations probléatisent le fait que le mode logique de raisonnement d'un individu est influencé positivement ou négativement par l'émotion ou l'intuition parce qu'il existe, un fonctionnement automatique de la cognition qui échappe au contrôle volontaire de l'individu. Elles montrent ainsi, en filigrane, qu'en miroir de ce fonctionnement automatique, un processus de connaissance implicite se produit, à l'insu de l'individu, à partir des expériences vécues.

Ces savoirs implicites issus des expériences vécues déclenchent de façon quasi-automatique et à l'insu de l'individu, selon les auteurs, soit une intuition accompagnée d'une émotion (Kahneman, 2016) soit une émotion (Simon, 1983 ; Damasio, 1994, 2000), soit la convocation de modèles de situations servant de savoirs de référence (Klein, 1993), d'heuristiques (Kahneman, 1974), soit l'élaboration d'une analogie (Hofstadter & Sander, 2013) servant de savoirs de références.

1.2.7. Le contrôle de l'intuition et de l'émotion par l'expérience : un paradoxe

Le contrôle de l'intuition et de l'émotion implique le contrôle du fonctionnement automatique de la cognition par l'individu ; ce qui est paradoxal puisque, par définition, celui-ci est non conscient. Toutefois, pour Kahneman (2016) l'existence d'interactions entre le système cognitif intuitif et le système logique rend possible le contrôle de l'intuition à certaines conditions car l'individu a la possibilité de contrôler ses émotions et son intuition en mobilisant volontairement son système de raisonnement logique. Or, ce contrôle lui demande un effort cognitif important qu'il n'est peut-être pas capable de faire. De plus, cet effort n'est pas toujours nécessaire car l'utilité du contrôle de l'intuition n'est pas jugée prégnante; l'intuition étant une manifestation de savoirs implicites.

L'émotion, à l'inverse de l'intuition, indique le manque de connaissances ou le besoin d'en acquérir d'autres, elle engage l'individu à réfléchir sur son action (Simon, 1983) à réviser ses croyances, ses préférences et ses valeurs à condition que l'individu soit capable de supporter psychologiquement et cognitivement cette révision (Livet, 2002).

Dans ces conceptions, il apparaît important que l'individu soit en capacité de repérer le déclenchement d'une intuition et/ou d'une émotion et d'évaluer son bienfondé pour en tenir compte pour prendre sa décision et que ce processus d'évaluation doive être envisageable sur le plan cognitif, affectif et conatif par l'individu. L'aide que peut lui apporter son expérience semble difficile à envisager.

En effet, le fait que ces modèles posent explicitement ou implicitement l'expérience comme un processus cognitif passif d'apprentissage implicite, créateur de manifestations cognitives d'intuition et d'émotions rend paradoxale l'identification d'une action active de l'expérience sur les éléments qui la constituent.

Ces problématiques nous engagent à faire un pas de côté, d'une part pour objectiver l'expérience autrement qu'en tant que produit d'un apprentissage implicite et d'autre part, pour problématiser les conditions humaines permettant à l'expérience d'être active sur l'intuition et l'émotion survenant dans le raisonnement. Nous avons abordé cette mise en objet autour de la question : en quoi l'expérience serait-elle une autre voie de contrôle des phénomènes intuitifs et émotionnels survenant dans le raisonnement ?

1.3. L'expérience et sa mise en objet

1.3.1. L'expérience : un processus passif et actif de connaissance fondé sur un « éprouvé »

Les travaux de Dewey facilitent la mise en objet du rôle actif de l'individu sur l'élaboration et l'usage de son expérience pour gérer le « ressenti » vécu au cours de l'action. Ils montrent que l'expérience a trois fonctions qui entretiennent des relations étroites. Elle permet à l'individu de s'adapter à l'environnement mais aussi d'y agir pour ajuster ce dernier à ses besoins et pour innover mais surtout, elle joue un rôle dans le rapport que l'individu entretient avec la connaissance.

L'expérience se produit du fait de l'existence d'un processus actif et d'un processus passif de connaissance et dépend de processus émotionnels, corporels, conatifs et cognitifs qui vont faciliter ou non son élaboration. La phase passive consiste à vivre un « éprouvé » survenant au cours de l'action. Cet « éprouvé » peut être un vécu corporel, affectif, conatif, cognitif tandis que la phase active consiste en une action volontaire d'expérimentation de l'individu sur son environnement puis en une réflexion permettant de relier « l'éprouvé » et l'action conduite. Ces deux phases du processus sont indissociables et interactives.

De plus, selon Dewey, le contexte où se déroule l'action influence l'élaboration de l'expérience. Grasser et Rose (2000) apportent une précision sur l'influence du contexte. Ils précisent que la nature du travail, son niveau de complexité, les modalités de division et de coordination du travail influencent la production et l'usage de l'expérience. Pour ces auteurs, la formation, qu'elle soit initiale, continue ou ait lieu en alternance, facilite ce processus.

1.3.2. L'expérience : une volonté de réfléchir sur « l'éprouvé » et de prendre en compte l'émotion vécue

En montrant que l'expérience est une forme de rapport au monde qui permet à l'individu d'agir et de construire ses savoirs, les travaux de Dewey font apparaître en filigrane que l'individu peut agir sur son mode de raisonnement, à certaines conditions et placent le contrôle de l'émotion comme une condition majeure.

Ainsi, sans « éprouvé », ni sans action, ni sans obstacles dans l'action que l'émotion signale, l'expérience ne peut s'élaborer mais elle ne le peut non plus sans la volonté de l'individu de surmonter les émotions liées à « l'éprouvé » ressenti, ni celle de faire un effort cognitif pour conduire une réflexion dans l'action sur l'action. Cette réflexion suppose que l'individu soit en capacité de repérer les manifestations cognitives, conatives et affectives, corporelles de son « éprouvé » et de les prendre en compte cognitivement et affectivement pour leur donner du sens.

Or, selon Dewey, dans ce repérage, « l'éprouvé » affectif occupe une place primordiale car l'expérience est d'abord affective avant d'être un processus cognitif. Elle existe parce que l'individu vit des émotions qu'il doit surmonter. L'émotion est à la fois l'élément moteur et l'élément de cohésion du processus. « Elle sélectionne ce qui s'accorde et colore ce qu'elle a sélectionné de sa teinte propre donnant ainsi une unité qualitative à des matériaux extérieurement disparates et dissemblables » (2005, p. 66-67). Un équilibre doit se produire entre le fait d'agir et celui d'éprouver. Si l'individu se laisse gagner par ses émotions éprouvées ou par le besoin impérieux d'agir, il néglige la construction de sens. Les émotions positives ou négatives doivent être surmontées, transformées par l'individu pour que l'action soit source de connaissance. Elles doivent faire l'objet d'une réflexion volontaire de la part de l'individu.

Or, l'émotion est un processus cognitif automatique dont l'individu se sert plus ou moins consciemment. Elle naît de l'évaluation que l'individu fait de la situation. Rimé (2009) affirme que l'émotion assure l'intérim pour que l'individu puisse agir en attendant de pouvoir réfléchir. Le type d'émotion déclenchée est fonction de la nature de l'action en cours et produit un effet différent. Lorsque l'émotion est vécue positivement, elle engage l'individu à explorer le problème tandis que, lorsqu'elle est vécue négativement, elle peut conduire l'individu à abandonner toute tentative de résolution de problème et à fuir la situation.

Selon Livet (2002), l'émotion a une incidence cognitive et psychologique sur le mode de raisonnement. C'est une résonance affective physiologique et comportementale qui naît de l'appréciation ou de l'évaluation que fait un individu d'un événement. L'émotion lui signale que la situation présente un décalage entre ses attentes et les faits survenant. Cette émotion procure la motivation nécessaire pour engager l'individu à revoir ses croyances, ses préférences, ses valeurs mais elle peut aussi, si elle est trop forte, interdire cette remise en question. La rationalité de la décision vient du comportement qu'adoptera l'individu face à ce signal émotionnel.

Parmi ces émotions certaines ont la particularité d'entraîner plus particulièrement un comportement d'exploration et une démarche d'analyse de l'obstacle ou du problème vécu. Ces émotions sont : l'intérêt, la curiosité face à un événement inattendu (Rimé, 2009), la surprise (Livet, 2002), le doute ou la sensation d'une résistance (Dewey, 1983), l'étonnement (Thievenaz, 2017).

1.4. La mise en objet du « ressenti » éprouvé dans l'action

Cette mise en objet s'appuie sur les modélisations du raisonnement pour la décision et l'action. Ces modélisations mettent en évidence le fait que l'intuition ou l'émotion sont des phénomènes ressentis par l'individu et que ces deux phénomènes sont le résultat de l'expérience implicite. Ce qui nous permet de les rapprocher d'une manifestation provenant d'un « éprouvé » cognitif et émotionnel lié à la réalisation d'une expérience passive.

Ainsi, dans le modèle de Simon (1983), l'individu ressent une émotion qui l'engage à réfléchir sur la situation vécue, par contre l'intuition est une idée qui ne se contrôle pas. Dans celui de Klein (1993, 2008), l'intuition est un phénomène cognitif quasi-instantané de reconnaissance de modèles qui met en lien une perception avec une expérience passée. Dans le modèle de Damasio (1994, 2000), l'émotion est un phénomène cognitif ressenti par l'individu car elle provoque des sensations corporelles et cognitives ; celles-ci pouvant relever de la représentation. Il n'est par contre pas question, dans le modèle opératif de pensée édifié par Pastré (2011), ni d'intuition, ni d'émotions ressenties mais de savoirs enfouis dans l'implicite de l'action. Dans la modélisation de Kahneman (2016), du fonctionnement dual du raisonnement, l'individu a une sensation corporelle, ou ressent une émotion, ou a une intuition de savoir, laquelle peut s'accompagner d'émotions.

Elle se fonde également sur la notion d'«experiencing» traduite par «éprouvé» (1911, cité dans Bourgeois 2013, p.17) ou par vécu (Barbier (2013) qui représente le processus de connaissance implicite que vit l'individu à la suite de l'action conduite et qui l'affecte sur le plan cognitif, affectif, conatif ou corporel.

Cet ensemble de conceptions nous permet d'émettre l'hypothèse que le «ressenti» peut être caractérisé comme un «éprouvé» et comporte des dimensions corporelles, émotionnelles, cognitives et conatives.

Toutefois, nous souhaitons également caractériser empiriquement ce «ressenti» auprès des infirmiers-ières, nous détaillerons la méthode choisie au chapitre exposant la méthodologie de la recherche.

Chapitre 2 : Le rôle de la posture de connaissance face à l'expérience sur le contrôle du « ressenti » et sur le mode et les modalités de raisonnement pour la décision

2.1. Justification et intérêt scientifique de la problématique posée

En nous référant aux différentes modélisations du raisonnement pour la décision et l'action, nous constatons qu'aucune d'elles ne s'intéresse à la manière dont l'individu utilise explicitement son expérience pour contrôler les processus intuitifs et émotionnels qu'il éprouve au cours du processus décisionnel.

Ces travaux de recherche sont orientés sur le rôle de l'expérience implicite et sur les actions de contrôle cognitif que peut mettre en place l'individu pour contrôler son attention et sa perception (Kahneman, 2016), pour évaluer la justesse de sa pensée intuitive (Klein, 1993, 2008), pour réguler ses émotions et en tenir compte pour réfléchir dans l'action et sur l'action (Simon, 1983 ; Damasio, 1994 ; Livet, 2002 ; Rimé, 2009).

Selon nous, en cherchant à mettre en évidence la façon dont un professionnel conceptualise son action et opérationnalise les savoirs acquis par l'expérience, Pastré (2011) montre que le thésaurus de ces savoirs particuliers dépend de son expérience professionnelle.

De plus, ce thésaurus est constitué de savoirs aux formes et aux statuts différents et ne sont pas uniquement des savoirs issus de l'expérience. Selon Pastré (2011), les savoirs issus de l'expérience d'un professionnel ont des usages différents, leur forme est en rapport avec leur usage. Ils peuvent être des indicateurs ou des concepts-en-acte ou des théorèmes-en-acte servant à conduire l'action. Par ailleurs, la caractérisation de ces différents savoirs proposée par cet auteur facilite leur repérage de leur mobilisation et de leur utilité au sein du raisonnement du professionnel.

En outre, ces travaux montrent que, si le mode de raisonnement d'un professionnel porte la marque des savoirs issus de son expérience, il porte aussi celles de son rôle, des buts qu'il poursuit ainsi que la trace des autres savoirs détenus.

En nous référant à cet auteur, nous faisons l'hypothèse que la nature de savoirs élaborés au cours de l'expérience de travail dépend à la fois du type d'action conduite et du caractère plus ou moins explicite de la démarche de connaissance établie entre l'action accomplie et le résultat de celle-ci mais aussi du rôle occupé dans l'organisation de travail, des buts poursuivis, ainsi que la trace des autres savoirs détenus.

Cette modélisation présente un très grand avantage pour notre recherche car elle met en objet les savoirs issus de l'expérience et permet de les observer. Elle facilite, à partir du repérage des actions et des buts poursuivis par le professionnel, la reconstruction de la procédure de raisonnement opérée par le professionnel dans l'action et du fait de l'action à accomplir. Si le mode de raisonnement est le déterminant majeur influençant la rationalité d'une décision, il n'en est pas moins utile de considérer que le raisonnement que nous étudions est effectué en vue de prendre une décision.

Les travaux de Dewey (2003, 2005), nous permettent de concevoir que l'individu n'est pas qu'un acteur passif soumis à l'influence de son « éprouvé » mais qu'il peut être un acteur volontaire du rapport cognitif et affectif qu'il établit avec son éprouvé et avec ses expériences antérieures.

Ainsi, à partir de la conception de Dewey (2004) quant à l'existence d'une posture de connaissance face aux différentes expériences vécues et de celle de Pastré (2011) sur le rôle joué par l'expérience sur le raisonnement dans l'action, nous faisons l'hypothèse que le mode et les modalités de raisonnement d'un individu sont influencés par la posture connaissance qu'il établit face au vécu de l'action. La posture de connaissance établie face à l'expérience pouvant conditionner d'une part, la nature du « ressenti », des savoirs élaborés grâce à l'expérience et ceux qui seront mobilisés sur le plan décisionnel, d'autre part, le mode de gestion du « ressenti », forme affective et cognitive d'éprouvé vécu dans l'action et du fait de celle-ci.

Ainsi, le rôle que peut avoir l'expérience sur le processus décisionnel de l'infirmière et sur le contrôle du « ressenti » au sein du processus décisionnel peut être examiné à l'aune de la posture de connaissance établie face à l'expérience vécue, par ce professionnel.

Se pose alors la question de savoir : comment la posture de connaissance face à l'expérience agit-elle sur le processus décisionnel et sur la nature de « l'éprouvé » cognitif et / ou émotionnel éprouvé dans l'interaction avec le patient et comment peut-elle permettre le contrôle de ce « ressenti » ? Le « ressenti » éprouvé par l'infirmière dans l'interaction avec un patient est-il un phénomène cognitif émotionnel ou intuitif ?

Notre recherche présente un véritable intérêt scientifique car elle se propose de montrer, d'une part que le professionnel n'est pas qu'un sujet passif aux prises avec son « éprouvé », d'autre part d'identifier la manière dont il se positionne en décideur et en apprenant et utilise volontairement son expérience pour contrôler les processus intuitifs et émotionnels survenant lors de la prise de décision, sans occulter les autres déterminants influençant la décision d'un professionnel au travail. De plus, notre recherche envisage d'apporter une réponse à un phénomène éprouvé par les infirmières et jamais caractérisé jusqu'à présent.

2.2. La problématique de la fonction triple de la posture de connaissance établie face à l'expérience sur la nature du « ressenti », son contrôle et le mode et les modalités de raisonnement pour la décision

L'examen du rôle que peut avoir l'expérience sur le processus décisionnel, sur la nature des savoirs élaborés et sur le contrôle des phénomènes émotionnels et intuitifs qui interviennent, à l'aune de la posture de connaissance établie, par ce professionnel, face à l'expérience, nécessite de prendre en compte d'autres dimensions de cette problématique.

Nous devons considérer d'une part, que la posture de connaissance comporte une composante active ou passive d'acquisition de connaissances face au vécu de l'expérience qui se réalise grâce à la conjonction de trois processus : agir, éprouver, réfléchir. La nature de cette posture influence, à des degrés divers, la composition du thésaurus de savoirs issus de l'expérience, la nature du « ressenti » éprouvé, le contrôle de celui-ci. En conséquence, cette posture agit sur le mode et les modalités de raisonnement conduisant à la décision.

D'autre part, l'élaboration de l'expérience est un processus temporel, jamais achevé, continu et cumulatif, inscrit dans l'action et un contexte déterminé dont il nous faut tenir compte. Il nous faut également caractériser le « ressenti » décrit par les infirmiers-ières afin de nous assurer qu'il s'agit d'un phénomène cognitif lié à l'émotion ou l'intuition éprouvée par l'infirmier-ière.

Ainsi, cette problématique impose l'adoption d'une méthodologie facilitant l'observation et l'analyse du rôle triple de l'expérience et du processus décisionnel et de ses déterminants.

Elle nous engage à étudier la posture de connaissance et le raisonnement pour la décision sous la forme d'une activité constructive. Cette approche permet d'une part, l'étude de l'ensemble des déterminants internes et externes au raisonnement et leur niveau d'influence sur la décision, et d'autre part l'identification de la place prise par les savoirs issus de l'expérience, leur nature et leur rôle au sein de la décision, elle permet aussi d'examiner

comment l'individu se positionne face à ce qu'il vit dans et par l'action et ce qu'il sait pour réguler son « ressenti » intuitif ou émotionnel éprouvé dans l'interaction avec le patient.

2.2.1. Le mode de raisonnement : le résultat de l'interaction de multiples déterminants

Le mode de raisonnement d'un individu est le résultat de l'interaction entre des processus cognitifs mobilisant consciemment et volontairement les lois de la logique pour trouver une solution au problème posé, avec des processus cognitifs automatiques intuitifs et émotionnels fournissant une réponse intuitive accompagnée d'une émotion positive ou négative.

Des modélisations du raisonnement pour l'action, nous retenons d'une part, que chacune de ces modélisations met en relief différemment l'influence de l'intuition, de l'émotion et de l'expérience et le pouvoir d'action de l'individu sur ces phénomènes. D'autre part, il nous faut tenir compte que l'intuition et l'émotion sont des influenceurs majeurs du raisonnement parce qu'ils se déclenchent de façon automatique, en dehors de la conscience de l'individu et sont hors de son contrôle. Cependant ces déterminants ne sont pas les seuls à être actifs. Le contexte décisionnel, le rôle de l'individu dans l'organisation de travail ainsi que la subjectivité de l'individu : ses valeurs, ses attentes, ses buts sont aussi des sources d'influence à considérer.

Les processus cognitifs intuitifs et émotionnels sont consubstantiels du fonctionnement automatique de la cognition, lequel est également responsable d'apprentissages implicites. Les savoirs acquis de façon implicite se manifestent par le déclenchement d'un processus intuitif et par le déclenchement d'une émotion positive ou négative et d'intensité variable. L'émotion est l'essence du fonctionnement cognitif tandis que les processus intuitifs sont une manifestation de savoirs acquis par l'apprentissage implicite.

Prendre une décision rationnelle, adaptée à la situation et au contexte, selon les critères définis par Simon (1983), nécessite que l'individu adopte un mode de réflexion fondé sur l'utilisation de règles logiques et qu'il ait conscience de l'existence de phénomènes intuitifs et émotionnels perturbateurs, qu'il soit capable de fournir l'énergie cognitive et affective

nécessaire pour les combattre. Mais ces processus intuitifs et émotionnels ne sont pas que de éléments perturbateurs de la rationalité d'un individu, ils constituent, pour partie ce que Dewey appelle « l'éprouvé » de l'expérience. Ils sont également, selon cet auteur, sources de création de savoirs à condition que l'individu ait établi un certain rapport de connaissance avec eux.

2.2.2. La fonction de la posture de connaissance sur le contrôle de l'intuition et de l'émotion intervenant dans le raisonnement

Nous pouvons ainsi envisager que l'individu puisse avoir, à certaines conditions, un contrôle cognitif et affectif sur la forme implicite de l'expérience que sont l'intuition et l'émotion vécues au cours de l'activité décisionnelle, s'il adopte une attitude particulière face aux différentes composantes de son « éprouvé » et face à ses expériences antérieures ; attitude lui permettant d'engager un contrôle sur son mode de raisonnement.

Nous utiliserons la notion de posture telle qu'Ardoino (1990) la définit car elle correspond à l'attitude face à l'expérience vécue décrite par Dewey (2004). En effet, cette notion a été introduite par Dewey, pour évoquer la disposition cognitive et affective de l'individu à élaborer des savoirs à partir de « l'éprouvé » vécu dans l'action conduite et du fait de celle-ci, que celui-ci soit corporel, cognitif, émotionnel, ou conatif. Or, la posture, selon Ardoino (1999), dépend au moins autant des caractéristiques de la situation où elle vient s'inscrire, que des procédures et des stratégies de l'individu et des représentations que s'en donnent ses partenaires. Nous prendrons en compte ces différentes composantes de la posture sur le plan méthodologique pour concevoir notre dispositif de recherche.

Si nous nous reportons à la conception défendue par Dewey (2004) quant à l'existence d'interactions entre l'action et l'expérience, nous pouvons considérer que lorsqu'un individu agit, il est certes, l'objet de manifestations corporelles, cognitives, affectives, conatives qui composent son « éprouvé », forme d'expérience implicite, néanmoins, l'individu peut exercer un contrôle cognitif sur son « éprouvé » en adoptant un comportement cognitif et affectif particulier vis-à-vis de ce dernier mais aussi de ses expériences antérieures. L'adoption de ce comportement de contrôle nécessite d'une part, que

l'individu mobilise un raisonnement spécifique visant à mettre en lien l'action, le résultat de l'action et « l'éprouvé » ressenti, d'autre part, que l'individu ait la capacité de surmonter l'émotion occurrente à cet « éprouvé » mais aussi, qu'il attribue une valeur à ses expériences antérieures et qu'il accepte leur possible remise en question.

Ainsi, l'individu n'est pas qu'un acteur passif ayant un « éprouvé » mais peut être un acteur volontaire du rapport qu'il établit avec son « éprouvé » et ses expériences. Il donne du sens et de la valeur à son « éprouvé » ainsi qu'à ses différentes expériences explicites acquises. L'interprétation mentale de cet « éprouvé » dépend d'une part, de l'importance de l'interaction entre la dimension affective, c'est-à-dire: les émotions et les sensations et la dimension cognitive qui permet l'interprétation mentale de la situation vécue. D'autre part, cette interprétation de « l'éprouvé » dépend des valeurs ; de la volonté de l'individu de chercher à savoir, de s'engager dans une activité d'investigation permettant de remettre en question ses savoirs antérieurs.

Ainsi, la posture de connaissance face à l'expérience (implicite et explicite) est liée à la volonté du professionnel de mettre en place une réflexion sur ce qu'il éprouve face à l'action conduite, mais aussi une question de capacité à gérer l'émotion vécue dans la temporalité de l'action, à accorder de la valeur aux expériences antérieures. La posture est également liée à la valeur qu'accordent les partenaires à l'expérience de ce professionnel, que celle-ci soit explicite ou de l'ordre de « l'éprouvé ».

Nous formulons l'hypothèse que chaque infirmier-ière développe une posture de connaissance personnelle face à la valeur accordée à son expérience, par les partenaires, face aux différentes expériences vécues ainsi que face à l'« éprouvé » qui y est associé- posture que nous nommons « posture face à l'expérience vécue ». Cette posture a deux fonctions.

D'une part, elle permet au professionnel d'apprendre de l'expérience vécue car elle permet ou non la transformation de « l'éprouvé » conatif, cognitif et émotionnel en savoir, la réélaboration ou la confirmation de savoirs antérieurement acquis au travers des expériences et à la mise en place d'une pensée réflexive.

D'autre part, elle permet l'attribution d'une valeur aux différentes expériences vécues et à « l'éprouvé ». Nous pensons que l'individu prendra en compte son « éprouvé » et/ou utilisera les savoirs acquis par ses différentes expériences antérieures s'il estime que l'utilisation de l'un ou de l'autre, dans des situations antérieures, lui ont permis de prendre la

bonne décision. S'il se méfie de son « éprouvé », il cherchera à l'explorer en mobilisant son thésaurus de savoirs, que ceux-ci soient des savoirs-objets reconnus socialement ou des savoirs issus de des expériences vécues. Il pourra également ignorer son « éprouvé » conatif, cognitif et émotionnel s'il ne lui fait pas du tout confiance. Le rapport de confiance établit face à l'expérience en tant que processus et à l'« éprouvé » peut être envisagé comme un indicateur permettant de caractériser la nature de cette « posture de connaissance face à l'expérience ».

2.2.3. Les effets de la nature de l'éprouvé sur la posture cognitive de l'individu

Comme « l'éprouvé » est un processus qui comporte à la fois, des dimensions cognitive, émotionnelle et conative, ses effets auront une incidence spécifique sur le mode de raisonnement.

« L'éprouvé » cognitif est, selon nous, et au regard des travaux de Dewey, un processus intuitif de mobilisation de savoirs implicites qui peut produire deux sortes d'effets sur la posture cognitive connaissance de l'individu.

Nous pouvons envisager que l'individu se fie à la réponse intuitive que lui procure son « éprouvé » sans le questionner. Cet usage se manifestera alors par l'emploi de d'heuristique, de l'analogie, la réalisation d'association de circonstance ou de fréquence entre des événements, des actions, des résultats et des émotions (Hammond, 1996 ; Epstein 2010, Kahneman, 1974, 2016).

Nous pouvons aussi penser que « l'éprouvé » cognitif de l'individu puisse être source de remise en cause des savoirs existants si l'individu est capable de s'étonner, d'accepter que son observation contredit ses attentes, ou que le résultat de son action n'est pas conforme à ce à quoi qu'il s'attendait. A ce moment, l'étonnement entraîne un questionnement de l'intuition ressentie, la recherche de preuves pour obtenir une explication au problème constaté, la remise en question du savoir. L'existence d'un étonnement cognitif suppose que l'individu possède des savoirs issus d'expériences antérieures car ce sont eux qui vont également permettre le travail de questionnement et un regard nouveau sur les expériences passées.

« L'éprouvé » conatif est le processus de mise en sens de la situation vécue. Il sera source de réflexion si les valeurs, les intentions ou les buts de l'individu se trouvent remis en question par l'action ou son résultat et, s'il a la volonté de construire des significations à partir de cet « éprouvé ».

« L'éprouvé » affectif est le processus affectif de reconnaissance et d'attribution d'une valence positive ou négative à l'émotion vécue face à la situation. Il sera source de révision des savoirs, des croyances si l'individu a la capacité de prendre en compte l'émotion ressentie et si la force de cette émotion ne dépasse pas affectivement et cognitivement l'individu. De plus, l'émotion est à la fois un élément moteur de l'identification de l'existence d'un décalage entre ce qui est éprouvé et ce qui est connu et, un élément de cohésion entre les différentes formes « d'éprouvé ». L'émotion donne une unité qualitative à toutes les manifestations « d'éprouvé ».

2.3. L'hypothèse principale et l'hypothèse secondaire

Nous énonçons l'hypothèse suivante : la « posture de connaissance face à l'expérience vécue » conditionne le mode et les modalités du raisonnement et de la décision et le contrôle de l'intuition et de l'émotion y intervenant. Elle influence également l'élaboration de l'expérience à partir de « l'éprouvé » vécu. Ce qui nous engage à supposer que :
L'infirmier-ière approfondira son raisonnement et recherchera des preuves pour vérifier l'exactitude de son « éprouvé » si :

Le « ressenti » de l'individu est un « éprouvé » assimilable à de l'intuition, ou à de l'émotion ou de l'étonnement.

Seconde Section : De la méthodologie aux résultats de recherche

De la méthodologie aux résultats de recherche

Introduction

Cette seconde section présente les choix méthodologiques qui ont conduit à la construction du dispositif de recherche et à l'obtention de résultats de recherche.

Trois parties constituent cette seconde section:

La première partie présente l'approche méthodologique choisie pour aborder l'objet de recherche et assurer la scientificité de la recherche. Elle expose le dispositif d'enquête réalisé pour accéder d'une part au processus de raisonnement et de décision mobilisé par l'infirmier-ière dans l'action et aux différents déterminants de la décision de « tri » et d'autre part ; à sa posture de connaissance face à l'expérience. De plus, elle présente l'étude empirique du « ressenti » des infirmiers-ières.

La deuxième partie décrit la procédure d'analyse des données et présente la construction du modèle d'analyse du raisonnement et de la prise de décision. Elle décrit la procédure de mise en lien des données obtenues. Elle se termine par l'évaluation de notre posture de chercheur.

La troisième partie expose les résultats de la recherche. Le premier chapitre présente les déterminants externes au raisonnement et à la prise de décision de l'infirmier-ière. Il comprend la description du contexte de l'activité de « tri » et des significations de l'urgence et du « tri » qu'en donnent les médecins et les infirmiers-ières. Le deuxième chapitre présente les différentes postures de connaissances identifiées et leurs composantes. Le troisième chapitre identifie la nature et la place du « ressenti » éprouvé par les infirmiers-ières. Le quatrième chapitre expose la découverte d'une posture « cognitivo-émotionnelle » qui modifie l'hypothèse formulée. Il décrit ainsi le rôle de cette posture sur le mode et les modalités de raisonnement et de décision. Il expose les conséquences de cette posture sur le contrôle du « ressenti » éprouvé dans l'action de « tri » et le processus d'élaboration de l'expérience et la nature des savoirs élaborés.

Première partie : Le choix d'une méthodologie qualitative

Chapitre 1 : Une méthodologie fondée sur le paradigme d'activité adossée à une approche constructiviste

1.1 Une méthodologie adaptée à l'objet de recherche

Notre étude du rôle de l'expérience sur le « ressenti » et sur le mode et les modalités de raisonnement pour la décision implique de prendre en compte la spécificité du processus d'expérience qui est d'être un processus humain cumulatif jamais achevé, s'inscrivant dans un continuum temps et dans la temporalité de l'ici et du maintenant de l'action qui dépend de la posture personnelle de connaissance de l'individu et du contexte de l'action entraînant l'élaboration de connaissances explicites ou implicites. Elle implique également de considérer que la décision prise par le sujet dans l'action est influencée par le contexte et par des mécanismes cognitifs non volontaires intervenant sur le mode et les modalités de raisonnement.

L'observation de l'influence de ces différents déterminants de la prise de décision et de leurs interactions en situation décisionnelle nous engage à adopter une méthodologie qui nous permette d'observer d'une part, le processus de raisonnement en train de se réaliser sur le plan cognitif, émotionnel et intuitif, d'autre part, le rôle actif de la posture de connaissance et le rôle passif des manifestations émotionnelles ou intuitives d'expérience et enfin les actions conduites et les savoirs mobilisés

De ce fait, nous choisissons d'adopter une méthodologie fondée sur une posture constructiviste et de mobiliser une méthodologie qualitative afin d'approcher la réalité vécue subjectivement par le professionnel lorsqu'il prend une décision, la manière dont la situation l'influence et sa façon d'agir et de réfléchir en situation ainsi que sa façon de mobiliser son expérience au cours du processus décisionnel.

1.2. Une méthodologie fondée sur une posture constructiviste

Notre posture méthodologique est celle du constructivisme qui conçoit que la connaissance n'est pas une réalité ontologique objective mais construite. « Rien n'est donné, tout est construit » (Bachelard, 1971).

Ce choix est le reflet de notre conception de l'être humain et de son accès à la connaissance mais aussi de notre regard de chercheur outillé par le choix d'un cadre théorique explicatif sur lequel s'appuie notre recherche de compréhension de l'expérience vécue par le sujet de la recherche.

Cette posture épistémique s'applique autant au regard porté sur l'infirmier-ière, sujet de la recherche que sur la scientificité de notre démarche de connaissance. Notre démarche scientifique de connaissance suit les principes du constructivisme scientifique expliqué par Mucchielli (2005). La connaissance se construit à travers l'interaction humaine et l'interaction intellectuelle avec les objets de recherche mis en relation pour faire surgir les significations et rechercher les interactions.

« Rien n'est connu isolément. Un "objet scientifique" construit seul, cela n'existe pas. Le monde à connaître est un monde de relations entre les choses à connaître. Il faut rechercher des "interactions" et faire surgir, à travers cette recherche des significations. Aucun phénomène ne pouvant exister "en lui-même" dans le vide environnemental. (...) Un phénomène peut être «'scientifiquement lu'» lorsqu'il peut être compris et la compréhension de quelque chose, c'est l'attribution d'un sens à ce quelque chose (par simplification ici : sens=signification=compréhension) » (Mucchielli, 2005, p .24).

Dans ce cadre, le chercheur produit des connaissances non pas en tant qu'expert mais parce qu'il est engagé dans une relation intersubjective avec un sujet auquel il reconnaît un savoir et une expérience. Son objectivité est liée à la qualité du reflet qu'il donne à l'expérience que lui transmet la personne enquêtée. Dans le contexte culturel de la recherche en sciences infirmières, Rousseau et Saillant (1996) remarquent que « cette intersubjectivité inscrit une position novatrice quant au développement du savoir scientifique. Ainsi les personnes (sujets) participant à l'étude ont fait ou font l'expérience d'un phénomène

significatif, possèdent un savoir et une expérience pertinente ou partagent une même culture » (Rousseau et Saillant, 1996, p.142).

Le sujet de notre recherche est un sujet concret, une personne qui doit sans arrêt s'adapter à son environnement biologique, psychologique, culturel et social. Ce sujet est doté d'un système de symbolisation et d'un système de traitement de l'information qui lui permettent d'agir dans et sur le monde et d'apprendre de ses expériences. Il influence son environnement autant qu'il est influencé par lui. La connaissance qu'il possède est relative à la mise en ordre et à la représentation mentale qu'il se fait du monde. Dans cette conception épistémologique, un professionnel construit ses connaissances dans l'action et du fait de celle-ci. Il construit son identité et se construit en tant que sujet. Ce mode de construction influence son acquisition de savoirs et sa conceptualisation dans l'action, ce qui a des conséquences sur sa réflexion dans l'action, la construction de son expérience et son mode de mobilisation des savoirs.

L'adoption d'une épistémè constructiviste confère à notre recherche des dimensions explicative et compréhensive où « la compréhension enveloppe l'explication tout en étant développée analytiquement par elle » (Ricoeur, 1997, p.146). Cette posture se reflète dans notre problématique et nos choix méthodologiques. Elle implique le parti-pris d'une méthodologie phénoménologique et sémiologique afin de comprendre les processus à l'œuvre et leurs interrelations à partir de ce que le sujet éprouve et à partir des significations qu'il donne à ce vécu. La subjectivité du sujet enquêté est appréhendée d'une part, à partir du recueil et de l'analyse des significations que le professionnel donne à son rôle, à son activité, à l'environnement dans lequel il réfléchit et agit d'autre part à partir du recueil et de la mise en sens de l'expérience concrète qu'il vit dans l'action.

Ainsi, notre méthodologie est qualitative et utilise des outils de recueil et d'analyse du vécu du sujet et du sens qu'il donne à ce vécu dans la situation étudiée mais aussi de l'action conduite et de son contexte.

1.3. Une méthodologie qualitative mobilisant le paradigme d'activité

La volonté d'observer les interactions existant entre le sujet et l'environnement, de recueillir et d'analyser le vécu décisionnel de l'infirmier-ière, sa posture de connaissance face à l'expérience et le sens donné à la situation de « tri » en adoptant une posture constructiviste, nous conduisent à regarder ces phénomènes sous l'angle du paradigme « d'activité » (Barbier, 2011). Ce paradigme, issu des travaux des psychologues Vygotski (1985) et Leontiev (1972), fondateur du courant russe de la théorie de l'activité, propose de considérer qu'il y a une différence entre le travail réel effectué par un professionnel et le travail qui lui est prescrit. L'activité est une construction singulière réalisée par un professionnel en situation de travail. Elle « exprime en même temps la tâche prescrite et l'acteur qui l'exécute (...) elle traduit ses compétences, ses motivations, son système de valeurs » (Leplat, 1997, p. 33).

Ce paradigme implique de rechercher et d'analyser « les sens que les sujets humains construisent autour de leurs actes (représentations pour soi et affects associés) et les significations qu'ils veulent bien en proposer à autrui, qui sont plutôt de l'ordre des communications » (Barbier, 2011b, p. 18). Ce paradigme nous permet de rendre opérationnel notre dispositif méthodologique en mobilisant des outils permettant de recueillir et d'analyser la prise de décision et la posture de connaissance face au vécu de l'action sous l'angle d'une activité décisionnelle constructive du sujet et de son expérience.

1.4. Le dispositif méthodologique d'observation et d'analyse de l'activité décisionnelle constructive du sujet et son expérience

1.4.1. Méthodologie du recueil et d'analyse du vécu décisionnel

Le vécu décisionnel et le sens qui lui est donné est appréhendé en recueillant l'expérience subjective vécue par le sujet et en analysant les buts, les actions conduites, les savoirs qu'il mobilise pour prendre sa décision. Ce recueil est effectué grâce à la conduite d'un entretien d'explicitation, outil issu de l'approche psycho-phénoménologique de l'expérience vécue du sujet, proposée par Vermersch (2010). Ce nouveau paradigme peut être

rapproché de la psychologie phénoménologique américaine découlant de la phénoménologie descriptive mise au point par Husserl, mais elle n'en est pas issue. En effet, Vermersch (2018) signale que lorsqu'il propose cette approche il n'avait pas connaissance des travaux de ce courant de recherche. Le point commun entre ces deux approches repose sur « l'hypothèse que l'expérience vécue peut constituer un objet d'étude par le moyen de la mise en mots a posteriori de l'action vécue » (Champy-Remoussenard, 2005, p. 27).

Ainsi, l'entretien d'explicitation recueille l'expérience subjective vécue en situation de « tri », expérience significative du sens que revêt cette activité décisionnelle pour le sujet. Dans cet entretien, chercheur et enquêté sont tous deux impliqués et construisent la situation de mise en sens et de communication du vécu, le chercheur aidant l'enquêté à verbaliser son vécu, l'enquêté partageant, avec plus ou moins de filtre, son vécu.

Le prisme qui guide l'analyse de l'activité décisionnelle est celui de la didactique professionnelle (Pastré, 1999, 2002, 2011). Ce courant théorique fait partie du courant de l'analyse de l'activité. Il se situe au croisement de l'analyse de l'activité proposée par l'ergonomie cognitive (Leplat, 2008), des travaux de la conceptualisation dans l'action (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006) dérivés du courant piagétien et de la didactique des disciplines scientifiques. La didactique professionnelle propose un mode d'appréhension et d'analyse de la manière dont un professionnel élabore, réélabore, mobilise ses compétences et acquiert des savoirs dans la réalisation de la tâche qui lui est confiée et, en fonction de la situation dans laquelle il conduit cette activité. Comme le met en évidence Champy-Remoussenard : « Les concepts de situation et le couplage situation-activité sont centraux. Le repérage des dimensions de l'activité est effet indissociable de celles des situations de travail elles-mêmes. L'acteur engagé dans la situation est défini dans un « être au monde » au sens de Heidegger. Il est, par là, confronté à la complexité, à l'incertitude, à « l'interactivité » (l'acteur transforme la situation autant qu'il est transformé par elle) » (2005, p. 21)

Ainsi, la construction de notre modèle d'analyse du mode et des modalités de raisonnement conduisant à la prise de décision est-elle réalisée à partir du « modèle opératif de pensée » d'un professionnel dans l'action que propose Pastré (2011). Ce modèle nous permet de repérer la globalité des déterminants, leur place et leur rôle au sein de l'activité décisionnelle que sont : le mode de raisonnement, les manifestations d'émotion, d'intuition,

d'étonnement. Il nous permet également d'observer la posture de connaissance adoptée dans l'action de « tri » face à l'expérience vécue hic et nunc ainsi que les déterminants contextuels.

1.4.2. Méthodologie du recueil des déterminants contextuels et de la posture de connaissance face à l'expérience

Les déterminants liés au contexte de coopération dans lequel s'effectue l'activité de décisionnelle « tri » sont recueillis, auprès des infirmiers-ières mais aussi auprès des médecins à partir des significations communiquées par les sujets enquêtés à propos de leurs représentations respectives quant au partage de l'activité de prise en charge des urgences, à leur rôle respectif, à l'activité de « tri ».

Le type de posture de connaissance établie face à l'expérience par l'infirmier-ière est déterminé à partir de la conception du processus d'élaboration de l'expérience de Dewey (2004), élaboration qui est fonction, selon lui, de la volonté de l'individu de chercher à acquérir des connaissances à partir de l'action et de « l'éprouvé » ressenti à la suite de l'action conduite mais aussi de la capacité à gérer l'émotion liée à cet « éprouvé ». La collecte des déterminants de cette posture est effectuée en recueillant les significations attribuées par les infirmiers-ières quant à la nature, l'usage et à la valeur de leur expérience et de leur « ressenti ».

Le recueil des déterminants décisionnels liés au contexte et au type de posture de connaissance face à l'expérience est effectué grâce à la conduite d'entretiens semi-directifs. Ces déterminants sont analysés en réalisant une analyse de contenu du discours (Bardin, 2012). La procédure de l'analyse de ces données est détaillée lors de l'analyse des données.

1.4.3 La scientificité de notre démarche

Notre approche qualitative des processus humains de décision, d'expérience et de « ressenti » mobilise également la « multiréférentialité » permettant de garantir une approche scientifique de ces processus. Elle comporte une phase déductive cherchant à valider l'hypothèse de l'existence d'une posture de connaissance face à l'expérience, sa catégorisation et son niveau d'influence sur la nature des savoirs mobilisés et le mode de raisonnement et de décision. Elle comprend une phase inductive liée à l'approche du processus décisionnel sous l'angle d'une activité recueillant l'expérience subjective du sujet.

Ainsi, le dispositif méthodologique mis en place permet d'identifier d'une part, les déterminants contextuels, d'autre part, le type de posture de connaissance face à l'expérience de deux manières grâce à la conduite d'un entretien d'explicitation et d'un entretien semi-directif. Enfin, le « ressenti » décrit par l'infirmier-ière lors de l'entretien semi-directif est comparé à la manifestation d'émotion, ou d'intuition ou d'étonnement observée lors de l'action décisionnelle de « tri » recueillie lors de l'entretien d'explicitation conduit avec l'infirmière. La triangulation des données permet de caractériser le « ressenti » de l'infirmier-ière. Elle découvre l'existence d'un phénomène inattendu qui permet de préciser la nature de la posture de connaissance

Chapitre 2 : Un dispositif d'enquête empirique en deux phases avec deux outils d'observation indirecte dans deux terrains d'enquête

Ce chapitre présente les raisons qui ont dicté l'élaboration du dispositif d'enquête en deux phases auprès d'un échantillon de médecins urgentistes et d'infirmiers-ières. Il détaille également les objectifs poursuivis, le choix de deux terrains d'enquête, les deux types de population enquêtées, l'échantillonnage réalisé.

2.1. Le choix de deux phases d'enquête

Notre dispositif méthodologique se doit de prendre en compte le fait que toute activité décisionnelle dépend du contexte dans lequel elle est réalisée et de la nature des relations de travail établies entre les différents partenaires concernés par le résultat de la décision. Il cherche également à recueillir le raisonnement conduit par l'infirmier-ière pour prendre la décision de « tri ». Il vise à identifier la posture de connaissance face à l'expérience de l'infirmière afin de comprendre comment l'expérience influence le mode et les modalités de raisonnement conduisant à la décision de l'infirmier-ière et peut réguler les effets du « ressenti » survenant lors de l'activité de « tri ».

Deux grandes phases sont mises en place. La première phase est exploratoire et vise à étudier le contexte de l'activité décisionnelle de l'infirmier-ière dans laquelle le médecin est impliqué. Elle a été effectuée sur un petit échantillon de médecins et d'infirmiers-ières car la saturation des données s'est produite rapidement. La deuxième phase est la phase proprement dite d'enquête et vise à identifier la posture de connaissance face à l'expérience de l'infirmier-ière et à étudier son activité décisionnelle. La population enquêtée est uniquement constituée d'un échantillon de vingt d'infirmiers-ières volontaires pour participer à la recherche.

2.2. Les objectifs poursuivis

La construction de ce dispositif est guidée par l'hypothèse formulée au cours de la problématique selon laquelle la posture de connaissance face à l'expérience vécue conditionne le mode et les modalités de raisonnement et de la décision et le contrôle de l'intuition et de l'émotion y intervenant. Dans cette hypothèse, le « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière est assimilé à de l'intuition ou à de l'émotion. Ce dispositif a pour objectif :

- de comprendre le contexte dans lequel est réalisé l'activité de « tri » ;
- de recueillir les significations attribuées à l'urgence, au rôle et à l'activité de tri par chaque infirmier-ière ;
- d'identifier les caractéristiques de la posture de connaissance face à l'expérience établie par l'infirmier-ière.
- de recueillir le raisonnement de l'infirmier-ière afin d'identifier la manière dont l'infirmière raisonne dans l'action c'est-à-dire : ce qu'elle vit sur le plan émotionnel et cognitif ainsi que les autres éléments sur lesquels elle s'appuie pour prendre sa décision.
- de caractériser empiriquement la nature du « ressenti » éprouvé lors de l'activité décisionnelle par chaque infirmier-ère afin de vérifier la pertinence de sa mise en objet en tant qu'intuition ou émotion.
- d'identifier le rôle de la posture de connaissance dans l'activité décisionnelle et son rôle sur le contrôle de l'intuition et de l'émotion survenant lors de cette activité.

L'observation est indirecte, les trois premiers objectifs sont réalisés en utilisant l'entretien semi-directif, les deux derniers objectifs le sont en mobilisant la technique de l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2010) auprès de chaque infirmier-ière.

2.3. L'échantillonnage

Le processus d'échantillonnage concernant les choix des terrains d'enquête et des professionnels interrogés est guidé, comme le préconise Savoie-Zajc (2007) par notre posture épistémologique, notre cadre théorique et méthodologique. La démarche d'échantillonnage est effectuée en ayant le souci éthique de la transparence du recrutement des professionnels vis-à-vis des institutions hospitalières d'accueil et vis à vis de l'enquêté lui-même et de l'obtention de son consentement libre et éclairé à la recherche.

Notre cadre théorique nous engage à tenir compte du fait que l'activité décisionnelle est influencée d'une part par le contexte de l'activité décisionnelle et le partage de l'activité clinique entre le médecin et infirmier-ière, d'autre part par des déterminants internes et externes au raisonnement de l'infirmier-ière. Ainsi, l'observation de la prise de décision de l'infirmier-ière et de ses déterminants effectuée à travers un échantillonnage par cas multiples, sur deux terrains d'enquête, auprès de deux catégories de professionnels que sont le médecin et l'infirmier-ière est indirecte et mobilise deux types d'entrevue.

Nous souhaitons recueillir le point de vue de l'acteur et approcher l'expérience au plus près de ce qu'il vit en tenant compte des multiples interactions qu'il initie ou qu'il subit. Ainsi, nous avons choisi un échantillonnage par cas multiples en recherchant la diversification et la saturation. Les critères de diversification sont orientés par l'objet de recherche et la recherche d'une inférence analytique sur la question de l'influence de la posture de connaissance face à l'expérience sur le mode et les modalités de la décision et sur les effets de l'intuition et de l'émotion y intervenant.

De ce fait, nous avons choisi de conduire des entrevues auprès de médecins urgentistes et d'infirmiers-ières d'accueil et d'orientation de l'urgence travaillant dans deux structures d'accueil différentes. Nous avons procédé à une diversification interne et intragroupe (Pires, 1997). Les critères de diversification d'échantillonnage concernant les terrains et les professionnels sont présentés ci-dessous.

Nous tenons à noter que la saturation empirique des données relative au contexte décisionnel s'est produite rapidement grâce à l'approche méthodologique liée à l'entrée par l'activité, créatrice d'une phase inductive qui fait apparaître trois « cas négatifs » (Pires, 1997). L'hypothèse de recherche posée pour conduire la phase déductive est en partie remise en question par la découverte d'un phénomène inattendu. L'explication de cet inattendu nous permet de formuler une explication valide pour tous les autres cas. Nous développerons la manière dont nous avons mis à jour ce phénomène de saturation lors de l'analyse des résultats.

2.4. Le choix des terrains de l'enquête

Le contexte de travail ayant une influence sur l'activité décisionnelle et sur l'élaboration de l'expérience, nous avons choisi d'enquêter dans deux services d'urgences différents ayant des organisations de travail et des typologies de patients différentes. Ce choix vise à comprendre le contexte dans lequel les infirmiers-ières prennent une décision de tri, à observer l'existence de différences ou de similitudes dans les pratiques de « tri » et, dans la nature des relations de travail établies entre médecins et infirmiers-ières que chaque contexte de travail peut générer.

Les deux établissements de santé choisis pour réaliser l'enquête sont des établissements parisiens et ils satisfont aux critères de diversification intragroupe (Pires, 1997).

L'un est une petite structure accueillant tous types de pathologies avec une orientation en cancérologie et dispose d'une consultation de médecine générale comportant la présence d'un médecin urgentiste pour délester, du circuit des urgences vitales, les pathologies les moins urgentes. Il est référencé sous l'acronyme SLS.

L'autre structure d'urgence est le plus grand centre de France recevant tout type d'urgences que celles-ci soient psychiatriques, médicales, chirurgicales ou sociales. L'établissement possède également un centre de consultations sans rendez-vous pour décharger les urgences. Des consultations en Oto-rhino-laryngologie et un centre prenant en charge les migraines sont ouverts dans cet établissement. Ces trois types d'unités fonctionnent

indépendamment des urgences générales mais les infirmières d'accueil et d'orientation de l'urgence peuvent être amenées à leur adresser des patients venant consulter aux urgences. Ce terrain est référencé sous l'acronyme LRB.

2.5. L'accès aux terrains d'enquête

L'enquête a été conduite avec l'accord des deux directions de soins, du cadre de pôle, des cadres de santé de ces deux services et avec l'accord des deux médecins chefs de service. Des réunions de travail ont été conduites pour présenter les objectifs de la recherche et les outils utilisés. La garantie de l'anonymat du contenu des entretiens conduits auprès des professionnels a été un prérequis à la conduite de notre enquête. L'enquête a été référencée sous l'acronyme « REFLEX-IAO », comme toute enquête de recherche à l'hôpital. Cet acronyme fait référence à la REFLEXion de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO).

Une présentation des objectifs et des conditions d'entretien a été effectuée également aux infirmiers-infirmières lors de deux réunions d'équipe, réalisées sur les horaires de travail. Ce dispositif d'information a permis d'informer le plus grand nombre d'infirmiers-infirmières sur le contenu et les modalités de cette enquête et d'obtenir des volontaires pour participer. Puis au moment de la rencontre avec le chercheur, les informations ont été reprises et expliquées de nouveau à l'échelon individuel. La garantie de pouvoir interrompre l'entretien à tout moment a été donnée à chaque participant. Le document remis aux participants est disponible à l'annexe n° 3.

2.6. La population et la temporalité de l'enquête

Deux types de professionnels sont interrogés : des médecins urgentistes et des infirmiers-ières d'accueil et d'organisation de la prise en charge des urgences hospitalières. Les enquêtes qualitatives par différentes techniques d'entretien sont menées entre début juillet et fin octobre 2014.

2.6.1. La population de la phase 1 de l'enquête

La première phase explore le contexte de l'activité décisionnelle de l'infirmière et des relations de travail entre médecins et infirmiers-ières. Elle est réalisée sur un échantillon de médecins et d'infirmiers-ières répartis sur les deux structures d'urgences.

En ce qui concerne l'échantillon de médecin, nos critères de sélection sont de deux ordres. Le médecin doit être un médecin garant et référent de l'activité de « tri » de l'infirmier-ière et être volontaire pour partager son point de vue sur le contexte de la prise en charge de l'urgence et du partage de l'activité clinique avec l'infirmier-ière. Ces médecins urgentistes sont appelés médecins « sénior » car d'une part, ils sont titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'une spécialisation en médecine d'urgence et d'autre part, ils sont responsables de l'encadrement des pratiques professionnelles de l'ensemble des médecins pouvant intervenir aux urgences, des étudiants médecins et des infirmiers-ières.

Six médecins urgentistes ayant le titre de praticiens hospitaliers séniors, ayant entre 9 mois et 11 ans d'expérience en médecine d'urgence ont accepté de participer à cette phase d'enquête. L'entretien individuel de chaque médecin a eu lieu, sur le lieu de travail, dans un bureau ou une pièce de réunion éloignée du service de soins, après la fin de sa garde de vingt-quatre heures.

Le tableau n° 3 ci-dessous, présente l'échantillon de médecins et leurs expériences de médecin urgentiste séniors.

Tableau 3 : L'échantillon de médecins urgentistes séniors

Médecin urgentiste séniors (MAO) Référence du terrain / N° ordre passage d'entretien / Pseudonyme	Ancienneté de médecin séniors dans un service d'urgence	Expériences SMUR ¹ SAMU	Fonction d'expert	Formateur CESU pour les infirmières
SLS / 01/ Stéphane	7 ans dans le centre	Oui	Non	Non
SLS /03 / Sara	10 ans dans le centre	Non	Non	Non
SLS / 04 / Garance	1 mois et 8 mois dans une autre structure	Non	Non	Non
LRB /03/ Annie	11 ans depuis l'ouverture	Oui Oui	Formatrice au - D.U « médecine d'urgence vitale ». DU d'échographie DIU de gynécologie.	Non
LRB / 04/ Olivia	11 ans	Oui	Non	Non
LRB/ 05 Sophie	10 ans	Oui	Non	Non

En ce qui concerne l'échantillon d'infirmiers-ières, six infirmiers-ières participent à cette première phase, soit trois dans chaque terrain d'enquête. Ces participants font partie de l'échantillon de la population des vingt infirmiers-ières qui participent à la phase 2 de l'enquête. Ils-elles ont entre 1 mois et 10 ans d'expérience dans le tri, ce qui crée une opportunité de recueil de point de vue différent entre l'infirmière nouvellement arrivée ayant 1 mois d'ancienneté dans le service et celle effectuant cette activité depuis 8 ans pouvant être considérée comme un peu plus « aguerrie » pour reprendre les termes d'un des infirmier interrogé. De ce fait, cet échantillon satisfait au critère de diversification intragroupe.

Dans la grande structure d'urgence (LRB), les entretiens avec les infirmiers-ières ont eu lieu au moment où le pic de patients est le plus bas, soit entre 7 h et 9 h le matin. Jamais

¹ SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SAMU : Service d'aide Médicale Urgente

plus de deux infirmiers-ières ont été interrogés par jour. Pour l'autre structure (SLS), les entretiens ont été conduits, à des heures différentes de la journée de travail, entre 9 heures et 14 heures ; un seul professionnel a été interrogé par jour. Le tableau n° 4 ci-dessous, présente l'échantillon d'infirmiers-ières de la phase 1 de l'enquête et répertorie leur ancienneté dans la profession d'infirmier-ières et dans l'activité de « tri ».

Tableau 4: Echantillon des infirmiers-ières de la phase 1

Infirmier-ière Référence du terrain / N° ordre passage d'entretien / Pseudonyme	Ancienneté dans la profession	Ancienneté dans le « tri »
LRB / 05 / Marie	8 mois	3 mois
LRB / 10 / Alex	3 ans ½	3 ans ½
LRB / 09 / Bastien	9 ans	5 ans
SLS / 01 / Gaël	2 ans	18 mois
SLS /04 / Rachel	2 ans	8 ans
SLS / 11 / Ambre	13 mois	2 mois

2.6.2. La population de la phase 2 de l'enquête

La population constituant cette étape de l'enquête est composée d'un échantillon de vingt infirmiers-ières, réparties sur les deux structures d'urgences.

Cet échantillon est composé de professionnels, de sexe féminin et masculin ayant ont donné leur consentement écrit pour participer à la recherche. Ce procédé vise à être en adéquation avec notre posture éthique de chercheur.

Ces professionnels possèdent une ancienneté dans le « tri » allant de 1 mois à 12 ans et travaillent soit dans la grande structure d'urgence ou dans la petite structure d'urgence. Ils-elles ont été volontaires pour participer à la recherche. Ce choix est fait pour respecter le critère de diversification en tenant compte de l'influence des expériences vécues sur l'activité décisionnelle. Le tableau n°5 ci-dessous présente l'échantillon de population d'infirmiers-ières participant à la phase 2 de l'enquête.

Tableau 5: Echantillon d'infirmiers-ières de la phase 2

Infirmier-ière Référence du terrain / N° ordre passage d'entretien / Pseudonyme	Ancienneté professionnelle totale	Ancienneté dans le « tri »
LRB/ 01/ Lina	2 ans	18 mois
LRB /02 / Hélène	1 an	8 mois
LRB/ 03 / Havana	12 ans	12 ans
LRB / 04 / Mélissa	3 ans	3 ans
LRB / 05 / Marie	8 mois	3 mois
LRB / 06 / Jade	7 ans	5 ans
LRB / 07 / Lydia	3 ans	3 ans
LRB / 09 / Bastien	9 ans	5 ans
LRB / 10 / Alex	3 ans ½	3 ans ½ s
SLS / 01 / Gaël	2 ans	18 mois de tri
SLS / 02 / Matthieu	2 ½ ans	2 ans
SLS / 03/ Delphine	4 ans ½ (a une licence de psychologie)	1 mois
SLS /04 / Rachel	8 ans	8 ans de tri
SLS/ 06 / Naomi	23 ans (9 ans½ en réanimation cardiaque)	10 ans ½
SLS / 07/ Eva	9 ans	8 ans½
SLS / 08 / Lola	3 ans	2 ans½
SLS/ 09 / Valentine	2 ans	18 mois
SLS/ 10 / Elisa	18 mois	18 mois
SLS / 11 / Ambre	13 mois	3 mois de tri
SLS / 12 / Nicole	4 ans	3 ans½

Cette deuxième phase utilise deux techniques d'entrevue qui sont liées à la poursuite de plusieurs objectifs dans le même espace-temps de l'enquête : l'entretien semi-directif et l'entretien d'explicitation.

2.7. La conduite des entretiens semi-directifs

Chaque entretien qu'il soit de médecin ou d'infirmier-ière est conduit, sur le lieu de travail, dans un bureau ou une pièce de réunion éloignée du service de soins.

Deux guides d'entretiens semi-directifs sont construits. L'un explore auprès des médecins urgentistes le contexte du partage de l'activité clinique entre médecin et infirmier-ière pour la prise en charge de l'urgence médicale. L'autre vise à recueillir, auprès des infirmiers-ières, les significations données par les infirmiers-ières à l'urgence, à leur rôle, au « tri » ainsi que la posture de l'infirmière face à l'expérience, la nature de son « ressenti ».

2.7.1. L'exploration du contexte de l'activité de tri (phase 1 de l'enquête)

Cette phase de l'entretien semi-directif est effectuée auprès d'un échantillon de médecins et d'infirmiers-ières et elle vise à explorer le sens que les médecins et infirmiers-ières donnent à l'activité de tri, le contexte du partage de la prise en charge de l'urgence entre infirmiers et médecins, la nature des relations de travail établies, leurs attentes respectives, la signification attribuée au tri, leurs attentes de rôle respectives, leur perception de l'urgence et les difficultés du tri. Le guide d'entretien utilisé dans la phase 1 pour enquêter auprès des médecins est disponible à l'annexe n° 4 ; celui utilisé pour les infirmiers-ières l'est à l'annexe n° 5.

Il est composé de questions ouvertes similaires pour les médecins et les infirmières. Il recueille les significations déclarées quant à ce que sont : l'urgence, le tri et ses difficultés ainsi que le vécu relatif à leurs interactions de travail.

Les questions adressées aux médecins sont :

- Qu'attendez-vous d'un-e infirmier-ière au tri?
- Quelles sont les difficultés du tri ?
- Qu'est-ce qu'une urgence pour vous?

- Quel est le rôle d'un service d'urgences ?
- Quelles sont les difficultés de prise en charge des patients?
- Comment est-ce que vous qualifieriez votre collaboration avec l'IAO au niveau de la prise en charge ?

Les infirmiers-ières ont été interrogé(e)s à propos de leur contexte de travail au moment de l'entretien semi-directif visant à recueillir également les significations données à l'activité de tri, au ressenti, à l'expérience. Le guide complet de cet entretien est présenté à l'annexe n°3.

- C'est quoi pour vous être infirmier(e) au tri ? (question 1 du guide)
- Quelles sont les difficultés du tri ? (question 4 du guide)
- C'est quoi une urgence, pour vous? (question 6 du guide)
- Que diriez-vous de l'accueil aux urgences ? (question 7 du guide)
- Comment vous qualifieriez votre relation avec le médecin ? (question 8 du guide)
- Comment situez-vous votre coopération dans la prise en charge du patient ? (question 9 du guide).

2.7.2. L'identification des significations attribuées à l'activité de tri, à l'expérience et au « ressenti » par chaque infirmier-ière

Ce recueil est réalisé lors de l'entretien semi-directif. Il comporte des questions ouvertes qui ont pour but de recueillir :

- les significations attribuées par chaque infirmier-ière à son rôle, à l'activité de « tri »,
- les éléments du parcours professionnel tels que l'ancienneté dans la fonction et dans le « tri », les motivations qui ont conduit à occuper un poste au tri. Ces données visent à repérer si le nombre d'années de « tri » joue un rôle sur la nature du ressenti et de l'expérience.

Troisièmement, des questions de ce guide permettent d'interroger les infirmiers-ières sur leur perception de ce que sont l'expérience et le ressenti, la valeur qui est accordée à ces deux phénomènes et l'usage déclaré qui en est fait. La volonté d'apprendre de l'expérience est également recherchée. Ces données visent à identifier la posture de connaissance établie par l'infirmier-ière face à l'expérience.

Les questions posées sont issues du guide d'entretien semi-directif disponible à l'annexe n°5:

- Question 2 : Depuis combien de temps êtes-vous infirmier-ière ? au tri ? Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes venue à occuper un poste d'IAO ?
- Question 3 : En quoi consiste le tri ?
- Question 11 : Qu'est-ce qui vous aide le plus à faire le tri des patients ?
 - Sur quelles connaissances vous vous appuyez ?
 - L'expérience est-elle importante ?
 - Pensez-vous qu'il faut quelque chose de plus ?

- Question 12 : Que dire du « ressenti »?
 - Comment décririez-vous ce phénomène ?
 - Estimez-vous que vous en avez ?
 - Comment vous l'avez découvert ?
 - Comment ça se manifeste chez vous ?
 - Est-ce fréquent pour vous ?
 - Vous en servez-vous ?
 - Écoutez-vous votre ressenti?, beaucoup ?

- Question 13 : Quand vous conduisez l'examen et l'entretien du patient, cela serait pour arriver à quoi ?
 - Comment savez – vous que vous avez recueilli les données nécessaires pour déterminer le tri?
 - Avez – vous le sentiment de pouvoir tout explorer ?
 - Avez-vous le sentiment de forcer le patient à parler de ses problèmes ?

2.8. La conduite des entretiens d'explicitation et l'accès au raisonnement de l'infirmier-ière (phase 2 de l'enquête)

Des entretiens d'explicitation sont conduits auprès de la population des vingt infirmiers-ières afin d'accéder au raisonnement conduit par chaque infirmier-ière dans le feu de l'action de « tri ». Cette méthode d'investigation mise au point par Vermersch (2010) procure un outil pour accéder à l'expérience cognitive et émotionnelle vécue par une personne. Il s'agit de provoquer la prise de conscience des actions mentales et matérielles réalisées en lui faisant se remémorer une situation spécifiée.

Ce type d'entretien permet d'accéder au raisonnement effectivement mobilisé par un professionnel, au « ressenti » éprouvé, au(x) but(s) poursuivis, aux savoirs effectivement utilisés qui sont le plus souvent distincts de ceux que l'on croit poursuivre ou mobiliser dans sa pratique. Pour le concepteur de la méthode, le recueil du déroulement de l'action est la

seule source d'inférences fiables pour mettre en évidence le raisonnement effectivement mis en œuvre. Ainsi, ce type d'entretien procure une aide pour accéder à la pensée pré-réfléchie c'est-à-dire à la pensée non encore conscientisée par la personne, pour accéder en quelque sorte à son fonctionnement cognitif. Sa spécificité est de viser la verbalisation des actions effectuées pour mener à bien l'activité spécifiée en recherchant la description du vécu subjectif de l'activité et de permettre le passage « entre conscience pré réfléchie et conscience réfléchie, ce que Piaget a appelé « prise de conscience » (Vermersch, 1994, p.183-221).

2.8.1 Le contrat de communication

Nous avons établi un contrat de communication qui demandait à l'infirmière de choisir elle-même le cas concret évoqué et de ne pas choisir de revenir sur une expérience vécue désagréable. Ce contrat qui comportait également la garantie d'anonymat du contenu de son interview, offrait à l'infirmière la possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment.

2.8.2. Notre posture lors de l'entretien d'explicitation

Nous avons mis en œuvre l'entretien d'explicitation en créant un contexte relationnel et mettant en place un guidage pour canaliser l'infirmier-ière vers la description du déroulement de chacune des actions élémentaires qu'elle a réalisées pour accomplir l'entretien et pour identifier le niveau d'urgence du patient. Pour respecter les exigences de cette méthode d'entretien, notre guidage a été « très ferme, très précis dans ses objectifs. » (Vermersch 2010 p.54). Cette verbalisation s'est faite en demandant à l'infirmière de décrire un cas concret de tri effectué avec patient en lui demandant de se souvenir de toutes les actions effectuées à ce moment-là. Nous l'avons rassurée quant à cette demande en lui assurant que nous la guiderions dans cette évocation et cette remémoration. Nous lui avons aussi offert la possibilité d'interrompre à tout moment l'entretien à sa convenance. Ce guidage nous a demandé de tenir compte de plusieurs caractéristiques méthodologiques.

L'entretien d'explicitation associe guidage et écoute non directive : tant que la personne est dans la description, nous avons été dans l'écoute non directive. Nous avons calqué nos gestes sur ceux de l'infirmier-ère. Nos relances ont porté sur l'aide à la mise en mots de l'implicite, en relevant, autant que faire se peut, les points exprimés de manière trop globale

afin de les faire expliciter. L'infirmier-ière s'est exprimée avec ses propres mots. Nous avons essayé le plus possible de ne pas induire sa réponse; ce qui n'est pas le plus facile dans ce type d'entretien.

Nos interventions ont été directives en ayant comme but de diriger l'infirmière vers la description des actes réellement effectués. Nous avons pris soin de ne pas orienter l'infirmière sur la description des sentiments qu'elle a alors éprouvés. Nous avons donc créé avec notre attitude d'écoute et avec le type de questions posées, un climat relationnel favorable permettant à l'infirmière de se mettre en relation avec le souvenir visuel de la scène passée avec le patient plutôt qu'en relation avec nous. En quelque sorte, nous avons été l'intermédiaire de cette position de parole incarnée. Nous avons aidé chaque infirmière interviewée à ralentir son rythme de parole sans bloquer son processus de mise en mots, en lui proposant de prendre son temps. Ce ralentissement de la parole est un moyen pour laisser le temps à l'expression du souvenir et pour faciliter l'entrée dans le processus de re-situ subjectif, Cela a été plus facile avec certaines infirmières qu'avec d'autres.

2.8.3. L'évocation d'un cas de « tri » vécu

Un guide d'entretien est réalisé pour soutenir l'entretien d'explicitation et les relances afin de ne pas dévier de cette technique d'entretien. En effet, la technique d'entretien prévoit de guider l'enquêté vers la description des actions qu'il a accomplies pour faire le tri. nous n'avons pas cherché à recueillir son interprétation de la situation. Cette technique nécessite de la rigueur que nous avons respectée au maximum. Il est disponible à l'annexe n° 6.

L'évocation du vécu de tri est introduite par la proposition suivante :

« Pouvez-vous me faire part d'un moment vécu avec un patient qui est significatif du tri ou de votre quotidien dont on pourrait essayer de se rappeler le contexte dans lequel cela s'est passé ». Elle est approfondie à l'aide de questions non inductives.

Pour aider l'infirmière et guider sa mémoire des actions effectuées, nous avons commencé l'entretien en abordant les aspects contextuels du cas évoqué telles: l'heure, le moment de l'action, le lieu, les bruits, sa position dans l'espace...etc.

Nous avons également vérifié, tout au long de l'entretien, que l'infirmière est dans la position de parole incarnée. Pour ce faire, nous avons observé le langage non verbal de l'infirmière ; ce qui a consisté à observer la présence de trois indicateurs principaux signalant

la modification de l'activité cognitive de l'infirmier-ière que sont le regard, le débit verbal et ainsi que l'utilisation d'un vocabulaire descriptif, concret utilisant le pronom « je », des verbes d'action conjugués au présent : « je fais, je vérifie, je lui dis, je lui demande, je prends la tension, je remarque » et de connotations sensorielles exprimant des ressentis telles que « je vois, je sens, j'ai un doute, j'ai l'impression que ».

2.9. La caractérisation empirique du « ressenti »

Notre cadre théorique nous a permis de supposer que le « ressenti » pouvait être la manifestation d'une intuition et/ou d'une émotion ou le couplage de ces deux phénomènes. Ce présupposé nous engage à vérifier la pertinence de cette mise en objet théorique du « ressenti ». Ainsi, deux voies de recueil sont utilisées pour le caractériser. Ces deux modes d'accès au « ressenti » permettront la triangulation des données lors de l'analyse et d'évaluer la fiabilité de sa caractérisation et de sa mise en objet en tant qu'intuition ou émotion.

La phase d'entretien semi-directif vise à accéder aux significations données au « ressenti » par l'infirmier-ière. Cette recherche sera faite en s'enquérant, auprès de l'individu, des significations qu'il lui attribue, de l'importance qu'il donne à chacune de ses dimensions et de la manière dont l'individu repère le déclenchement de son « ressenti ».

Les questions posées font partie du guide d'entretien semi-directif. Il s'agit des questions 12 et d'une partie de la question 13 (annexe n°5) et sont ainsi formulées auprès de chaque infirmier-ières :

- Question 12 : Que dire du « ressenti »?
 - Comment décririez-vous ce phénomène ?
 - Estimez-vous que vous en avez ?
 - Comment vous l'avez découvert ?
 - Comment ça se manifeste chez vous ?
 - Est-ce fréquent pour vous ?
 - Vous en servez-vous ?
 - Écoutez-vous votre ressenti? Beaucoup ?

- Question 13 : Comment savez-vous que vous avez recueilli les données nécessaires pour déterminer le tri ?

La phase de l'entretien d'explicitation vise à faciliter la découverte de la nature du « ressenti » réellement éprouvé dans l'action de « tri » en repérant le déclenchement d'une émotion, d'une intuition, de son moment et de l'usage qu'en fait le professionnel dans le « tri ».

Ces deux modes de recueil doivent permettre, lors de l'analyse des données, de répondre aux questions suivantes :

- Quelle place prend « ressenti » sur le mode de raisonnement, quel est son rôle ?
- Quels sens attribue l'infirmier-ière a son « ressenti » ?
- L'infirmière se méfie-t-elle de son « ressenti » ? Quelle valeur lui accorde-t-elle ?
- Le « ressenti » éprouvé par l'infirmière est-il de l'intuition, de l'émotion, ou une association des deux ou bien encore une sensation corporelle?
- Le « ressenti » de l'infirmier-ière correspond-il à un processus de reconnaissance non conscient d'une situation clinique déjà vécue?
- Le « ressenti » sert-il de catalyseur à l'infirmier-ière pour contrôler l'exactitude de sa décision en l'engageant à porter son attention sur un signe clinique, à rechercher des preuves supplémentaires ?

La caractérisation empirique du « ressenti » en tant qu' « éprouvé » vise à identifier à la fois les dimensions cognitives, émotionnelles, corporelles et de sens du « ressenti ». Ceci permettra de déterminer sa similitude avec « l'éprouvé » décrit par Dewey.

Seconde Section
Deuxième partie
L'analyse des données

Deuxième partie : L'analyse des données

Introduction

Cette deuxième partie explique la manière dont ont été analysées les données recueillies par les entretiens semi-directifs conduits auprès de médecins urgentistes séniors et des infirmiers-ères ainsi que les données collectées par les entretiens d'explicitation auprès des infirmiers-ère.

Le premier chapitre retrace la procédure utilisée pour traiter les données et les étapes empruntées.

Le deuxième chapitre présente la procédure d'identification des deux grandes catégories de déterminants externes au raisonnement du professionnel que sont d'une part, le contexte de l'activité décisionnelle et d'autre part, les significations que les professionnels attribuent à l'urgence, à leur rôle et à l'activité de « tri ».

Le troisième chapitre comporte deux parties. L'une détaille la manière dont est identifiée et catégorisée la posture de connaissance établie par l'infirmier-ière face à l'expérience. L'autre décrit la méthode d'analyse utilisée pour caractériser la nature du « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière à partir des définitions qu'il-elle en donne.

Le quatrième chapitre relate la construction de la grille d'analyse du raisonnement du professionnel conduit dans l'action de « tri » et la détermination des indicateurs servant à repérer les manifestations d'intuition, d'émotion, d'étonnement et les savoirs issus de l'expérience. Cette grille est réalisée à partir de la méthode d'analyse du modèle opératif de pensée d'un professionnel proposé en didactique professionnelle (Pastré, 2011) ainsi qu'avec des indicateurs servant à repérer l'intuition (Kahneman, 2016) ou l'émotion (Rimé, 2009 ; Thievenaz, 2017) survenant au cours du raisonnement. Au cours de ce chapitre, nous caractérisons la nature du « ressenti » éprouvé dans l'action de « tri » en la catégorisant en

fonction du type de manifestation dont nous observons le déclenchement au cours de l'activité décisionnelle.

Le cinquième chapitre présente la manière dont sont identifiés d'une part, la place de l'expérience dans le raisonnement mobilisé par l'infirmier-ière et d'autre part, le rôle de la posture de connaissance face à l'expérience sur le « ressenti » éprouvé dans l'action de « tri » et ses effets sur le mode et les modalités du raisonnement conduisant à la prise de décision. Il présente la triangulation des données issues des deux modes de recueil et d'analyse utilisés pour caractériser empiriquement la nature du « ressenti ».

Chapitre 1 : La procédure de traitement des données

1.1 Les objectifs de la procédure de traitement des données

Le traitement des matériaux de recherche vise à obtenir des données permettant de définir la place et le rôle des manifestations implicites et explicites de l'expérience, dans le raisonnement conduisant à la prise de décision ainsi que l'influence du contexte sur la prise de décision. Ceci nous a engagée à construire des grilles d'analyse des verbatims pour faciliter le traitement des données, leur mise en lien et leur interprétation.

1.2. Les étapes de l'analyse

L'ensemble des données recueillies que ce soit par entretien semi-directif ou entretien d'explicitation a été étudié en utilisant la technique de l'analyse de contenu thématique telle que Bardin (1997) la définit.

« L'analyse de contenu apparaît comme un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages. Le but de l'analyse de contenu est l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production (ou éventuellement de réception), à l'aide d'indicateurs (variables inférées) de ces messages » (1997, p.42).

L'analyse des données est séquencée en cinq étapes. Celles-ci sont mises en rapport avec les outils de recueil, l'objectif poursuivi et le mode d'analyse choisi.

Les indicateurs utilisés pour réaliser ces différentes étapes d'analyse sont issus de notre cadre théorique. Ainsi, notre procédure d'analyse est déductive sauf lors de l'étape 5 concernant l'identification de la nature du « ressenti » décrit par les infirmier-ières. En effet, cette analyse est réalisée à partir de deux sources de données et notre procédure recourt à

l'induction pour l'une puis à la déduction pour l'autre. Puis, ces deux modes d'analyses sont ensuite triangulés. Le tableau n° 6 ci-dessous, présente les étapes du traitement des données.

Tableau 6: Les différentes étapes de l'analyse

Etape de l'analyse	Outil de recueil	Objectif	Mode d'analyse
Etape 1: Identification du contexte de l'activité de « tri » clinique et la nature de la coopération entre médecin et infirmier-ère	Entretien semi-directif individuel Echantillon de 6 médecins urgentistes et 6 infirmiers-ières	Identifier : - les attentes des médecins envers les infirmiers-ières et réciproquement - les significations attribuées par les médecins et les infirmières à l'urgence, au tri et ses difficultés	Analyse thématique de contenu relatives aux : -Attentes de rôle vis-à-vis l'un de l'autre -Significations données à l'urgence (Grille d'analyse n°1 annexe)
Etape 2: Identification des déterminants externes au raisonnement de l'infirmier-ière		Identification des significations attribuées au rôle d'infirmier-ière, au « tri »	Analyse thématique de contenu à partir de la grille d'analyse n° 1, annexe 9
Etapes 3 : Identification de la posture de connaissance face à l'expérience	Entretien semi-directif individuel Echantillon de 20 infirmiers-ières	- Identification de : - la valeur donnée à l'expérience et au « ressenti » - l'usage fait de l'expérience et du « ressenti » dans le « tri » - Recherche de la volonté d'apprendre de l'expérience.	Analyse de contenu thématique à partir de la grille d'analyse n° 3, annexe11
Identification de la nature du « ressenti » décrit par les infirmiers-ières		- Caractériser le « ressenti » à partir de la description du phénomène par les infirmiers	Analyse thématique de contenu inductive
Etape 4 : - Identifications du mode et des modalités de raisonnement clinique et de la décision de « tri »	Entretien individuel d'explicitation Echantillon de 20 infirmiers-ières	- Repérage au sein du raisonnement des buts, des prises d'information, des savoirs mobilisés, des actions conduites. - Reconstitution chronologique - Catégoriser la nature des manifestations de « ressenti » éprouvées dans l'action de tri.	Analyse de contenu thématique à partir d'une grille d'analyse et d'indicateurs prédéfinis (Grille d'analyse n° 2, annexe10)
Etape 5 - Mise en lien des données analysées aux étapes 3, 4 et 5 - Triangulation des données relatives aux ressenti »	Entretien semi-directif individuel Entretien individuel d'explicitation	Identification des effets de la posture de connaissance sur : - le contrôle du « ressenti » - le mode et les modalités de raisonnement - Caractérisation de la nature du « ressenti »	Analyse thématique inductive du contenu comportant une triangulation des données

Chacune de ces étapes est détaillée dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Les étapes de l'indentification des déterminants externes au raisonnement de l'infirmier- ière

Ce chapitre présente les deux premières étapes de l'analyse des données qui ont conduit à identifier d'une part, le contexte de l'activité de « tri » et les modalités du partage de l'activité clinique (étape 1) et d'autre part, les significations que les professionnels attribuent à l'urgence, à leur rôle et à l'activité de « tri » (étape 2).

2.1. Etape 1 : identification des déterminants liés au contexte de l'activité de « tri »

Les verbalisations obtenues grâce à la conduite d'entretiens semi-directifs auprès des médecins et des infirmiers-ières sont codées en utilisant l'analyse thématique de contenu (Bardin, 1997). Une première lecture « flottante » est effectuée pour se familiariser avec la problématique rencontrée par ces acteurs. Cette lecture nous permet d'identifier les enjeux liés à la prise en charge de l'urgence et au partage de l'activité clinique entre médecins et infirmières et les difficultés du « tri ». Puis le codage des entretiens de médecins et d'infirmiers sont codés séparément.

Nous avons ainsi, premièrement, identifié les thèmes abordés pour définir l'urgence médicale par l'ensemble de ces deux catégories professionnelles d'acteurs. Ce codage est réalisé en se fondant sur la notion d'urgence médicale décrite au chapitre 1 de la première section de ce travail. Il cherche à repérer l'utilisation de termes en lien avec la rapidité d'intervention, la gravité de la pathologie, le besoin de soins, le niveau de l'urgence telle qu'il est défini par les grilles de « tri ».

Deuxièmement, nous avons identifié les thèmes présentant les attentes respectives du rôle de chacun, les difficultés, les échanges et les relations établies, les difficultés du « tri ». Le contexte de travail étant un contexte de partage de l'activité clinique entre médecins et

infirmiers-ières, le codage des verbalisations recueillies est guidé par les conceptions de la coopération de Sennett (2014) et de Dejours (1993).

Ainsi, la nature des relations de travail entre médecins et infirmiers-ières est appréhendée au travers des apprentissages réalisés l'un de l'autre, du type de respect, du soutien qu'ils s'apportent l'un l'autre, du bénéfice qu'ils retirent du partage de l'activité clinique (Sennett, 2014).

Nous avons également recherché l'existence d'une volonté de faire « œuvre commune » car selon Dejours (1993), c'est le moteur de la création de liens d'intercompréhension, d'interdépendance et d'obligation. Le repérage des règles, procédures instituées entre le médecin et l'infirmière, des valeurs et sens partagés quant à l'urgence, à l'activité de « tri » et à ses difficultés sont des indicateurs informant de la nature des liens de coopération et sur les conditions de réalisation du « tri ».

Ainsi, les thèmes identifiés dans le corpus des verbatim sont ensuite regroupés en trois catégories : ce que coopérer comporte, permet et évite. Ces catégories permettent de définir ce que les médecins et les infirmiers-ières ont mis en place pour gérer les difficultés et les risques de l'activité de « tri » pour un-e infirmier-ière.

2.2. Etape 2 : Identification des significations attribuées à l'activité de « tri » et au rôle d'infirmier-ière d'accueil et d'organisation de l'urgence

Une analyse thématique du contenu des verbalisations obtenues grâce à l'entretien semi-directif conduit auprès de chaque infirmier-ière permet de dégager la perception qu'a l'infirmier-ière de son rôle, le but poursuivi, de l'activité de « tri » (Grille d'analyse n° 1, annexe n°9).

Chapitre 3 : L'identification de la posture de connaissance face à l'expérience et de la nature du « ressenti »

Dans ce chapitre, nous présentons la méthode d'analyse utilisée pour catégoriser la posture de connaissance ainsi que celle concernant la caractérisation de la nature du « ressenti », analyse effectuée à partir des significations communiquées par les infirmiers-ières. Ces présentations constituent respectivement les phases 3 et 4 de l'analyse.

3.1. La catégorisation de la posture de connaissance face à l'expérience

Cette étape de l'analyse constitue l'étape 4 de l'analyse des données et vise à identifier le type de posture de connaissance établie face à l'expérience.

Elle est constituée par une analyse de contenu thématique des verbalisations obtenues grâce aux entretiens semi-directifs conduits auprès des vingt infirmiers-ières à propos des perceptions des infirmiers-ières de la valeur attribuée à leur « ressenti », et à leur expérience, de l'usage déclaré du « ressenti » et de l'expérience dans le tri et de la volonté d'apprendre à partir de situations de « tri ». La grille d'analyse utilisée est la grille n°2 présentée à l'annexe n°10.

La catégorisation thématique de la posture de connaissance établie par l'infirmier-ière est effectuée en référence aux travaux de Dewey (2003, 2005) en recherchant le caractère passif ou actif de la démarche d'élaboration de l'expérience établie à partir des expériences vécues.

Plusieurs indicateurs sont définis pour catégoriser le type de posture de connaissance établie face à l'expérience vécue à partir des verbalisations recueillies lors des entretiens semi-directifs des infirmiers-ières.

Premièrement, le « ressenti » est assimilé à un « éprouvé cognitif ou émotionnel », forme passive de construction de l'expérience ne nécessitant pas un engagement cognitif actif de l'individu, le type d'usage déclaré qui en est fait est un des indicateurs utilisés pour caractériser la posture de connaissance et le caractère implicite du processus de connaissance. Cet indicateur est associé avec la valeur que lui attribue l'infirmier-ère et l'usage qu'il-elle dit en faire.

Deuxièmement, le caractère explicite de la posture de connaissance face à l'expérience est déterminé à partir de l'identification, dans les verbalisations, de la volonté d'apprendre de ses différentes expériences vécues, des modalités mises en œuvre pour réaliser cet apprentissage et les objets sur lesquels il porte sont les indicateurs utilisés. Ces indicateurs sont associés avec la valeur que lui attribue l'infirmier-ère et l'usage qu'il-elle dit en faire pour caractériser l'existence d'une posture active de connaissance face à l'expérience.

3.2. La caractérisation de la nature du « ressenti »

Lors de l'entretien semi-directif visant à recueillir les significations attribuées à l'expérience et au ressenti afin de catégoriser la posture de connaissance, nous avons demandé aux infirmiers-ières de décrire ce qu'est le « ressenti », à quoi il correspond pour eux, la manière dont ils-elles pensent l'acquérir. A partir de ce recueil nous avons procédé à une lecture flottante des données puis réalisé une analyse de contenu thématique analogique ; c'est-à-dire sans utiliser de catégories prédéfinies. Cette analyse est présentée dans la grille d'analyse n°8 présentée à l'annexe n° 16.

Ces données seront triangulées dans un second temps, avec celles observées en situation de « tri » par l'intermédiaire de l'entretien d'explicitation. Les indicateurs choisis pour la catégorisation thématique sont les indices langagiers caractéristiques d'une émotion, d'une intuition ou d'un étonnement définis dans notre cadre théorique.

Chapitre 4 : La construction du modèle d'analyse du raisonnement et de la prise de décision et de ses déterminants

Ce chapitre présente l'étape 4 de l'analyse et concerne le contenu des verbalisations des infirmiers-ières recueillies lors des entretiens d'explicitation. Notre but en utilisant l'entretien d'explicitation est d'accéder à l'expérience subjective de l'infirmier-ière c'est à dire à ce qu'il-elle vit sur le plan cognitif et émotionnel dans le feu de l'action de « tri ». Or, notre cadrage théorique nous conduit à tenir compte de l'influence de la situation décisionnelle. Ainsi, notre analyse comporte d'une part, l'identification de la complexité de la situation décisionnelle et, d'autre part l'identification du mode et des modalités de raisonnement conduit pour prendre la décision.

L'analyse des verbalisations recueillies par l'entretien d'explicitation a nécessité la construction d'un modèle d'analyse du mode et des modalités de raisonnement et de la prise de décision mais aussi le repérage de la complexité de la situation vécue. Ce modèle d'analyse constitue la grille n° 2 qui est présentée à l'annexe n°10.

4.1 Le modèle d'analyse du mode de raisonnement et de la prise de décision en situation de prise de décision

L'analyse du processus de raisonnement mobilisé par l'infirmier-ière pour prendre sa décision de « tri », auquel nous avons eu accès par l'entretien d'explicitation, nécessite une reconstruction temporelle, cognitive et émotionnelle de l'expérience vécue communiquée par l'infirmier-ière. Notre modèle d'analyse est construit pour permettre d'identifier les modalités et le mode de raisonnement et le type de décision prise par l'infirmier-ière mais aussi de constater l'usage qu'il-elle fait des savoirs issus de ses expériences, et du « ressenti » éprouvé, en référence à une situation clinique vécue.

En effet, le recueil est réalisé en guidant le professionnel vers l'évocation de son vécu, au travers des actions qu'il a conduites pour prendre sa décision de « tri ». Cette évocation comporte des allers et retours sur les actions conduites qu'il nous a fallu remettre en ordre.

Le modèle d'analyse que nous avons construit permet l'identification de la chronologie des émotions et sensations éprouvées, des prises d'informations et de décision, des actions entreprises, des circonstances de l'action, ainsi que le déclenchement d'une émotion ou d'une intuition, l'usage qu'en fait l'infirmier-ière, le mode de raisonnement utilisé et le type de décision prise. La grille de reconstruction du raisonnement de l'infirmier-ière et du contexte de la situation clinique constitue la grille d'analyse n° 2, disponible à l'annexe 10.

La construction de notre modèle d'analyse du raisonnement pour la décision est effectuée en utilisant la modélisation proposée par Faingold (2011) sur la reconstitution de la chronologie du raisonnement et celle proposée par Pastré (2011) sur l'analyse de la composition du modèle opératif de pensée d'un professionnel. Nous avons donc reconstruit la chronologie du raisonnement mobilisé en reconstruisant la logique du fil des actions effectuées. Cette reconstruction permet d'observer les composantes de la décision et le moment du déclenchement du « ressenti » et l'usage qui en est fait. Nous avons repéré les savoirs mobilisés au cours du raisonnement dont ceux issus de l'expérience en nous servant de la typologie élaborée par Pastré (2011). Le but poursuivi par le professionnel est identifié au travers des actions conduites pour agir et prendre une décision dans l'action et du fait de celle-ci. Le raisonnement est ainsi abordé sous la forme d'une procédure composée d'actions effectuées.

Notre modèle d'analyse est également construit pour repérer l'apparition du « ressenti » et ses effets sur le mode et les modalités de raisonnement, le « ressenti » éprouvé par l'infirmier-ière sous la forme d'une émotion ou d'une intuition. En effet, les travaux de Dewey (2004), Damasio (1995,1998), Livet (2009), Rimé (2009) Kahneman (2016) constituant notre cadre théorique, nous engageant à considérer le « ressenti » comme une manifestation d'une émotion et /ou d'une intuition ayant des effets particuliers sur le mode de raisonnement d'un individu. Ce postulat théorique implique l'utilisation d'indicateurs spécifiques pour observer l'intuition, l'émotion et le mode de raisonnement. Les indicateurs utilisés sont issus de notre cadrage théorique, nous détaillerons dans les pages qui suivent, les principaux indicateurs utilisés dans cette analyse.

Par ailleurs, nous confronterons le bienfondé de notre postulat sur le « ressenti », lors de la présentation des résultats de la recherche, en triangulant les données issues de l'analyse du raisonnement et celles issues de l'analyse des significations attribuées au « ressenti » par les infirmiers-ière et recueillies lors de l'entretien semi-directif les interrogeant sur ce qu'est, à leur sens, leur « ressenti » et son usage (étape 5 de l'analyse).

4.1.1 L'observation du mode de raisonnement

Le mode de raisonnement logique adopté par le professionnel est caractérisé à partir des travaux de Houdé (2014) sur le raisonnement humain. Selon cet auteur, un raisonnement analytique est un raisonnement qui utilise la déduction ou l'induction. Le raisonnement déductif.

L'inférence déductive est l'opération cognitive qui consiste à mettre en lien des prémisses et une conclusion. Elle se réalise de deux manières en utilisant soit le syllogisme dont l'exemple type est celui d'Aristote : « tous les hommes sont mortels, Socrate est un homme, alors Socrate est mortel », soit en utilisant le raisonnement conditionnel » (Houdé, 2014, p, 3-18). En médecine, le mode de raisonnement clinique enseigné aux médecins et aux infirmier-ères est hypothético-déductif.

L'induction est une opération cognitive par laquelle une personne évalue la probabilité de l'existence d'un fait, d'une cause, d'une explication à partir d'informations particulières issues de cas particuliers vécus ou connus, sans se conformer à la logique des probabilités statistiques.

Les indicateurs permettant de constater que le mode raisonnement mobilisé par l'infirmier-ière est analogique sont issus des travaux de Hofstader et Sander (2013).

4.1.2 L'observation des savoirs issus de l'expérience

Les savoirs issus de l'expérience sont identifiés à partir de critères proposés par Pastré (2011), ce peuvent être des indicateurs, des règles d'action, des théorèmes en acte. Les savoirs médicaux liés à la clinique sont identifiés à partir de nos connaissances professionnelles car nous sommes chercheur et infirmière de formation.

4.1.3 L'observation de la nature de l'émotion vécue

Les indicateurs utilisés pour observer la nature de l'émotion éprouvée en situation de « tri » par l'infirmier-ière sont issus de notre cadre théorique et notamment des travaux sur le rôle des émotions dans l'adoption d'un comportement cognitif dans l'action. Cet empan théorique nous permet d'observer l'émotion comme un geste cognitif (Vergnaud,2011).

Les gestes de pensée sont observables à partir d'indices langagiers et comportementaux. « Les activités mentales peuvent être inférées à partir des comportements et des verbalisations » (Richard, 2004, p. 8), du fait qu'il « existe une correspondance entre les structures sémantiques ou linguistiques et les structures psychologiques » (Bardin, 2007, p.45).

La nature de l'émotion éprouvée par l'infirmier-ière est observée de façon indirecte au travers de ce que la personne dit de ce qu'elle ressent ou, au travers du comportement langagier de l'individu en se référant aux travaux des auteurs convoqués dans notre cadre théorique que sont Rimé (2009), à ceux de Livet (2002) et de Thievenaz (2017). En effet, nous ne pouvons observer, au sein des retranscriptions des verbalisations recueillies par l'entretien d'explicitation, les changements corporels au niveau de la voix, des mimiques du visage, de la posture que l'émotion entraîne.

En nous référant à Rimé, nous considérons important de repérer la valence de l'émotion et de la mettre en correspondance avec l'action effectuée. En effet, selon cet auteur, la valence de l'émotion influence le comportement de l'individu pouvant entraîner la fuite, ou la recherche d'informations supplémentaire afin de faire face à l'émotion éprouvée.

Dans notre modèle d'analyse, cette impulsion à agir est repérée en reliant l'émotion verbalisée par l'infirmier-ière et l'action qu'elle produit.

Les indicateurs utilisés pour observer une manifestation d'émotion sont issus des travaux de Rimé (2009). Les émotions positives sont observées au travers de l'usage spontané d'expressions langagières signifiant la joie, le bonheur, l'intérêt face au signe clinique qu'elle observe, ou face à ce que lui dit le patient. Les indicateurs d'émotions négatives vécues dans l'interaction avec le patient sont l'expression verbale d'une appréhension, d'une anxiété, d'une peur, d'une colère, d'un dégoût, d'un mépris, d'une honte, d'une culpabilité, d'une tristesse, d'une surprise, d'un doute. Or, le doute occupe une place particulière au sein de la

classification des émotions tout comme la surprise dont il nous faut tenir compte dans notre observation.

Livet (2002) donne une place particulière à la surprise au sein du raisonnement. Selon lui la surprise est une ligne de contact avec les cinq autres émotions que sont le contentement, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût. Il explique ainsi que la surprise aide l'individu à passer d'une émotion négative à une émotion positive parce qu'elle incite à explorer le différentiel perçu entre les attentes et les traits perçus de la situation actuelle. Si une émotion positive ou négative survient à la suite de l'évaluation faite par l'individu de la situation, c'est la surprise qui incite l'individu à revoir son raisonnement, ce qui nous engage à repérer la surprise au travers de la perception, par l'infirmier-ière, d'un signe inattendu chez un patient..

L'émotion particulière de surprise est observée à l'aide des indicateurs d'étonnement proposé par Thievenaz (2017). Cet auteur spécifie et caractérise l'étonnement et propose une série d'indicateurs permettant d'inférer l'existence d'un étonnement. Ces indicateurs sont une combinaison d'indicateurs construits dans le domaine de l'éthologie des communications Cosnier (1977, 1993) des sciences du langage (Kerbrat-Orechionni, 2006), de l'ergonomie de langue française (Leplat, 2013). Il propose de relever dans les verbalisations :

- Les expressions appartenant au champ sémantique de la vérité, du champ de l'attendu de l'inattendu, de l'habituel ou de l'inhabituel et du certain ou de l'incertain
- Les marqueurs lexicaux qui peuvent prendre la forme d'une question : «comment ça se fait ? Comment ça ? Pourquoi ? et correspondent à un « choc de reconnaissance » éprouvé par le sujet qui la formule.
- Les exclamations d'étonnement telles que : « Ah' » « oh' » « houlà' ».
- Les répétitions lorsqu'elles sont la marque d'incompréhension renvoyant à un état de mécontentement ou d'incapacité à comprendre le cours des événements.

4.1.4 L'observation de l'intuition vécue

Les manifestations d'intuition sont observées d'une part, au travers des verbalisations d'émotions et de signes corporels émis par les infirmiers-ières à propos de leur « ressenti » et, d'autre part au travers de ses manifestations cognitives.

Les manifestations corporelles d'intuition sont repérées à travers la verbalisation d'une sensation corporelle telle que : une tension musculaire, une douleur corporelle, des frissons. Les manifestations émotionnelles d'intuition sont observées à travers des indices verbaux utilisés par l'infirmier-ière pour communiquer au chercheur son « ressenti ». Les indices verbaux de déclenchement d'une intuition que nous retenons sont essentiellement, les expressions verbales suivantes : « je sens que », « je sens pas le patient », « j'ai l'impression », « j'ai le sentiment que », « j'ai la conviction que », « je ressens la douleur du patient ».

L'intuition est également repérée au travers de ces effets cognitifs sur le mode de raisonnement et s'appuie sur les travaux de Kahneman (2012). Dans ce cas, les indicateurs cognitifs utilisés sont :

- l'impression de familiarité avec l'événement observé
- l'association d'idées, d'informations avec des émotions ;
- la réalisation d'un raccourci diagnostique
- la transformation d'une question (un problème) en une question (un problème) plus simple;
- l'utilisation d'une échelle d'intensité ou de quantité permettant d'établir une équivalence entre des faits ou des événements différents et non comparables
- la réalisation d'une analogie avec une situation vécue, un cas de patient déjà rencontré.
- la centration sur un fait, une information en particulier sans que celui-ci soit relié au contexte, à une autre information, un autre fait.
- l'établissement d'une cause non fondée sur des preuves et un schéma de pensée raisonné et logique créant une illusion de causalité.
- la réalisation d'une conclusion hâtive en se fondant sur une information limitée
- la prise en compte de la première impression.

Or, l'intuition peut s'exprimer sous différentes formes en fonction du contexte ou du facteur qui la déclenche (Kahneman, 2016), de ce fait notre modèle comporte également l'identification du type de situation clinique vécue.

4.1.5 L'identification du contexte de la situation décisionnelle vécue

Le type de situation clinique vécue par l'infirmier-ière est identifié afin de repérer l'influence du contexte décisionnel sur l'usage de l'intuition mais aussi pour repérer sa complexité et la gravité de la situation clinique pouvant infléchir sur le mode de raisonnement de l'individu.

Les catégories de situations favorisant l'usage de l'intuition ont été abordées dans le cadre théorique avec les travaux de Lemaire (1999), Bechara, Damasio, Tranel(2005 et Simon (1983) présentés dans la partie relative à l'étude de la complexité des situations décisionnelles au chapitre 1 du cadre théorique de ce travail. Les indicateurs utilisés sont : l'existence d'un niveau d'incertitude élevé, d'un risque pour le patient, de plusieurs choix possibles, d'un problème complexe, le manque ou l'insuffisance de données, d'une pression accrue et d'un temps limité. Le contexte de la prise en charge de l'urgence génère cette catégorie de situations.

La complexité d'une situation décisionnelle est déterminée par l'existence de trois types de facteurs : l'existence d'une incertitude est notée lorsque l'infirmier-ière ignore la probabilité du résultat, l'existence d'un risque est prise en compte si les conséquences du problème de santé sont connues ainsi que les probabilités de ces conséquences (Lemaire, 1999), l'existence d'une ambiguïté dans laquelle la probabilité de faire un bon choix est identique à celle de faire un mauvais choix, la probabilité d'obtenir un résultat spécifique est inconnue ou relève du hasard (Bechara, Damasio, Tranel 2005).

En ce qui concerne la complexité, il existe des cas cliniques de patient référencés comme complexes et nécessitant l'avis du médecin. Il s'agit de la palpation du ventre en cas de douleurs abdominales et de la lecture de l'électrocardiogramme chez un patient arrivant pour suspicion d'infarctus du myocarde ou si comme les entretiens semi-directifs avec les médecins le montrent, nous estimons que la situation dépasse les connaissances cliniques de l'infirmier-ière.

En ce qui concerne l'influence du temps, ce déterminant est repéré comme existant s'il s'agit d'une urgence vitale nécessitant une prise en charge immédiate. Le type de situation clinique vécue est également résumé sous la forme : âge du patient, sexe, conditions d'arrivée dans le service des urgences, motif de consultation. L'ensemble de ces déterminants est reporté dans la grille d'analyse n°2 annexe n° 10 relative à la reconstruction du modèle opératif de « tri » de l'infirmier-ière.

Chapitre 5 : La mise en lien des données

Ce chapitre présente d'une part, la manière dont sont triangulées les données relatives au « ressenti » afin de pouvoir d'une part, caractériser empiriquement la nature du « ressenti » éprouvé par les infirmiers-ières et comparer cette caractérisation avec la conception de « l'éprouvé » de Dewey (2004) et la définition de l'intuition de Kahneman (2016). D'autre part, il détaille la manière dont sont mises en lien les données pour valider l'hypothèse-hypothèse selon laquelle d'une part, la posture face à l'expérience vécue conditionne le mode et les modalités du raisonnement et de la décision et le contrôle de l'intuition et de l'émotion y intervenant. D'autre part, la posture influence également l'élaboration de l'expérience à partir de l'éprouvé vécu.

5.1. Le mode de caractérisation de la nature du « ressenti »

La caractérisation du « ressenti » des infirmiers-ières est effectuée par la triangulation de deux sources et de deux types de données. Cette triangulation va nous permettre de découvrir un phénomène inattendu que nous détaillerons au chapitre suivant, relatif à la présentation des résultats de recherche mais aussi nous permettre d'évaluer notre posture de chercheur dans la conduite d'entretien semi-directifs et d'explicitation.

A partir des entretiens semi-directifs conduits auprès des infirmiers-ières et de la question posée : « c'est quoi pour vous le « ressenti » ? Nous avons identifié dans les verbalisations recueillies la nature du « ressenti » auquel ces professionnels font référence lorsqu'ils en parlent. Cette étape de l'analyse est inductive et est réalisée sans utiliser d'indicateurs. C'est dans un second temps que les données obtenues sont catégorisées comme relevant d'une intuition, d'un étonnement, ou d'un autre type d'émotion à l'aide des indicateurs créés lors de l'étape 4 de l'analyse du raisonnement.

Dans un troisième temps, ces données sont mises en rapport avec la nature du « ressenti » observé au sein du raisonnement de l'infirmier-ière, lors de l'étape 4 de l'analyse.

5.2. L'identification de la place de l'expérience dans le raisonnement de l'infirmier-ière

La place de l'expérience est identifiée en tenant compte de l'existence de deux formes d'expérience : explicite et implicite dans laquelle le « ressenti » est une manifestation de savoirs tacites issus de l'élaboration implicite de l'expérience; tandis que les savoirs « pragmatifiés », au sens de Pastré (2011), sont une forme de savoirs issus de l'expérience explicite.

5.2.1. L'identification de la place du « ressenti », forme d'expérience implicite dans le raisonnement de l'infirmier-ière

L'identification de la place prise par le « ressenti » de l'infirmier-ière, forme d'expérience implicite est réalisée en repérant, dans le modèle opératif de « tri » de chaque infirmier-ière, les manifestations implicites d'expérience se déclenchant lors du raisonnement à savoir : une manifestation, d'émotion, ou d'intuition ou d'étonnement et en croisant ces données avec le moment du déclenchement de ce « ressenti », et son motif de survenue.

Le repérage du type de « ressenti » est effectué en utilisant les critères définis dans le modèle d'analyse que nous avons construit et qui permettent d'identifier une manifestation d'émotion, d'intuition ou d'étonnement. Ce niveau d'analyse met également à jour un phénomène inattendu qui est explicité lors de la présentation des résultats et repris lors de l'interprétation des résultats. Nous constatons l'absence de « ressenti » chez certains infirmiers-ières lors du tri, nous faisant supposer l'existence d'une posture d'action particulière permettant la prise en compte, la régulation ou la suppression des manifestations implicites d'expérience au sein du raisonnement qui est la traduction dans l'action de la posture de connaissance. Nous l'avons dénommée : posture « cognitivo-émotionnelle » au motif qu'elle permet de gérer les processus cognitifs et émotionnels liés à l'existence de savoirs implicites.

Cette analyse est triangulée avec celle concernant la nature du « ressenti » décrit par les infirmiers-ières lors de l'entretien semi-directif. Elle nous permet également de vérifier la

reproductibilité du codage des données relatives à l'identification d'une émotion, d'une intuition ou d'un étonnement et de vérifier la cohérence entre la description faite par l'infirmier-ière et la manifestation observée en situation de « tri ».

5.2.2. L'identification du rôle de la posture de connaissance face à l'expérience sur le mode et les modalités de raisonnement et de prise de décision

L'identification du rôle de l'expérience explicite sur le mode et les modalités de raisonnement est déterminée au travers du type de posture de connaissance établie au cours des différentes expériences vécues. Nous procédons à la mise en lien des données obtenues par l'analyse du modèle opératif de « tri » de chaque professionnel et le type de posture de connaissance établies par le professionnel face à l'expérience.

Cette mise en lien est effectuée en quatre temps à travers la posture de connaissance établie par l'infirmier-ière face à l'expérience et à partir de l'hypothèse suivante.

Si l'ancienneté du professionnel dans l'activité de tri n'est pas une garantie d'acquisition d'expérience, ni ne permet à un observateur extérieur de mesurer cette expérience, les différentes situations vécues ont néanmoins une influence sur l'élaboration de savoirs implicites et explicites constituant l'expérience. Ainsi, l'infirmier-ière donne du sens à ce vécu à partir de sa volonté d'apprendre de ce qu'il-elle éprouve sur le plan cognitif, émotionnel, corporel. Au cours de ce processus, il-elle élabore également un rapport de savoir face à l'expérience, rapport qui influence l'usage ou non de l'émotion, de l'intuition, de l'étonnement éprouvé lors d'une situation de tri nouvelle. L'élaboration et l'usage du « ressenti » ou des savoirs élaborés pour prendre une décision, sont facilités si ce professionnel donne de la valeur à l'expérience explicite et implicite dont l'intuition et l'émotion sont des révélateurs. Notre hypothèse est que la place attribuée par le professionnel à l'expérience dans son mode de raisonnement dépend de la posture de connaissance établie.

Les quatre temps d'analyse sont les suivants :

Premièrement, les effets du « ressenti » éprouvé lors du « tri » sur le mode de raisonnement sont constatés en croisant la nature du « ressenti » éprouvé lors du tri avec les composantes du modèle opératif de « tri » de l'infirmier-ière.

Deuxièmement, le rôle de la posture de connaissance sur le contrôle des effets du « ressenti » est identifié en reliant le type de posture « cognitivo-émotionnelle » avec la nature du « ressenti » éprouvé lors du tri, l'action cognitive de régulation mise en place, le type de savoirs mobilisés et le but de cette action. Cinq types de posture « cognitivo-émotionnelle » de régulation du ressenti sont identifiées. Cette analyse permet également d'identifier la nature des savoirs mobilisés pour raisonner et fonder la décision de tri.

Troisièmement, le type de posture décisionnelle prise par l'infirmier-ière pour procéder au tri est caractérisé en mettant en lien le type de posture « cognitivo-émotionnelle » avec la nature du « ressenti » observé lors du tri, le mode de raisonnement adopté, le résultat de l'enquête de « tri » et le type de décision prise. Nous avons également rapproché ces données d'analyse avec la situation clinique vécue afin d'appréhender l'influence du contexte clinique sur le raisonnement et la décision. Certaines situations de tri peuvent sortir fortement du champ de connaissance des infirmier-ières et nécessiter l'appel du médecin.

Quatrièmement, le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur l'élaboration de l'expérience à partir de la situation de tri vécue est identifié en observant l'existence d'une réflexion sur l'action de tri au cours du tri et/ou dans l'après-coup du tri.

5.3. L'évaluation de notre posture de chercheur

L'étape de triangulation des données, issues des deux sources de recueil des manifestations de « ressenti » des infirmiers-ières, nous a permis également de pouvoir vérifier la reproductibilité du codage des données relatives à l'identification d'une émotion, d'une intuition ou d'un étonnement. La similitude de la nature du « ressenti » décrit par l'infirmier dans l'entretien semi-directif et la nature du ressenti observé lors de l'entretien d'explicitation nous a également permis de constater que notre posture de chercheur a été suffisamment neutre. En effet, elle a permis au professionnel d'exprimer ce qu'il croit faire et savoir et ce qu'il fait et qu'il sait. Ces deux espace-temps et modes d'expression produisent des résultats concordants.

Seconde Section

Troisième partie

Les résultats de la recherche

Troisième partie : Les résultats de la recherche

Introduction

Cette troisième partie comporte quatre chapitres.

Le premier chapitre présente les déterminants externes au raisonnement et à la prise de décision de l'infirmier-ière. Il comprend la description du contexte de l'activité de « tri » et les significations de l'urgence et du « tri » qu'en donnent les médecins et les infirmiers-ières

Le deuxième chapitre décrit les représentations que se font les infirmiers-ières de leur « ressenti ». Deuxièmement, il décrit les différentes postures de connaissance établies par les infirmiers-ières face à l'expérience.

Le troisième chapitre décrit la nature et la place prise par le « ressenti » dans l'activité décisionnelle de l'infirmier-ière. Il offre une caractérisation de la nature du « ressenti » à partir des manifestations de « ressenti » observées dans le « tri » et des représentations qu'en donnent les infirmiers-ières.

Le quatrième chapitre informe de la découverte de l'existence d'une posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue et présente les différents types de posture identifiés. Quatre types de postures « cognitivo-émotionnelle » sont présentés. Il montre également, l'incidence de cette posture sur la posture décisionnelle. Six postures décisionnelles sont présentées.

Il expose le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur le contrôle du « ressenti » et sur le mode et les modalités décisionnelles. Puis il présente les conséquences de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur l'élaboration de l'expérience et la nature des savoirs élaborés.

Chapitre 1 : Les déterminants externes au raisonnement et à la prise de décision de l'infirmier-ière

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus de l'analyse de contenu des verbatims de l'entretien semi-directif de chaque médecin (annexe 22) et des verbatims de l'entretien semi-directif de chaque infirmier-ière (annexe 21).

1.1. Le contexte de l'activité de « tri »

1.1.1. Le dispositif de partage des informations entre médecin et infirmiers

La transmission des informations recueillies par l'infirmier-ière lors de l'examen clinique et sa décision de « tri » est faite grâce à l'utilisation du dossier informatisé partagé par le médecin et l'infirmier-ière et grâce à l'existence d'un logiciel informatique affichant sur tous les écrans d'ordinateurs l'identité du patient, la zone de soins dans laquelle il se trouve, son niveau de « tri », s'il a déjà été examiné par l'infirmier-ière. Ce système remplace le dossier de soins papier et permet une vision instantanée du parcours du patient, le partage instantané d'informations administratives et de données cliniques, du niveau de « tri » du patient, du lieu où se trouve le patient au sein de la structure (box de soins ou salle d'attente). Les données cliniques mentionnées dans ce dossier informatique comportent des informations relatives au motif de la venue et à la description faite du symptôme par le patient. La mesure des paramètres vitaux tels le pouls, la tension artérielle, l'examen physique du patient, les antécédents médicaux ou chirurgicaux ou psychiatriques, les allergies, la douleur sont également consignés et sont commentés par l'infirmière. Elles sont accompagnées du niveau de « tri ».

1.1.2. L'utilisation d'un outil de « tri »

La grille de tri utilisée a été établie par des membres de ces deux services (Taboulet et al, 2009) à partir de la Classification Clinique des Malades des Urgences (Fourestié et al., 1994). Elle propose une table de correspondance entre cinq classes de situations, des risques d'aggravation, et de perte de chance, des indicateurs médicaux (signes cliniques ou para-cliniques) et cinq niveaux de priorité croissante appelés niveaux de tri (de 5 à 1). Le niveau de

priorité peut être modulé, d'un niveau à la hausse, en fonction de l'intensité d'un symptôme ou en fonction de l'instabilité de l'état du patient. Le tri 1 correspond à au patient amené aux urgences par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ou les pompiers.

L'analyse externe de la grille de tri selon Leplat (2008) montre qu'elle est plutôt un guide pour déterminer le niveau de tri et non une prescription d'actions à réaliser pour identifier le problème de santé du patient, ce qui rend le travail d'évaluation implicite et laisse une autonomie importante à l'infirmière, un certain pouvoir d'agir et sous-tend qu'un climat de confiance soit établi avec le médecin. La grille de « tri » utilisée par ces professionnels est la classification infirmière des maladies urgentes. Elle est présentée à l'annexe 2. L'analyse interne est présentée dans les annexes sous la référence : grille d'analyse 7. Elle a été réalisée en effectuant une analyse de contenu des réponses apportées par un échantillon de dix infirmiers-ières à la question : posée : Que pensez-vous des grilles de tri ? Vous les utilisez ?

1.1.3. L'existence d'une procédure d'appel du médecin

Les indicateurs médicaux référencés dans la grille de « tri » impliquent l'établissement d'un diagnostic médical. Or, l'infirmière n'est pas autorisée légalement à poser un diagnostic médical et ses savoirs cliniques sont d'un niveau différent de ceux du médecin. Ceci complexifie sa tâche et peut, en s'associant au manque de temps pour trier, majorer le stress, entraîner la pose d'un surcodage du niveau d'urgence ou le risque de sous-codage. Dans le premier cas cela supprime l'effet attendu du « tri ». Dans le cas d'un sous-codage, cela peut entraîner un risque délétère pour le patient. Ainsi, a-t-il été décidé que les infirmiers-ières doivent obligatoirement appeler le médecin pour interpréter l'électrocardiogramme en cas de douleur thoracique et pour faire la palpation de l'abdomen en cas de douleurs abdominales.

1.2. Les significations déclarées de l'urgence

Tous les médecins et cinq infirmières sur six énoncent des critères communs pour définir l'urgence, c'est un risque vital ou un besoin de soins évalué selon des critères cliniques déterminant la rapidité de son traitement. Il n'y pas de fausse urgence sauf pour un médecin et une infirmière pour qui l'urgence ressentie par le patient n'est pas toujours justifiée.

Les tableaux présentant les résultats sont référencées dans les annexes n°8a et 8b.

1.3. L'activité de « tri »

1.3.1 . Le comportement du patient

Pour la totalité des médecins et des infirmières, l'examen, l'interrogatoire du patient à la recherche d'antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques, des médicaments n'est pas aisé. Il dépend de l'état de fatigue du patient, de sa capacité à décrire ce qu'il ressent, de son niveau cognitif, social, culturel, de l'éventuelle barrière linguistique, de sa stratégie.

La moitié des médecins sont conscients des difficultés de tri des infirmier-ères et de l'influence que peut avoir leur subjectivité sur l'évaluation du niveau d'urgence du patient. Ils savent que les patients sont parfois « flous » car ils ne sont pas toujours capables de tout expliquer ou ont peur d'être mal jugés. Garance, médecin en parle :

« C'est le grand classique, l'infirmière a posé les questions puis l'externe, puis l'interne puis le chef et, à chaque fois on a des éléments nouveaux (...) les patients qui sont flous sont des gens qui sont pas au clair, (...) c'est souvent sur les antécédents et les traitements ».

Deux infirmières trouvent « frustrant » que les patients ne pensent pas à tout dire malgré leur attention à adapter leur langage, leurs questions, à demander des précisions, à les recadrer sur leur problème.

1.3.2. La complexité du « tri »

La pose d'un diagnostic est une activité complexe nécessitant de nombreux savoirs cliniques qu'on soit médecin ou infirmière. Les médecins abordent tous ce problème. Selon Sara, Stéphane, Garance, Annie, médecins :

« Les mêmes symptômes chez une personne ou chez une autre avec des antécédents différents, c'est pas du tout le même tri »

« Les patients même s'ils viennent pour des choses qui ne sont pas graves, le poids des comorbidités peut poser souvent des soucis de tri ».

« On tourne en rond et puis des fois, même nous, on arrive pas à débrouiller le problème ».

« C'est une clinique plus importante que ce qu'elles savent faire ».

Ainsi, il existe un besoin d'échanger sur ses difficultés et de partager son expérience, ses savoirs.

1.4. Les rôles et la coopération établie entre le médecin et l'infirmière

1.4.1. Le partage de l'activité clinique

Les médecins et les infirmières partagent l'activité diagnostique et la décision de tri. Pour tous les médecins, l'infirmière fait «un débrouillage clinique», elle «mâche le travail» même si le médecin «pose des questions un peu plus ciblées». Il y a un échange d'avis, une discussion à propos des résultats. Ceci oriente leur diagnostic car il permet de se faire une idée du patient, d'éviter les «décompensations» du patient, de passer «à côté de pleins de choses».

Pour cinq infirmières, le tri est un travail d'équipe, le médecin renforce leur tri ; ce qui évite les erreurs. Elles font leur maximum pour aider et orienter le diagnostic médical et estiment important de bien retranscrire leur observation.

Les difficultés de tri sont liées au comportement du patient, à la complexité des situations cliniques et aux savoirs nécessaires. Ainsi y-a-t-il un partage de savoirs, de responsabilités, un contrôle du tri par le médecin.

1.4.2. Le partage de savoirs et le « feeling » de l'infirmier-ière

Les résultats montrent que médecins et infirmier-ières apprennent l'un de l'autre. Il existe une interactivité dans le partage de savoirs car les infirmières ont des savoirs que les médecins n'ont pas et vice versa.

Quatre infirmières sur six reconnaissent leur manque de connaissances cliniques et le besoin d'échanger avec le médecin ou leurs collègues ; le médecin restant leur référent.

La moitié des médecins fait un accompagnement formatif de l'infirmière à la démarche clinique. Ils déclarent viser l'enrichissement professionnel de l'infirmière et une certaine efficacité car une infirmier-ière qui a plus de savoirs et de compétences cliniques est plus autonome dans le tri. A leur tour, la moitié des infirmiers-ières n'hésitent pas à solliciter le

médecin arguant que ceux-ci sont « *accessibles, sont à l'écoute* » et se préoccupent comme le dit Bastien, infirmier : « de *notre profession dans l'expérience des pathologies* ».

La moitié des médecins reconnaît spontanément aux infirmiers-ières, des connaissances cliniques spéciales, un certain « feeling » pour décoder l'urgence vitale. Cette reconnaissance est inconditionnelle car elle est un indicateur fiable de la gravité et de l'urgence. Olivia, médecin en parle : « *Bon des fois, il y a le feeling, quand elles me disent je le sens pas, je réfléchis même pas. Elles se trompent rarement, c'est déroutant mais elles ont raison* » Annie. « *Je viens le voir tout de suite parce que c'est un indicateur plutôt fiable. Quand c'est une infirmière qui a encore plus d'expérience, j'y vais encore plus vite parce que c'est encore plus significatif* »

1.5. La nature des relations de travail entre médecins et infirmiers-ières et le contrôle du « tri »

Un médecin pense que le « tri » responsabilise l'infirmier-ière, donne du sens à son travail et le valorise. Un infirmier le dit aussi. Deux médecins contrôlent le « tri » : l'un effectue ce contrôle avec respect, l'autre vise à être vigilant face aux erreurs graves. Une infirmière estime que le contrôle du « tri » par le médecin est justifié. Trois types de confiance interagissent.

1.5.1. La confiance du médecin envers le « tri » de l'infirmière

Pour tous les médecins, la confiance passe par l'établissement et le respect des règles établies. L'infirmière doit s'y référer absolument afin d'éviter de porter atteinte à la vie des patients. Ils veulent être sûrs que le patient sera orienté avec leur avis ou aura l'examen prévu dans le protocole. La transmission orale d'informations cliniques ou la monstration de résultat d'examen renforce leur confiance. Cela permet au médecin d'avoir «une vision pré test» sans même avoir vu le patient, d'adapter sa rapidité d'intervention. Une infirmière dit avoir besoin de transmettre les informations cliniques au médecin et que celui-ci vérifie son analyse.

1.5.2. La confiance que l'infirmière se fait

Pour quatre médecins, le manque de confiance en soi de l'infirmière entraîne du stress et de la peur. Cette peur est aussi inhérente au fait de débiter dans le tri et au risque de « *passer à côté d'un truc* ». La réalisation d'une erreur majeure la peur et engendre une vigilance accrue de leur pratique. Pendant deux, trois mois elles appellent le médecin pour « *n'importe quoi* ». Cela fait perdre du temps alors que le but est d'en gagner. A contrario, il existe des infirmières trop sûres d'elles qui minimisent les symptômes, les plaintes du patient finissant par trouver que le patient n'a rien. La confiance en soi est perçue tantôt comme étant liée à l'expérience ou comme un trait de personnalité.

1.5.3. Le besoin de soutien du médecin

Deux médecins reconnaissent avoir, eux aussi, besoin de soutien en retour du soutien apporté aux infirmières et pour assumer les difficultés de diagnostiquer les patients sans que d'erreur soit commise. Ils expriment un besoin de sérénité. Pour cinq médecins sur six, ce besoin de confiance et de soutien est absolu. Les infirmières servent de « *pare-feu* », de « *premier rempart* ». Sans elles ça serait « *l'horreur* », « *l'anarchie* », il faudrait appeler « au secours » car ils pourraient « *passer à côté de quelque chose, elles évaluent vraiment l'urgence* ». Un infirmier dit se préoccuper de protéger les infirmiers et médecins afin qu'ils puissent travailler sereinement et confirme son rôle de « *pare-feu* ».

1.5.4. Le besoin de sécurité apporté aux infirmières

Quatre médecins sur six rattachent le besoin des infirmières d'être sécurisées au fait qu'elles sont « en première ligne », qu'elles « stressent ». Ils comprennent qu'ils doivent apporter une réponse à leurs sollicitations. Cela évite de majorer ce stress et d'être « *plus scrupuleuses* » dans le tri.

Ce soutien est reconnu par les infirmières. Deux infirmières savent pouvoir compter sur le soutien des « *médecins qui sont accessibles, sont à l'écoute* ». Elles décrivent ce soutien comme étant « *vraiment une collaboration* », une « *bonne entente collégiale, sympathique tout en restant professionnelle* » et disent que ce soutien est réciproque. Le soutien du médecin est parfois inexistant. Cela crée de la déception par rapport à la reconnaissance de leur travail.

1.5.5. La confiance donnée au patient par l'infirmier-ière

Cinq infirmières sur six estiment que leur rôle est de gagner la confiance du patient mais que cela ne va pas de soi ; cette confiance est à construire. Elle se gagne en se mettant à sa portée, en le rassurant, en dédramatisant la situation et en lui expliquant le fonctionnement des urgences. La qualité de la relation établie permet de lui montrer qu'il est accueilli sans jugement négatif et qu'il va avoir une prise en charge de qualité et de créer un premier lien. Les infirmiers-ières visent aussi à ce qu'il stresse moins, et qu'il soit moins agressif et supporte l'attente. Deux infirmières pensent que le patient dit des choses erronées pour influencer leur jugement.

Pour deux médecins, la confiance n'est pas évidente à donner au patient pour différentes raisons. Il y a les patients démonstratifs, ceux qui ne savent pas dire leur motif de venue, ceux qui changent de version tout le temps. Ils leur accordent des circonstances atténuantes, leur reconnaissent la difficulté d'exprimer leur ressenti et la peur que le médecin juge que l'urgence ressentie n'est pas grave.

1.6. Un contexte décisionnel sécurisé et sécurisant pour l'infirmière

L'exploration du contexte de l'activité décisionnelle de « tri » permet d'obtenir la saturation des données avec un échantillon de six médecins et de six infirmières travaillant dans deux établissements de santé. Ainsi, nous pouvons considérer que médecins et infirmiers-ières ont un vécu commun et que le contexte est favorable à une prise de décision sécurisée et sécurisante.

Médecins et infirmières travaillant dans ces deux hôpitaux ont établi un cadre coopératif sécurisé et sécurisant pour gérer la difficulté de diagnostiquer face à la complexité des situations cliniques et aux nombreux savoirs nécessaires, au comportement du patient et, pour éviter l'erreur.

Cette coopération est construite autour d'une définition commune de l'urgence. Pour tous les médecins et les infirmières, c'est un risque vital ou un besoin de soins évalué selon des critères cliniques. Ceux-ci déterminent la rapidité de sa prise en charge. Il n'y pas de fausse urgence car l'authenticité de l'urgence ne peut se reconnaître qu'après avoir évalué l'état de santé du patient.

Elle se tisse autour de la création de liens symboliques de soutien, de confiance et de respect mutuel particulièrement forts et du partage de l'activité diagnostique. L'échange de savoirs complémentaires en constitue le nœud et crée un climat d'apprentissage collaboratif de médecin à infirmière et entre infirmières. De plus, les médecins leur reconnaissent un certain « feeling » pour évaluer, en l'absence de signes patents, la gravité de l'urgence dès les premières secondes, sans se tromper.

Pour ces deux catégories de professionnels, la décision de « tri » est complexe du fait de la complexité des situations cliniques, des nombreux savoirs nécessaires, du comportement du patient. L'examen et l'interrogatoire des patients sont difficiles, certains sont « flous » et donnent des informations qui ne sont pas toujours fiables du fait de leur état de fatigue, de leur capacité à décrire leurs symptômes, de barrières linguistiques. Les données cliniques recueillies alors par l'infirmière pour trier participent au diagnostic médical.

Le cadre de l'activité décisionnelle de « tri » de l'infirmier-ière permet une décision de tri sécurisée et sécurisante pour le médecin, l'infirmière et le patient.

Chapitre 2 : Les différentes postures de connaissance face à l'expérience

Ce chapitre présente dans un premier temps, les représentations que se font les infirmiers-les infirmières de leur « ressenti ». Deuxièmement, il décrit les différentes postures de connaissance établies par les infirmiers-ières. La connaissance des caractéristiques de ces différentes postures permet d'éclairer le comportement de ces professionnels face aux manifestations de « ressenti » éprouvées lors de la perception de la situation clinique du patient qui, nous venons de le voir, se manifeste dès les premières secondes de l'examen physique du patient avant même parfois de lui avoir parlé et demandé son motif de venue aux urgences. Bien que les éléments participant à cette caractérisation aient été présentés lors de l'analyse des données, nous rappelons tout d'abord les composantes de cette posture puis les différents types observés.

2.1. La nature du « ressenti » dans le système représentationnel de l'infirmier-ière

Certain(e)s infirmiers-ières ont eu du mal à décrire la nature de leur ressenti. La représentation qu'ils-elles ont de leur « ressenti » diffère. Le « ressenti » correspond à une intuition, une émotion ou un étonnement. Pour la moitié des infirmiers-ières interrogées, le ressenti correspond à de l'étonnement car il les engage dans une procédure d'enquête tel que le décrit Dewey (1993). Ce résultat indique que la moitié seulement des infirmiers-ières mobilise une démarche d'enquête au sein de leur raisonnement. En effet, le « ressenti » est décrit comme une surprise, un étonnement, un doute, l'observation d'une anomalie. Cette forme de « ressenti » donne lieu à une observation rapprochée du patient, à la recherche d'informations complémentaires, de signes cliniques ou les engage à reprendre l'analyse de la situation clinique du patient.

Pour un tiers de la population enquêtée, le ressenti décrit peut être considéré comme de l'intuition car la description fait apparaître des phénomènes de déjà vu, d'association d'idées, de perception immédiate de signes ou de la perception de quelque chose qui se voit sans signe apparent. Pour un quart de la population, le « ressenti » décrit peut être considéré comme relevant de l'émotion car il est décrit comme la perception d'un sentiment de malaise

ou de danger, la perception d'une impression, d'une bizarrerie, comme un phénomène permettant de lire le langage corporel du patient. Le tableau n° 7 ci-dessous présente les représentations de la nature du « ressenti » dans la population enquêtée. Il est issu des grilles d'analyse n° 5 (annexe 13), grille n°6 (annexe 14) et grille n° 7 (annexe 15).

Tableau 7: Les représentations de la nature du ressenti dans la population enquêtée

Nature du ressenti	% d'IAO ²	Années de tri	IAO	Manifestation décrite
Emotion	20%	18 mois	SLS 01	Une impression, un sentiment de malaise, avoir le flair
		18 mois	SLS 09	Quelque chose de bizarre qui inquiète
		2 mois	SLS 11	Une impression, un sentiment de danger
		8 ans	SLS 04	Une sensation rare, difficile à décrire, sert à lire le langage corporel
Intuition	30 %	2ans1/2	SLS 08	Reconnaissance immédiate de la pathologie
		8 mois	LRB 02	Une sensation de déjà vu, de l'association d'idées
		1 mois	SLS 03	Quelque chose qui attire l'attention
		8 ans ½	SLS 07	Perception de signes subjectifs
		18 mois	SLS 10	Des signes qui alertent
		3 ans ½	SLS 12	Quelque chose qui se voit sans signe apparent
Étonnement	50 %	18 mois	LRB 01	Un doute, une surprise
		12 ans	LRB 03	Une inquiétude, une anomalie
		3 ans	LRB 04	Une incompréhension qui engage à chercher
		10 ans	SLS 06	La perception d'une anomalie
		3 ans	LRB 07	Une lumière rouge qui fait tilt et qui engage à chercher
		3 mois	LRB 05	Quelque chose qui semble faux
		7 ans	LRB 06	Un doute à explorer, une absence de certitude
		5 ans	LRB 09	Un doute, un étonnement, une difficulté
		3 ans ½	LRB 10	Un doute, une incompréhension
		2 ans	SLS 02	Le constat d'un signe physique anormal

² IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation du patient

2.2. Les composantes de la posture de connaissance face à l'expérience

Les indicateurs permettant de caractériser le type de posture établie face à l'expérience sont issus du cadre théorique. Dewey (2004) fait ressortir le fait que, d'une part l'élaboration implicite ou explicite de l'expérience est le résultat du comportement actif ou passif de la démarche de connaissance empruntée par l'individu face au vécu cognitif, émotionnel auquel il est confronté dans l'action et du fait de celle-ci. D'autre part, pour qu'un individu se serve de son expérience, il faut que l'usage antérieur que l'individu a fait de son expérience explicite et implicite lui ait été bénéfique et qu'il lui accorde de la valeur.

Ainsi, les composantes choisies pour catégoriser la posture sont : la volonté d'apprendre du vécu de l'action, la confiance attribuée aux expériences antérieures, au « ressenti » considéré alors comme une forme d'expérience implicite se traduisant par une émotion ou une intuition, forme d'expérience implicite ainsi que l'usage que le professionnel déclare faire de son expérience et de son intuition.

2.3. La volonté d'apprendre du vécu de l'action, ses modalités et ses objets

La volonté d'apprendre de l'expérience est constituée chez tous les professionnels. Seules les modalités et l'objet de cet apprentissage diffèrent. L'ancienneté au « tri » ne semble pas influencer les modalités ou les objets d'expérience. Par ailleurs, si la grande majorité de ces professionnels estime que l'expérience est importante et aide à faire le tri, trois professionnels sur vingt déclarent que l'expérience n'est pas suffisante pour trier et estiment qu'elle doit être utilisée en association avec des savoirs médicaux ou des faits. Détaillons ces résultats.

2.3.1. Les modalités d'élaboration de l'expérience

L'élaboration de l'expérience à partir des différentes expériences de « tri » est une démarche volontaire pour dix-huit des vingt professionnels enquêtés. Deux professionnels ne peuvent décrire la manière dont ils apprennent de l'expérience, ce qui peut laisser supposer qu'elle est élaborée implicitement sans l'intervention volontaire du professionnel. Deux modes principaux d'élaboration de l'expérience sont déclarés.

L'auto-évaluation représente le mode le plus usité et concerne la moitié des professionnels soit dix des vingt professionnels enquêtés. Ainsi, quatre professionnels sur les cinq utilisent l'auto-évaluation dans l'après-coup de l'action de « tri » en se questionnant sur le bien-fondé de leur tri. Un professionnel évalue le diagnostic du médecin avec ce qu'il-elle avait lui-même diagnostiqué ou émis comme hypothèse. Quatre professionnels déclarent clairement apprendre de leurs erreurs. Parmi eux, un professionnel déclare se remettre en question et remettre en question son « tri » dans l'après coup, ce qui nous permet de l'intégrer à cette catégorie d'apprentissage.

La deuxième autre modalité d'élaboration de l'expérience, par ordre d'importance, concerne l'échange d'avis ou de savoirs et concerne sept professionnels sur les vingt. Trois professionnels échangent des avis sur le problème de tri avec le médecin, trois autres le font avec les collègues. Un professionnel déclare acquérir de l'expérience en échangeant des savoirs avec le médecin.

Deux professionnels n'ont pas décrit explicitement la manière dont ils acquièrent leur expérience. Le tableau n°8 ci-dessous présente les modalités d'élaboration de l'expérience pour l'ensemble de la population d'infirmiers-ières. Il est réalisé à partir de la grille d'analyse n°3 « Posture de connaissance face à l'expérience » de chaque infirmier (annexe 20).

Tableau 8: Les modalités d'élaboration de l'expérience		Nombre d'IAO ³	Total d'IOA /20
Echange d'avis ou de savoirs	Echange de savoirs avec le médecin	1	7/ 20
	Echange d'avis avec le médecin	3	
	Echange d'avis avec les collègues	3	
Auto-évaluation dans l'après coup du tri	Sur son diagnostic	4	11/20
	Comparaison de son diagnostic avec celui du médecin	1	
	Examen des erreurs	4	
	Information après-coup sur le devenir du patient	1	
	Information après-coup sur le devenir du patient	1	
	Absence de modalités explicitées	2	

IAO : Infirmier d'Accueil et d'orientation du patient

2.3.2. Les objets de l'expérience

Les objets de l'expérience sont extrêmement variés et ne semblent pas liés au nombre d'années passées au « tri ». Ils peuvent être rassemblés en quatre catégories.

Les savoirs cliniques représentent un objet d'expérience pour 12 professionnels sur 20. Ces savoirs sont relatifs à tout ce qui concerne le diagnostic du médecin, le diagnostic posé par l'infirmier-ière, la physiopathologie, les pathologies, les savoirs médicaux.

Le « ressenti » ou le « vécu » est un objet d'expérience pour 3 professionnels.

Pour 2 professionnels, l'expérience acquise leur permet d'acquérir de la confiance en soi.

Le mode de raisonnement est un objet d'apprentissage pour 2 professionnels. Un professionnel déclare que l'expérience lui permet de comprendre son cheminement intellectuel et sa vision du tri, l'autre dit que l'expérience lui permet d'améliorer son processus d'évaluation clinique.

Le tableau n° 9 ci-dessous présente une classification des objets d'expérience énoncés par les professionnels en fonction de leur ancienneté au « tri ». Il est réalisé à partir de la grille d'analyse n° 4, présentée à l'annexe n°12.

Tableau 9 : Les objets d'expérience	Nombre d'IAO	Nombre d'années de tri	% de cas
L'évaluation clinique	2	1 mois/ 2 ans	
Les savoirs cliniques	Les savoirs cliniques	8 ans/18 mois/ 18 mois	
	La clinique infirmière	3 ans 1/2	60 %
	Les savoirs médicaux	12 ans/ 10 ans	
	Le bien-fondé du diagnostic	8mois/3ans/3ans/5ans	
Le ressenti	2	5 ans /12 ans	10 %
Le vécu	1	8 mois	5 %
La confiance en soi	2	3 ans ½ / 2 ans ½	10 %
Le mode de raisonnement	2	3 ans / 18 mois	10%
Pas d'objet d'expérience	1	2 mois	5%

2.4. La valeur attribuée au « ressenti » par l’infirmier-ière

Les infirmiers-ères attribuent une valeur différente à leur « ressenti ». Certain(e)s déclarent se servir de leur ressenti quand d’autres s’en méfient et cherchent des preuves pour valider son bien-fondé. Les explications données sur l’usage qui est fait du « ressenti » montrent que les infirmier-ières expriment de la confiance envers leur « ressenti » ou bien de la méfiance. De ce fait, l’usage qui en est fait est différent. Le ressenti est un signal utile qui indique une urgence vitale, ou il est un signal qui n’est pas crédible, ou bien encore un signal qu’il faut explorer. Les résultats détaillés sont présentés dans les grilles d’analyses n°5 (annexe 13) et grille n°6 (annexe 14) et grille n°7 (annexe 15).

2.5. La valeur attribuée à l’expérience par l’infirmier-ière

Quatre-vingt pour cent de la population d’infirmiers-ières fait confiance à son expérience. Les vingt pour cent restant déclarent s’en méfier au motif que l’expérience peut être délétère pour le patient, qu’elle ne remplace pas tout et qu’elle doit être utilisée en association avec les connaissances théoriques. Les résultats détaillés sont présentés dans les grilles d’analyses n°5 (annexe 13) et grille n°6 (annexe 14) et grille n°7 (annexe 15).

Tous les professionnels ayant déclaré vouloir apprendre de l’expérience, la détermination des différences de posture de connaissance face à l’expérience est réalisée en se fondant sur la confiance attribuée au « ressenti », à l’expérience et à l’usage qui est fait du « ressenti » et de l’expérience. Ces indicateurs nous permettent de définir trois niveaux de confiance en son « ressenti » et/ou en son expérience.

2.6. Les différents types de posture de connaissance face à l'expérience

Tous les professionnels interrogés ayant déclaré vouloir apprendre de l'expérience, nous constituons notre catégorisation des différences de posture à partir du niveau de confiance attribuée au « ressenti » et à l'expérience, de la valeur qui leur sont attribuées et du type d'usage qui en est fait.

Trois postures de connaissance face à l'expérience sont identifiées.

La posture 1 est celle du professionnel qui fait confiance en son ressenti et/ou en son expérience. La posture 2 est rattachée au professionnel qui se méfie de son « ressenti » mais fait confiance en son expérience. La posture 3 est celle du professionnel qui ne fait ni confiance en son « ressenti » ni à son expérience.

Ainsi, la posture 1 représente les professionnels qui déclarent faire confiance en leur intuition et en leur expérience. Ceux-ci représentent un quart de la population (5 sur 20). La posture 2 représente un peu plus de la moitié des professionnels. Dans cette catégorie, onze professionnels sur vingt déclarent éprouver de la méfiance envers leur intuition mais font confiance en leur expérience; ils représentent 55% de la population. La posture 3 représente quatre professionnels sur les vingt soit 20 % de la population. Dans cette catégorie, les professionnels déclarent se méfier à la fois de leur intuition et de leur expérience. Le tableau n°10 ci-dessous présente la répartition des typologies de posture de connaissance face à l'expérience sur l'ensemble de la population. Il est issu de la grille d'analyse n° 5 (annexe 13).

Tableau 10 : Répartition des typologies de posture de connaissance dans la population confiance en son ressenti et en son expérience dans la population enquêtée

Les niveaux de confiance en son expérience implicite et explicite		Répartition dans la population
Posture 1	Confiance en son ressenti et en son expérience	25 %
Posture 2	Méfiance en son ressenti	55 %
	Confiance en son expérience	
Posture 3	Méfiance envers son ressenti	20%
	Méfiance envers son expérience	

Il n'y a pas de corrélation entre le type de posture de connaissance établie grâce aux expériences antérieures et l'ancienneté dans le « tri », ce qui est en adéquation avec le cadre théorique qui montre que l'expérience explicite n'est pas liée à l'ancienneté professionnelle mais dépend de la volonté d'apprendre de l'expérience et des moyens mis en place pour ce faire. Le tableau n° 11 ci-dessous montre cette absence de corrélation. Ce tableau est une synthèse des grilles d'analyse n° 5 (annexe 13), n° 6 (annexe 14) et n°7 (annexe 15).

Tableau 11 : Corrélation entre le type de posture face à l'expérience et l'ancienneté au « tri »

Posture	Nature du ressenti décrit	Nombre d'IAO ⁴	Ancienneté au tri
Posture 1	Emotion	2	18 mois - 18 mois
Confiance en son ressenti et en son expérience	Intuition	1	2 ans ½
	Etonnement	2	3 ans - 10 ans
Posture 2	Emotion	2	8 ans - 1 mois
Méfiance en son ressenti et confiance en son expérience	Intuition	2	8 mois - 8 ans ½
	Etonnement	7	18 mois - 3 ans - 7 ans – 3 ans 3 ans ½ - 2 ans – 2 mois
Posture 3	Emotion	/	/
Méfiance en son ressenti et en son expérience	Intuition	1	3 ans ½
	Etonnement	3	5 ans- 18 mois- 12 ans

2.7. Les caractéristiques de la posture 1 de connaissance: confiance en son ressenti et en son expérience

Cette catégorie est constituée d'un quart de la population d'infirmiers-ières interrogée (5 sur 20). Dans cette catégorie, les professionnels affirment faire confiance en leur expérience et en leur ressenti. Tous font des liens entre leur ressenti et l'expérience. Pour eux, l'intuition vient des expériences antérieures, ou est du « déjà vu », ou « s'apprend avec l'expérience ». Cette confiance est liée au fait que le ressenti permet de détecter quelque chose de très grave, une urgence vitale. Cette confiance est aussi liée au fait que les médecins

⁴ IAO : Infirmier d'Accueil et d'orientation du patient

apprécient le ressenti des infirmiers-ères. Dans ce groupe de professionnels, le ressenti permet essentiellement de détecter une urgence vitale.

2.7.1. La nature du ressenti dans la posture 1 de connaissance

Dans cette typologie, la confiance en l'intuition prédomine et représente 60% soit cinq professionnels, la confiance en son étonnement 20 %, la confiance en son émotion 20% également. Pour trois de ces cinq professionnels, le ressenti peut être rapproché d'une intuition car il est décrit comme la perception immédiate d'une anomalie, soit comme un signal d'incohérence mêlée à une émotion d'inquiétude, soit la perception d'une anomalie. Pour un infirmier, le ressenti est proche d'une manifestation d'émotion. Il est décrit comme une manifestation d'un sentiment de malaise. Pour une infirmière, le ressenti peut être assimilé à de l'étonnement. Il est décrit comme une lumière rouge intérieure qui fait tilt et engage à chercher.

Le tableau n° 12 ci-dessous montre la nature du « ressenti » dans la posture de connaissance de type 1. Les résultats détaillés de l'analyse sont reportés dans la grille n° 5 référencée à annexe 13.

Tableau 12 : Posture 1 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l'infirmier (un quart des infirmiers-ières)

Nature du ressenti	Référence d'IAO	Années de tri	Manifestation décrite
Emotion	SLS 01	18 mois	Une impression, un sentiment de malaise
	SLS 09	18 mois	Une incohérence, une incompréhension qui inquiètent
Intuition	SLS 08	2 ans½	Reconnaissance immédiate de la pathologie
Etonnement	SLS 06	10 ans	La perception d'une anomalie
	LRB 07	3 ans	Une lumière rouge intérieure qui fait tilt et qui engage à chercher

2.7.2. La valeur attribuée au « ressenti » et à l'expérience dans la posture 1 de connaissance

Dans cette catégorie, les professionnels ont tous confiance en leur « ressenti » et en leur expérience ; ce qui est cohérent avec le fait qu'ils déclarent acquérir leur ressenti avec l'expérience. Leur ressenti leur permet essentiellement de détecter une urgence vitale ; c'est-à-dire d'identifier un patient qui doit être pris en charge immédiatement en réanimation. Il

n’y a aucune corrélation entre la valeur attribuée au ressenti et le nombre d’années d’activité au « tri ». Cependant, on note des différences dans l’utilité attribuée à l’expérience.

Cette différence est imputable à la nature du ressenti. Le professionnel dont la nature du ressenti est comparable à de l’étonnement déclare que l’expérience est une aide qui permet d’acquérir des savoirs médicaux.

Chez les professionnels qui déclarent que l’expérience leur sert à faire des diagnostics, ou des analogies, ou qu’elle leur sert de référence, leur ressenti est comparable à de l’intuition. Or, l’intuition est bien décrite sur le plan théorique comme un phénomène cognitif qui conduit à porter un jugement immédiat, à faire des analogies.

Ce résultat permet d’apprécier la justesse de la différenciation faite entre les manifestations décrites et notre codage catégorisant. La synthèse des résultats est reportée dans le tableau n° 13 ci-dessous. Ce tableau est issu de la grille d’analyse n° 5 référencée à l’annexe 13.

Tableau 13 : Caractéristiques de la posture 1
Un quart de la population

Nature du ressenti déclaré	Nbe ⁵ d’IAO	Usage déclaré du ressenti	Référence de l’IOA	Années de tri	Valeur attribuée au ressenti	Valeur attribuée à l’expérience
Emotion	2	Oui depuis qu’il se sent aguerri	SLS 01	18 mois	ça signale une urgence vitale, c’est tout ou rien	Donne la connaissance qui se peaufine avec le vécu
		Tous les jours	SLS 09	18 mois	Signale une gravité	Faire des analogies
Intuition	1	Fait confiance	SLS 08	2 ans½	Evite de passer à côté d’une urgence	Eviter les erreurs, cibler l’enquête, faire des diagnostics
Etonnement	2	Au moins une fois/jour	SLS 06	10 ans	Détecter quelque chose de grave	Sert de référence
		Tout le temps en observant le visage	LRB 07	3 ans	Détecter quelque chose de très grave, aide pour prendre une décision	Aide pour le tri, pour acquérir des savoirs médicaux

⁵ Nbe : nombre

2.8. Les caractéristiques de la posture 2 : méfiance en son « ressenti » et confiance en son expérience

Cette typologie représente un peu plus de la moitié de la population d’infirmiers-ières, enquêtée (onze sur vingt professionnels). Dans cette catégorie, tous les professionnels se méfient de leur « ressenti » et font également confiance à leur expérience. De plus, trois professionnels relient le ressenti à l’expérience, à du « déjà vu » alors que dans la catégorie 1 tous les professionnels relient leur ressenti à l’expérience. Les résultats détaillés de l’analyse sont reportés dans la grille d’analyse n°6 référencée à l’annexe 14. La synthèse des résultats est reportée dans le tableau n° 14 ci-dessous.

2.8.1. La nature du ressenti dans la posture de connaissance de type 2

En ce qui concerne la nature de ressenti, celui-ci est assimilable à de l’étonnement pour sept professionnels, à de l’émotion pour deux professionnels et à de l’intuition pour deux infirmiers-ières sur les onze professionnels classés dans cette catégorie de posture.

Tableau 14: Posture 2 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l’infirmier
(Un peu plus de la moitié de la population)

Nature du ressenti	Nbe ⁶ d’IAO	Années de tri	Manifestation décrite
Emotion	2	8 ans	Sensation difficile à décrire
		1 mois	Une impression, un sentiment
Intuition	2	8 mois	Association d’idées
		8 ans½	Perception de signes subjectifs
Etonnement	7	18 mois	Un doute, une surprise
		3 ans	Une inquiétude, une incompréhension qui engage à chercher
		7 ans	Absence de certitude, un doute à explorer
		3 ans	Quelque chose qui semble faux, une incompréhension
		3 ans½	Un doute, une incompréhension
		2 ans	Des signes observés
		2 mois	Quelque chose qui attire l’attention

⁶ Nbe : nombre

2.8.2. La valeur attribuée au ressenti et à l'expérience dans la posture de type 2

Dans cette catégorie, les professionnels disent se méfier de leur ressenti car celui-ci, qui est associé à des émotions, est trompeur, subjectif, pas fiable par manque d'expérience. Quatre infirmiers-ières qui déclarent se méfier de leur ressenti disent néanmoins s'en servir de façon conditionnelle soit en recherchant des preuves, soit en association avec des signes objectifs, soit en se fondant sur du concret ; ce qui laisse supposer qu'ils-elles prennent des mesures pour le contrôler.

Selon les déclarations de ces professionnels, la méfiance envers son ressenti a une influence sur le raisonnement et sert à conduire différentes actions. Elle engage à chercher des preuves, à objectiver le ressenti, à renforcer la surveillance du patient, à repérer « le truc qui cloche ». Elle engage le professionnel à associer le « ressenti » avec des données objectives, à faire des liens. Pour deux sur dix de ces professionnels, elle est aussi utilisée comme un signal pour appeler le médecin.

2.8.3. La valeur de l'expérience dans la posture de connaissance de type 2

Dans cette catégorie de posture de connaissance, l'expérience est valorisée. Elle sert à être à l'aise avec ses connaissances, à affiner son raisonnement et son observation clinique, à avoir du vécu, et permet d'apprendre.

Le tableau n°15 ci-dessous présente les caractéristiques de la posture de connaissance de type2. Il est issu de la grille d'analyse n° 6 référencée à l'annexe 14.

Tableau 15: Caractéristiques de la posture de connaissance de type 2

Nature du ressenti déclaré	Nbe ⁷ d'IOA	IAO	Valeur du ressenti	Usage déclaré du ressenti	Valeur de l'expérience
Emotion	2	SLS 04 8 ans	Peut-être trompeur Méfiance des émotions associées	On ne peut passer outre de ça, sert à lire le langage corporel du patient	Sert à être plus à l'aise avec ses connaissances
		SLS 11 2 mois	Utile mais préfère se baser sur du concret	Détecter l'urgence vitale	C'est important permet d'apprendre de ses erreurs
Intuition	2	LRB 02 8 mois	Oui parfois pour certaines choses	Orienté l'entretien	Trier par analogie, avoir du vécu
		SLS 07 8 ans½	Peut- être trompeur parfois	Diagnostiquer les problèmes graves	Facilite le recueil des données, l'observation et le discernement
Etonnement	7	LRB 01 18 mois	Oui mais méfiance	Indique une urgence vitale Une compétence pour trier	Repérer l'urgence vitale Appeler le médecin
		LRB 04 3 ans	Oui mais cherche des preuves	Signale une urgence vitale en l'absence de preuves	Raisonner par analogie Affiner le raisonnement en éliminant des hypothèses
		LRB 06 7 ans	Un doute à explorer	Signal pour appeler le médecin	Apprendre sur les pathologies Apprendre à réfléchir
		LRB 05 3 ans	Pas fiable par manque d'expérience	Signal pour appeler le médecin	Toujours juste Facilite la qualité de l'observation
		LRB 10 3 ans ½	Ce n'est pas quelque chose de crédible	Oui à condition de l'objectiver	L'expérience ne trompe pas mais ne pas baisser la garde
		SLS 02 2 ans	Ne s'en sert pas	C'est subjectif Renforce la surveillance du patient A de la valeur pour les médecins	Mieux évaluer l'état clinique Anticiper les choses Change le niveau de tri
		SLS 03 1 mois	Peut-être trompeur En association avec des données objectives	Repérer le truc qui cloche	Signale un signe en plus qui cloche, L'expérience des autres sert à valider le ressenti

⁷ Nbe : nombre

2.9. Les caractéristiques de la posture 3 : méfiance envers son intuition et envers son expérience

Cette catégorie représente un quart de la population enquêtée (4 professionnels sur 20). Les quatre infirmiers-ières classées dans cette catégorie se méfient à la fois de leur ressenti et de leur expérience. Les résultats détaillés de l'analyse sont reportés dans la grille d'analyse n° 7 référencée à l'annexe n° 15.

2.9.1. La nature et la valeur du ressenti dans la posture de connaissance de type 3

Dans cette typologie, le « ressenti » n'a pas la caractéristique d'une émotion. Le ressenti peut être relié à de l'étonnement pour 75 % des quatre professionnels de la population. Pour un professionnel, le « ressenti » est comparable à de l'intuition. En effet, son ressenti lui permet de voir « quelque chose qui se voit sans signe apparent » et comme « une petite voix qui dit non ». Le tableau n°16 ci-dessous présente la nature du « ressenti » dans la posture de type 3.

Tableau 16 : Posture 3 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l'infirmier
(Un quart de la population totale)

Nature du ressenti déclaré	Nbe d'IAO	IOA	Années de tri	Manifestation décrite
Intuition	1	SLS 12	3 ans ½	La petite voix qui dit non Quelque chose qui se voit sans signe apparent
		LRB 09	5 ans	Un doute, un étonnement, une difficulté
Etonnement	3	SLS 10	18 mois	Des signes qui alertent
		LRB 03	12 ans	Une anomalie, une inquiétude

Dans cette typologie, les infirmiers-ières pensent que le « ressenti » s'acquiert ou se développe avec l'expérience comme les professionnels classés dans le type 1. La différence réside dans le fait qu'ils s'en méfient. Tous déclarent vérifier le bien-fondé de leur « ressenti » en cherchant à l'objectiver. Cette objectivation se fait soit en le validant

auprès des médecins ou des collègues, soit en cherchant des preuves, ou bien encore en déclenchant une enquête.

Le tableau n° 17 ci-dessous présente la valeur et l'usage déclaré du « ressenti » dans la posture de type 3. Il est issu de la grille d'analyse n°7 présentée à l'annexe 15.

Tableau 17 : Valeur et l'usage déclarés du ressenti dans la posture 3

Nature du ressenti	Nbe d'IAO	Usage déclaré du ressenti	IAO	Années de tri	Valeur attribuée au ressenti
Intuition	1	S'en sert pour déclencher une enquête	SLS 12	3 ans ½	Faut en avoir mais faut s'en méfier
		Vérifie le bienfondé auprès des collègues	LRB 09	5 ans	Il faut pas en abuser Se développe avec l'expérience
Etonnement	3	Oui un peu en association avec des faits	SLS 10	18 mois	C'est trompeur sauf si c'est basé sur des faits
		A conscience de s'en servir inconsciemment	LRB 03	12 ans	Valide le bien-fondé auprès du médecin

2.9.2. La nature et la valeur de l'expérience dans la posture 3

Dans cette catégorie, tous les professionnels se méfient également de leur expérience car selon eux, elle « ne remplace pas tout ». Elle doit être utilisée en association avec ces savoirs médicaux, des connaissances théoriques, des faits, ou la clinique infirmière.

Le tableau n° 18 ci-dessous présente la valeur et l'usage déclarés de l'expérience dans la posture de type 3.

Tableau 18 : Nature du ressenti dans le système représentationnel de l'infirmier-ière

Nature du ressenti	Nbe d'IAO	Usage déclaré de l'expérience	IOA	Années de tri	Valeur attribuée à l'expérience
Intuition	1	Permet de faire des liens	SLS 12	3 ans ½	Faut s'en méfier
		Facilite l'approche du tri	LRB 09	5 ans	Pas sans les connaissances théoriques
Etonnement	3	Usage en association avec des connaissances théoriques	SLS 10	18 mois	Ça peut être délétère
		Permet d'acquérir des savoirs	LRB 03	12 ans	Ne remplace pas toutes les connaissances

Chapitre 3 : La nature et la place du « ressenti » dans l'activité décisionnelle de l'infirmier-ière

Ce chapitre présente la nature et la place réellement occupée dans la perception de la situation clinique du patient. Ces résultats facilitent la compréhension de l'importance prise par les savoirs issus de l'expérience implicite dans l'activité décisionnelle de l'infirmier-ière. Le contrôle exercé par l'infirmier-ière sur son « ressenti » est abordé au chapitre quatre suivant, traitant du rôle de la posture de connaissance face à l'expérience.

3.1. La nature et la place effective du « ressenti » dans l'activité décisionnelle de « tri »

Le « ressenti » occupe une place prépondérante dans la perception de la situation, du fait de son déclenchement quasi immédiat. Pour plus des trois quarts des infirmiers-ières, le « ressenti » se manifeste sous forme d'émotion, d'intuition ou d'étonnement à l'observation du visage, du corps ou du comportement du patient. Détaillons ces résultats.

3.1.1. La nature des manifestations de « ressenti » vécues lors de l'activité décisionnelle

Le déclenchement d'une intuition ou d'un étonnement constitue les deux principales manifestations de « ressenti » lors du « tri ». Nous constatons que trois professionnels n'éprouvent ni émotion, ni intuition, ni étonnement. Nous expliciterons ce résultat dans le chapitre quatre traitant du rôle de la posture de connaissance. Ce constat nous a engagée à revoir notre codage et notre hypothèse mais il nous a permis de découvrir un phénomène inattendu.

Le tableau n° 19 ci-dessous présente la répartition, pour l'ensemble de la population, de la nature du ressenti éprouvé lors du tri. Il est issu de la grille d'analyse n° 8 présentée à l'annexe16.

Tableau 19: Répartition de la nature du ressenti éprouvé lors du tri

Nature du ressenti éprouvé lors du tri	Nombre d'IAO ⁸	Répartition dans la population
Emotion	3	15%
Intuition	6	30%
Etonnement	8	40%
Absence de ressenti	3	15%

3.1.2. Le moment du déclenchement du « ressenti » lors du « tri »

Le moment du déclenchement du ressenti varie en fonction de sa nature ; excepté pour les trois professionnels qui bloquent l'expression de toute forme de ressenti. Lorsqu'il s'agit du déclenchement d'une intuition celle-ci se produit au premier coup d'œil en regardant le visage du patient. Parfois même, il suffit à l'infirmière d'apercevoir le patient de loin pour avoir ce type de sensation. L'intuition est parfois couplée à une émotion. Lorsqu'elle se déclenche seule, l'émotion survient au cours du raisonnement. L'étonnement quant à lui, survient majoritairement au cours de l'enquête. Nous verrons dans le chapitre 4, qu'il entraîne une enquête dans l'enquête. Cette analyse est issue de la grille d'analyse n° 8 présentée à l'annexe 16.

3.1.3. Le motif du déclenchement du « ressenti » lors du « tri »

Le motif du déclenchement du ressenti varie également en fonction de sa nature. L'intuition se déclenche à l'observation du regard, du visage, du corps ou du comportement du patient, tandis que l'émotion ou l'étonnement s'expriment au cours de l'enquête.

Le tableau n° 20 ci-dessous détaille la nature du « ressenti » observé dans l'action, les motifs et les moments du déclenchement du « ressenti » lors du tri. Il est réalisé à partir de la grille d'analyse n° 8 annexe 16.

Tableau 20: Nature et place du « ressenti » dans la perception de la situation clinique

⁸ IAO : Infirmier d'Accueil et d'orientation d'Accueil.

IAO	Ressenti observé dans l'action	Motif du déclenchement du ressenti	Moment du déclenchement
LRB 01 18 mois	Une intuition couplée avec une émotion	Observation du corps du patient	A l'accueil du patient
LRB 02 8 mois	Une intuition	Les symptômes du patient	Au cours de l'enquête
LRB 03 12 ans	Aucun	Aucun	Aucun
LRB 04 3 ans	Intuition	Observation du visage	A l'accueil du patient
LRB 05 3 ans	Etonnement	Observation du regard de la patiente	A l'accueil du patient
LRB 06 7 ans	Intuition d'urgence vitale	Observation de la couleur du visage	A l'accueil du patient
LRB 07 3 ans	Etonnement	Observation du visage	Au cours de l'enquête
LRB 09 5 ans	Emotion d'inquiétude	Observation du corps et de l'habillement	Au cours de l'enquête
LRB 10 3 ans 1/2	Etonnement	Observation du visage et de la tonicité du corps	A l'accueil du patient
SLS 01 18 mois	Une émotion de doute	Les symptômes du patient et la lettre du médecin traitant	Au cours de l'enquête
SLS 02 2 ans	Aucun	Aucun	Aucun
SLS 03 1 mois	Un étonnement	Les propos de la patiente et la coronarographie	Au cours de l'enquête
SLS 04 8 ans	Un étonnement	Observation du comportement	Au cours de l'enquête
SLS 06 10 ans	Un étonnement	Observation du corps	Au cours de l'enquête
SLS 07 8 ans 1/2	Aucun	Aucun	Aucun
SLS 08 2 ans 1/2	Une intuition de gravité	Observation de la mobilité du corps	A l'accueil du patient
SLS 09 18 mois	Une intuition d'urgence vitale	Observation du visage	De loin, dès l'entrée du patient
SLS 10 18 mois	Etonnement	Absence de signe clinique	Au cours de l'enquête
SLS 11 2 mois	Une intuition de gravité	Observation du corps	A l'arrivée dans les urgences
SLS 12 3 ans 1/2	Un étonnement couplé à une émotion	Observation du corps	De loin, dès l'entrée du patient

De plus, le tableau n° 20 ci-dessus présente la nature et la place effective du « ressenti » dans la perception de la situation clinique pour l'ensemble de la population. Il

montre que dix-sept infirmiers-ières sont soumis (es), dès les premières secondes de leur interaction avec le patient à une émotion, une intuition ou à un étonnement.

Cependant, il nous montre aussi que ce n'est pas le cas pour trois de ces professionnels. Il s'agit de L'infirmière référencée LRB 03 qui a douze ans d'ancienneté, l'infirmier SLS 02 qui a 2 ans d'ancienneté et l'infirmier SLS 07 qui possède 8 ans ½. Ce constat nous a engagée à reprendre l'ensemble du codage des verbalisations recueillies lors des entretiens semi-directifs et des entretiens d'explicitation. La révision du codage confirme le codage initial. Nous nous sommes posé alors la question: l'absence de « ressenti » est-elle un signe particulier de régulation cognitive volontaire du « ressenti » ? Cette absence est-elle le fait du contrôle exercé par la posture face à l'expérience du professionnel ? La recherche de l'explication du phénomène d'absence de « ressenti » constitue la dimension inductive de notre démarche de recherche.

Chapitre 4 : Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience sur le contrôle du « ressenti » et sur le mode et les modalités de raisonnement

4.1. La découverte d'une instance cognitive de régulation du « ressenti » éprouvé lors du tri : la posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue

Chez trois professionnels sur les vingt enquêtés, le déclenchement d'un « ressenti » qu'il soit une émotion, une intuition ou un étonnement, n'est pas observé. Or, lors des entretiens semi-directifs, ces trois professionnels avaient déclaré avoir un « ressenti ». Ce « ressenti » avait été codé, d'après les descriptions faites par ces trois professionnels. Lorsqu'un de ces trois professionnels avait décrit percevoir des signes subjectifs, le « ressenti » avait été codé comme une intuition. Pour les deux autres, la description d'un « ressenti » le dépeint comme la perception d'une anomalie, ou l'observation d'un signe anormal. Ces descriptions avaient été codées comme de l'étonnement pour les deux autres professionnels.

En regardant de plus près ces résultats et en reprenant le déroulement de leur processus décisionnel, nous constatons que ces trois professionnels débutent l'enquête par l'interrogatoire du patient, ou la mesure de l'état hémodynamique. Ils relèguent l'observation clinique du patient en deuxième ou troisième positions. Cette façon de pratiquer le « tri » peut laisser supposer que le professionnel cherche à se protéger des effets du « ressenti ». L'adoption d'un mode verbal de recueil de données pour interroger le patient sur son symptôme au lieu d'utiliser l'examen physique du patient est un moyen pour se protéger de l'influence des émotions vécues par le patient en demande de soins. En effet, les émotions sont, selon Rimé (2009), plus facilement partageables socialement d'individu à individu, par l'observation des mimiques ou de l'aspect du corps ou du comportement.

Lors des entretiens semi-directifs, ces trois professionnels reconnaissent avoir un « ressenti mais disent ne pas s'en servir au motif que celui n'est pas fiable.

La posture de connaissance face à l'expérience de ces trois professionnels est de type 2 ou de type 3 et indique une méfiance vis-à-vis du « ressenti ».

Ainsi, la posture d'un de ces trois professionnels est celle de la méfiance vis-à-vis de son « ressenti ». La posture des deux autres professionnels est celle de la méfiance en son « ressenti » et en son expérience. Le tableau n° 21 ci-dessous présente les liens entre le type de posture de connaissance face à l'expérience et l'absence de « ressenti ».

Tableau 21: L'absence de « ressenti » éprouvé dans le « tri »

IAO et années d'expérience	La représentation du « ressenti »	Posture de connaissance	Ressenti observé dans l'action de tri
LRB 03 - 12 ans	Une anomalie Une inquiétude	Posture 2 : Méfiance envers son ressenti	Aucun
SLS 02- 2 ans	Un doute, une incompréhension, Constat d'un signe physique anormal	Posture 3 : Méfiance envers son ressenti et son expérience	Aucun
SLS 07 - 8 ans 1/2	Perception de signes subjectifs		Aucun

Or, chez les dix-sept autres professionnels, nous observons une cohérence entre la déclaration d'usage qu'ils font du « ressenti » et l'usage réel qu'ils en font en situation de « tri ». Nous avons d'ailleurs constaté précédemment que la nature du « ressenti » décrit et la nature du « ressenti » éprouvé dans le « tri » sont identiques mis à part pour trois professionnels.

L'absence de « ressenti » lors du tri ne pouvant être corrélée au type de posture de connaissance, nous avons alors émis l'hypothèse de l'existence chez tous les professionnels enquêtés d'une instance de régulation permettant de contrôler, d'utiliser ou de réguler le déclenchement automatique de l'émotion ou de l'intuition, que nous avons dénommé : posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue.

Pour vérifier l'hypothèse de l'existence de cette posture « cognitivo-émotionnelle » de contrôle du « ressenti » dans l'action de « tri », nous avons repris l'analyse des données. Cela nous a permis de vérifier en outre, l'absence d'erreur de codage dans l'analyse.

Ainsi, pour démontrer l'existence de cette posture, nous avons relié le type de posture de connaissance déterminée d'après la déclaration du professionnel avec la manifestation éprouvée lors de l'action de « tri », la nature de celui-ci, les actions cognitives de régulation entreprises.

Le tableau n°22 ci-dessous présente les actions cognitives mises en place pour gérer le « ressenti » lors du « tri ».

La mise en lien de ces différentes données est réalisée à partir de la grille d'analyse n° 11 disponible à l'annexe 19 : Les types de posture « cognitivo-émotionnelles et leurs effets sur le « tri ».

Tableau 22: Les actions cognitives de contrôle du « ressenti »

Type de posture de connaissance	IAO	Manifestation éprouvée lors du tri	Actions cognitives réalisées face à l'éprouvé ressenti	Nombre d'IOA
P2 ---	SLS 02 - SLS 07 ---	Aucune	Blocage du « ressenti »	3
P3	LRB 03			
P1 ---	SLS 01 ---			
P2 ---	LRB 02 ---	Emotion	Recherche de régulation de son émotion avec ou sans succès	3
P3	LRB 09			
P1 ---	SLS 08 – SLS 09 ---	Intuition	Recherche de validation de l'intuition	6
P2	LRB 01- LRB 04 LRB 06- SLS 11			
P1 ---	LRB 07 - SLS 06 ---			
P2 ---	LRB 05 - LRB 10 SLS 03 - SLS 04 ---	Etonnement	Recherche de preuve ou d'une cause à l'étonnement	8
P3	SLS10 – SLS 12			

Cette mise en lien montre les actions cognitives réalisées pour contrôler le « ressenti » lors du « tri » et confirme notre hypothèse de l'existence d'une posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue qui permet de réguler le « ressenti ». Nous proposons une catégorisation de ce phénomène cognitif.

4.2. Les différentes catégories de posture « cognitivo-émotionnelle »

La mise en lien de la manifestation de ressenti éprouvée dans l'action avec la nature de celui-ci et le but poursuivi pour contrôler le « ressenti » montre différents phénomènes.

Ce niveau d'analyse montre premièrement que, dans l'action, les infirmiers-ières adoptent une posture différente de la représentation qu'ils-elles s'en font.

En effet, la catégorisation de la posture de connaissance face à l'expérience que nous avons réalisée est une construction théorique réalisée pour opérationnaliser la recherche. Cette construction théorique a été effectuée à partir des significations que les professionnels nous ont communiquées de la nature de la manifestation de « ressenti » éprouvée, de leur rapport à l'expérience et au « ressenti » en terme de valeur, d'usage et de volonté d'apprendre des différentes expériences vécues.

Deuxièmement, nous constatons que les infirmiers-ières mettent en place différentes actions de régulation cognitive de leur « ressenti » qui peuvent être classées en quatre catégories.

Troisièmement, le type d'action cognitive entreprise n'est pas corrélé au type de posture de connaissance. La nature de la posture de connaissance n'influence pas la régulation du « ressenti » éprouvé lors du tri.

Quatrièmement, l'action cognitive entreprise pour contrôler le « ressenti » est spécifique à la nature du « ressenti » éprouvé lors du tri, ce qui démontre l'existence d'une posture « cognitivo-émotionnelle » particulière prise par l'infirmier-ière dans l'action.

4.3. Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » de connaissance sur le contrôle du « ressenti » éprouvé dans l'action de « tri »

Quatre types de posture « cognitivo émotionnelle » (PCE) sont catégorisées en fonction des actions cognitives réalisées et du résultat produit.

- La posture PCE1 bloque toute manifestation de l'émotion, ou de l'intuition ou de l'étonnement lors du tri
- La posture PCE2 engage l'infirmier-ière à réguler son émotion afin d'éviter une erreur de tri, cette régulation n'est pas toujours opérante
- La posture PCE3 engage l'infirmier-ière à rechercher la validation de son intuition
- La posture PCE4 engage l'infirmier-ière à rechercher des preuves ou une cause à l'étonnement

Le tableau n° 23 ci-dessous montre la répartition des types de « posture cognitivo-émotionnelle » dans la population d'infirmiers-ières et leur rôle sur le « ressenti » éprouvé lors du tri.

Tableau 23: Rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle sur le « ressenti » éprouvé

IAO	Rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle »	Type de posture « cognitivo-émotionnelle » (PCE)
SLS 02- SLS 07 LRB 03	Blocage de l'émotion ou de l'intuition ou de l'étonnement lors du tri	PCE 1
SLS 01 LRB 02 - LRB 09	Recherche de régulation de son émotion avec ou sans succès	PCE 2
SLS 08 - SLS09 LRB 01- LRB 04 LRB 06 - SLS 11	Recherche de validation de l'intuition	PCE 3
LRB 07 - SLS 06 LRB 05- LRB 10 SLS 03 - SLS 04 SLS 10 – SLS 12	Recherche de cause à l'étonnement	PCE 4

Les trois postures de régulation les plus représentées sont celle de type PCE 4 (huit professionnels sur vingt) qui recherche des preuves ou une cause à l'étonnement, la posture PCE 3 (six professionnels sur vingt) qui consiste à rechercher la validation de l'intuition ainsi que la posture PCE 2 (trois professionnels sur vingt) qui régule l'intuition. Ces trois types de posture sont présents dans 85% de la population. Dans ces trois postures, nous trouvons des infirmiers-ières qui font confiance en leur « ressenti », d'autres qui s'en méfient et d'autres qui se méfient à la fois de leur « ressenti » et de leur expérience.

Ainsi, bien que l'infirmier-ière ait déclaré faire confiance en son ressenti, lors du tri, on constate qu'il-elle adopte une posture différente pour contrôler le « ressenti » éprouvé lors du « tri » de la posture qu'il-elle se représente mentalement. En effet, dans l'action de « tri » il-elle cherche à valider son « ressenti ».

Le type de posture « cognitivo-émotionnelle » adoptée dans l'action de tri ne dépend pas de la posture de connaissance établie face au « ressenti ».

4.3.1. Le blocage du déclenchement d'un « ressenti »

La posture « cognitivo-émotionnelle » de type PCE 1 qui consiste à bloquer toute manifestation de ressenti représente trois professionnels soit 15 % de la population. Dans cette catégorie, deux infirmiers-ières ont déclaré se méfier de leur ressenti et une infirmière dit se méfier à la fois de son ressenti et de son expérience.

Ces trois professionnels réalisent une enquête hypothético-déductive en faisant l'entretien et l'examen clinique du patient sans éprouver d'émotion, ni d'intuition, ni d'étonnement, ce qui nous amène à penser que la posture « cognitivo-émotionnelle » adoptée par l'infirmier-ière consiste à bloquer toute manifestation d'émotion, d'intuition ou d'étonnement lors du tri. Nous verrons dans la discussion de la posture adoptée par ces professionnels qu'ils adoptent des modalités d'enquête qui leur permettent de bloquer leur « ressenti ».

4.3.2. La gestion de l'émotion lors du « tri »

Le déclenchement d'une émotion se produit chez trois professionnels ayant des postures de connaissance face à l'expérience différentes et ayant été catégorisés dans une posture « cognitivo-émotionnelle » de type PCE 2 ; posture visant la recherche de la régulation de l'émotion.

Lorsqu'une émotion se déclenche au cours du tri, la régulation entreprise est variable. Elle semble liée à la nature de l'émotion et à sa valence. La tentative de régulation entreprise ne permet pas d'effectuer le tri pour deux de ces trois professionnels. Pour le troisième professionnel, la régulation effectuée conduit à faire une erreur de tri. L'émotion bloque la compréhension du problème du patient ou la recherche de signes, ou la réalisation de l'anamnèse du problème de santé du patient.

Ainsi, le professionnel qui a 18 mois d'ancienneté dans le tri et fait confiance en son ressenti, tente de réguler son émotion de doute en se fondant sur la grille de tri et faisant un retour réflexif sur son enquête. Il pose une hypothèse de diagnostic qu'il n'arrive pas à valider car mobilise plusieurs indicateurs cliniques inopérants, ce qui l'amène à faire une erreur de « tri ».

Le deuxième professionnel est un infirmier ayant 5 ans d'ancienneté au tri qui se méfie de son ressenti mais fait confiance à son expérience. Il mobilise un indicateur clinique inopérant et demande l'aide du médecin.

Le troisième professionnel a 8 mois d'ancienneté. Il fait confiance à son ressenti et à son expérience. Il ressent une émotion qui l'inquiète, il n'arrive pas à réguler son émotion, abandonne l'enquête et délègue le tri au médecin. Cette infirmière est une jeune diplômée qui est dans son premier poste de travail. Elle surcote le tri en argumentant qu'elle n'arrive pas à identifier le problème du patient. La posture « cognitivo-émotionnelle » de cette infirmière est influencée par la nature de la situation clinique. Le patient est une personne âgée, difficile à interroger qui répond de façon approximative aux questions posées. Le motif de consultation est en lien avec des douleurs abdominales qui nécessite la demande d'avis du médecin afin qu'il palpe le ventre du patient car l'infirmier n'est pas habilité à le faire.

La posture PCE 2 représente 15% de la population étudiée. Le tableau n° 24 ci-dessous présente les actions cognitives de régulation conduites dans la posture PCE 2.

Tableau 24 : Le contrôle du « ressenti » Posture « cognitivo émotionnelle » de type PCE 2 : recherche de régulation de l'émotion

IAO	Eprouvé lors du tri	But	Actions cognitives de régulation
SLS 01 18 mois	Emotion de doute	Eviter de faire une erreur	- Retour réflexif sur l'enquête - Consultation de la grille de tri - Recherche de signes de gravité
LRB 09 5 ans			- Mobilise un indicateur inopérant - Demande l'aide du médecin
LRB 02 8 mois	Emotion d'inquiétude		- Impossibilité de réguler son émotion - Abandonne l'enquête - Délègue le tri au médecin

4.3.3. La recherche de validation de l'intuition éprouvée lors du « tri »

Dans les situations de tri où l'intuition se déclenche, celle-ci est couplée à une émotion. La nature du but poursuivi et le type d'action cognitive effectuée montrent que, quel que soit le type de posture de connaissance, l'infirmier-ière cherche la confirmation de son intuition et approfondit son enquête.

L'infirmier-ère se réfère à un savoir issu de l'expérience pour mettre en œuvre cette enquête. Les savoirs d'action mobilisés varient d'un professionnel à l'autre ; ce sont selon le cas : un indicateur clinique, une règle d'action, un théorème en acte.

La posture « cognitivo-émotionnelle » adoptée par l'infirmier-ière consiste à mener une enquête afin de rechercher des signes permettant de valider l'intuition éprouvée. Les signes recherchés sont le plus souvent des indicateurs cliniques que l'infirmier-ière a construits au cours de ces expériences antérieures. Ce peuvent être la coloration de la peau, un niveau de fatigue, une baisse de conscience, de la transpiration, un ralentissement moteur. Les savoirs

médicaux permettant d'identifier des signes cliniques pathognomoniques sont aussi recherchés lorsque l'intuition conduit l'infirmier à émettre un diagnostic intuitif.

La posture « cognitivo-émotionnelle » PCE 3 représente six infirmiers-ières soit 30% de la population étudiée. Le tableau n°25 ci-dessous présente les actions cognitives conduites dans la posture PCE 3.

Tableau 25 : Le contrôle du « ressenti » - Posture « cognitivo émotionnelle » de type PCE 3 : recherche de validation de l'intuition

IAO	Eprouvé lors du tri	But	Actions cognitives de régulation
SLS 08 2 ans 1/2			- Enquête -Mobilise un théorème en acte
SLS 09 18 mois			- Se réfère à un théorème en acte - Enquête
LRB 01 18 mois	Intuition de gravité couplée à une émotion	Confirmer son intuition	- Se réfère à un indicateur clinique - Enquête pour rechercher un signe de gravité
LRB 04 3 ans			- Se réfère à une règle d'action personnelle - Enquête pour rechercher une causalité et un signe de gravité
LRB 06 7 ans			- Enquête - S réfère à des indicateurs cliniques
SLS 11 2 mois			- Retour réflexif sur l'observation - Se réfère à un indicateur clinique

4.3.4. La recherche d'une preuve et/ou d'une cause à l'étonnement

Lorsqu'un étonnement se déclenche, il arrive que celui-ci soit associé à une émotion ; laquelle est liée de la gravité de la situation. La nature du but poursuivi et le type d'action cognitive effectuée montrent que l'infirmier-ière recherche une cause et/ou des preuves à son étonnement et permettant de valider la pathologie suspectée. Lors de cette recherche, l'infirmier-ière se réfère exclusivement à des savoirs médicaux ou à la fois à des savoirs médicaux et à des savoirs d'action. Les savoirs d'actions sont, selon le cas, un indicateur clinique, un théorème en acte. Une règle de gestion du comportement est ajoutée à la réflexion lorsque l'étonnement est couplé avec le ressenti d'une émotion. La posture « cognitivo-émotionnelle » PCE 4 représente huit infirmiers-ières soit 40 % de la population étudiée.

Le tableau n° 26 ci-dessous présente les actions cognitives entreprises dans la posture PCE 4.

Tableau 26 : Le contrôle du « ressenti » - Posture « cognitivo-émotionnelle » de type PCE 4 : recherche de preuves ou de cause

IAO	Eprouvé lors du tri	But	Actions de régulation
LRB 07	Etonnement	Recherche une cause ou des preuves à l'étonnement	Enquête
3ans			Se réfère à un indicateur clinique
SLS 06			Enquête
10 ans 1/2			Mobilise deux théorèmes en acte
LRB 05			Retour réflexif sur son observation
3 ans			Mobilise des indicateurs cliniques
			Se réfère à des savoirs médicaux
LRB 10			Mobilise une règle d'action
3 ans1/2			Enquête
SLS 03			Approfondit l'enquête
1 mois			Demande l'aide du médecin
SLS 04			
SLS10		Enquête : fait un examen non exigible	
18 mois		Se réfère à une règle d'action	
SLS 12		Enquête	
3 ans1/2		Se réfère à une règle d'action	

4.4. Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur le mode et les modalités de raisonnement

Le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle sur le mode de raisonnement est déterminé en mettant en lien : la nature du « ressenti » éprouvé lors du « tri » avec le mode raisonnement et le type de posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue.

Les données ayant servi à cette analyse sont issues de l'analyse du modèle opératif de tri de chaque infirmier-ière réalisé avec le modèle de grille d'analyse n° 2 (annexe 10). Les grilles de reconstruction du modèle opératif de pensée de chaque infirmier-ière sont

disponibles à l'annexe 20. Une synthèse est présentée dans la grille n°10 référencée à l'annexe 18.

Le tableau n°27 ci-dessous présente le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur le mode de raisonnement pour l'ensemble de la population d'infirmiers-ières.

Tableau 27 : Rôle de la posture cognitivo-émotionnelle sur le mode de raisonnement

IAO	Nature du ressenti éprouvé lors du tri	Mode de raisonnement	Posture « cognitivo-émotionnelle »
LRB 03 SLS 02 SLS 07	Aucune manifestation	Enquête hypothético-déductive	PCE 1 : Blocage de l'émotion ou de l'intuition ou de l'étonnement lors du tri
SLS 01 LRB 02 LRB 09	Emotion	Recherche une analogie sans succès	PCE 2 : Régulation de l'émotion avec ou sans succès
SLS 08 SLS 09 LRB 01 LRB 04 LRB 06 SLS 11	Intuition	Fait une analogie	PCE 3 : Recherche de validation de l'intuition
LRB 07 SLS 06 LRB 05 LRB 10 SLS 03 SLS 04 SLS 10 SLS 12	Etonnement	Enquête hypothético-déductive	PCE 4 : Recherche de preuve ou d'une cause à l'étonnement

4.4.1. Rôle de la posture cognitivo émotionnelle sur le mode de raisonnement lors d'un étonnement

L'étonnement survient au cours de la procédure d'enquête initiée par l'infirmier-ière. Celui-ci provoque l'approfondissement de son enquête afin de comprendre les raisons du décalage constaté entre l'observation du corps, l'interrogatoire du patient, le symptôme décrit et le motif de consultation. L'infirmier-ière pose une hypothèse diagnostique, approfondit l'examen clinique et l'interrogatoire du patient et s'engage dans la recherche de preuves ou de la cause pouvant être en rapport avec le symptôme constaté. Le mode de raisonnement est hypothético-déductif.

4.4.2. Rôle de la posture cognitivo émotionnelle sur le mode de raisonnement lors d'une intuition

Lorsque une intuition se déclenche lors du tri, nous avons vu que celle-ci se produit dès l'accueil du patient et à partir de l'observation du visage, du regard, du corps ou du comportement du patient. Celle-ci entraîne l'infirmier-ière à identifier une urgence vitale, à faire une analogie avec une pathologie connue ou à poser une hypothèse diagnostique sans la fonder sur un raisonnement analytique. L'usage de l'analogie entraîne la réalisation d'un raccourci diagnostique en mettant en lien un signe avec le motif de consultation ou les circonstances d'apparition de ce signe. Le mode de raisonnement est analogique, il conduit à la détermination d'un niveau d'urgence ou à la pose d'une hypothèse, d'un diagnostic que nous qualifierons d'intuitifs.

4.4.3. Rôle de la posture cognitivo émotionnelle sur le mode de raisonnement lors d'une émotion

Lorsque la nature du « ressenti » éprouvé lors du tri est une émotion, celle-ci est de valence négative et consiste à ressentir une inquiétude ou un doute. L'infirmier-ière tente de rechercher une analogie avec un cas connu mais cette recherche n'aboutit pas. L'émotion a un effet négatif sur le mode de raisonnement ; elle empêche le développement d'un raisonnement rigoureux. Trois professionnels sont concernés par l'irruption d'une émotion lors du tri. Un infirmier tient compte de son émotion de doute et commet une erreur. Une infirmière mobilise un indicateur inopérant pour éclaircir son doute mais finit par demander l'aide du médecin. La troisième infirmière est victime d'inquiétude, elle n'arrive pas à faire la part des choses dans l'interrogatoire du patient et à déterminer l'origine du problème ; elle abandonne son enquête et demande l'avis au médecin.

4.4.4. Rôle de la posture cognitivo émotionnelle sur le mode de raisonnement lors du blocage volontaire du « ressenti ».

Lorsqu'aucune manifestation d'émotion, d'intuition ou d'étonnement ne survient, nous constatons que l'infirmier-ière se centre sur la mise en œuvre d'une procédure d'enquête hypothético-déductive dans laquelle l'interrogatoire du patient est premier. L'observation du corps du patient est faite dans un deuxième temps et, est, le plus souvent, accompagnée de mesures hémodynamiques pour éviter toute subjectivité.

4.5. Les conséquences de la posture « cognitivo-émotionnelle » sur l'élaboration de l'expérience et la nature des savoirs élaborés

Si l'adoption d'une posture « cognitivo-émotionnelle » dans l'action de « tri » a des effets sur le mode de raisonnement et sur les modalités de raisonnement, nous avons découvert que ces modalités de raisonnement ont également un effet sur le processus d'expérience ; l'expérience étant si on se réfère à Dewey (2004) un processus qui s'inscrit dans un continuum temporel.

En situation de « tri », nous constatons que les infirmiers-ières élaborent et développent tous-toutes leur expérience à partir de leur « ressenti », seuls changent les modalités et les objets d'expérience ou les savoirs mobilisés ou élaborés.

L'apprentissage réalisé à partir de l'instantané de l'action est fonction de la posture « cognitivo-émotionnelle » adoptée qui permet ou non de contrôler le « ressenti ».

Cette posture d'apprentissage dans l'action est en cohérence avec les objets d'apprentissage et les moyens déclarés lors des entretiens semi-directifs. Par exemple, Gaël (SLS 01) un infirmier ayant 18 mois d'ancienneté au « tri » déclare que l'expérience lui permet d'améliorer son cheminement intellectuel en cherchant à se remettre en question ou à remettre en question son « tri ». En situation de « tri » nous observons qu'il cherche à améliorer son interrogatoire et son examen clinique mais qu'il ne va pas jusqu'à l'élaboration d'un savoir ; n'arrivant pas à réguler son émotion. L'émotion qu'il vit est trop forte ou sa posture « cognitivo-émotionnelle » ne lui permet pas de la contrôler.

Les modalités d'apprentissage au cours du « tri » grâce à l'expérience vécue dans la temporalité de l'action et les objets d'apprentissage varient en fonction de la nature du « ressenti » éprouvé lors de l'activité décisionnelle, du type de posture de connaissance face à l'expérience et du type de posture « cognitivo-émotionnelle » mobilisée dans l'action de « tri »

Nous observons que la posture « cognitivo-émotionnelle » adoptée lors du « tri » entraîne la mobilisation d'une réflexion sur ce « ressenti ». La mobilisation d'une pensée réflexive dans l'action ou dans l'après-coup de l'action n'est pas toujours effective. Elle est absente chez les professionnels qui vivent une émotion que leur posture « cognitivo-émotionnelle » ne leur permet pas de réguler. Lorsqu'elle existe, cette réflexion est conduite au

cours de l'enquête ou dans l'après-coup de l'enquête. Lorsqu'une pensée réflexive est conduite, elle donne lieu soit à l'élaboration, soit à la confirmation, soit à la réélaboration du savoir. Les savoirs élaborés concernent des aspects professionnels différents. Ces savoirs sont selon le cas, un savoir d'action, ou un indicateur clinique.

Les moyens mis en œuvre pour élaborer l'expérience au cours du « tri » sont corrélés avec la posture de connaissance face à l'expérience et notamment la volonté d'apprendre de l'expérience, constitutive de la posture de connaissance et présente dans les trois types de posture de connaissance face à l'expérience qui ont été catégorisés.

4.5.1. L'apprentissage lors d'une émotion

L'élaboration de l'expérience à partir d'une émotion intuition éprouvée lors du tri concerne trois professionnels soit 15 % de la population. Cette émotion s'exprime sous la forme d'un doute ou d'une inquiétude.

Les modalités et les objets d'apprentissage observés lors du « tri » sont très variés et ne peuvent être rassemblés dans une seule catégorie. Cet apprentissage porte sur l'interrogatoire et l'examen clinique réalisé (SLS 01), ou sur les différentes hypothèses qui auraient pue être émises et la remise en question des signes cliniques pris en compte (LRB 09). Pour un professionnel (LRB 02), nous ne retrouvons pas de pensée réflexive au cours du « tri ». Nous pouvons penser que l'émotion rend difficile l'élaboration de l'expérience et la construction de savoirs cliniques.

Dans l'après-coup du « tri », l'élaboration de savoirs cliniques n'a pas lieu. Un professionnel (LRB 02) cherche les données qui lui ont manqué pour mobiliser son « ressenti », ce qui voudrait dire que ce professionnel pense que le « ressenti » s'apprend. Un autre ne réfléchit pas dans l'après-coup de l'action de « tri » (SLS 01). Le troisième (LRB 09) se rassure par rapport à son mode de « tri » et à ses difficultés de « tri » en concluant qu'il lui était impossible de faire un diagnostic médical de péricardite. Il se retranche sur le rôle d'infirmier qui le confine, selon lui, à réaliser seulement un examen physique et un interrogatoire.

Le tableau n°28 ci-dessous récapitule les modalités d'élaboration de l'expérience à partir de l'émotion éprouvée dans la posture PCE 2.

Il est réalisé à partir de l'analyse du modèle opératif de pensée de chaque professionnel disponible à l'annexe 20.

Tableau 28: Modalités d'élaboration de l'expérience à partir de l'émotion éprouvée lors du tri
Posture « cognitivo-émotionnelle PCE 2 » de régulation de l'émotion

IOA	Nature du ressenti éprouvé lors du tri	Posture d'apprentissage face à l'expérience		Posture d'apprentissage dans l'action de tri	
		Objets d'expérience déclarés	Moyens déclarés	Moyens utilisés au cours du tri	Savoirs élaborés dans l'après-coup du tri
SLS 01 18 mois	Emotion de doute	Le cheminement intellectuel	Remise en question de soi et de son tri	Consulte la grille de tri au cours du tri Retour réflexif sur son enquête après-coup	- S'engage à prendre en compte les signes cliniques, à revoir son examen clinique
LRB 02 8 mois	Emotion de doute	- Le vécu - Le diagnostic posé	Auto-évaluation après coup de son diagnostic	- Aucun	- Cherche les données qui lui ont manqué pour mobiliser son ressenti
LRB 09 5 ans	Emotion d'inquiétude	- Le diagnostic posé - Son ressenti	Echanges d'avis avec les collègues au cours du tri	- Réfléchit aux différentes possibilités d'hypothèses - Retour réflexif sur son examen clinique : remet en question les signes cliniques pris en compte.	- Se rassure par rapport à son mode de tri - Conclut à l'impossibilité de diagnostiquer une péricardite avec un examen physique et un interrogatoire.

4.5.2. L'apprentissage lors d'une intuition

La construction de l'expérience à partir d'une intuition éprouvée lors du tri concerne six professionnels soit 30 % de la population. Elle porte essentiellement sur les savoirs en lien avec la clinique et sur la posture « cognitivo-émotionnelle » afin d'améliorer la façon de réfléchir et sur la difficulté de la fonction d'infirmière au « tri ».

Au niveau des savoirs cliniques, il s'agit d'une part d'élaborer des indicateurs cliniques (LRB 01), de transformer un indicateur clinique en théorème de tri (SLS 09), de questionner ses connaissances cliniques existantes (SLS 08), de réfléchir au bien-fondé de son tri ou de son diagnostic (LRB 06, LRB 04), voire de remettre en cause la décision du médecin

(LRB 01) pour faire valoir le bien-fondé de son ressenti et de sa propre décision de tri (SLS 08).

Au niveau de la posture « cognitivo-émotionnelle », celle-ci porte sur la façon de raisonner, la manière d'évaluer les avantages et les inconvénients des choix de tri (LRB 01, LRB 06, SLS 08) ou sur l'assurance d'avoir obtenu la complétude du recueil de données (SLS 11).

Au niveau de la fonction d'infirmière, deux infirmiers-ières se questionnent à propos des difficultés de leur fonction au « tri » (LRB 06, SLS 09).

Le tableau n° 29, ci-dessous, récapitule les modalités d'élaboration de l'expérience à partir de l'émotion éprouvée dans la posture PCE 3. Il est réalisé à partir de l'analyse du modèle opératif de pensée de chaque professionnel disponible à l'annexe 20.

Tableau 29 : Modalités d'élaboration de l'expérience à partir d'une intuition éprouvée lors du tri

Posture « cognitivo-émotionnelle PCE 3 » de recherche de validation de l'intuition				
IOA	Posture d'apprentissage face à l'expérience		Posture d'apprentissage dans l'action de tri	
	Objets d'expérience déclarés	Moyens déclarés	Moyens utilisés au cours du tri	Savoirs élaborés dans l'après-coup du tri
LRB 01	- Les savoirs cliniques - Le diagnostic du médecin	- Auto-évaluation après-coup de la validité du tri	- Pèse le pour et le contre des différentes actions possibles - Remet en cause la décision du médecin	- Elabore un indicateur clinique
	- L'observation clinique	- Echange d'avis avec les collègues	- Retour réflexif sur son observation - Réfléchit sur son choix de tri	- Réfléchit à la difficulté de la fonction d'infirmière
SLS 08	- Son diagnostic - La confiance en soi	Echanges d'avis avec le médecin	- Réfléchit sur l'importance à donner à un signe - Cherche à comprendre les effets d'un neuro-paludisme sur la symptomatologie du patient	- Retour réflexif sur son diagnostic, ses connaissances cliniques - Réfléchit sur sa façon de réfléchir
SLS 09	- Les savoirs cliniques	- Examen après-coup des erreurs	- Retour réflexif sur son observation - Transforme son indicateur clinique en un théorème de tri	- Réfléchit sur son comportement : « parfois il faut lâcher prise de la réanimation et retourner au box de tri »
SLS 11	- Aucune description donnée	- Examen après-coup des erreurs	- Retour réflexif sur la complétude du recueil de signes gravité	- Se questionne sur une amélioration de son mode de tri
LRB 04	- Le diagnostic posé	- Echange d'avis avec les collègues	- Aucune	- S'auto évalue en comparant son hypothèse diagnostique avec celle du médecin
LRB 06	- Les pathologies	- Dans l'après-coup du tri compare son tri avec le devenir du patient	- Mobilise des indicateurs cliniques	- Autoévalue son comportement en situation d'urgence

4.5.3. L'apprentissage lors d'un étonnement

L'élaboration de l'expérience à partir d'un étonnement éprouvé lors du tri concerne huit professionnels sur les vingt enquêtés soit 40 % de la population. Elle a lieu au cours du « tri » et dans l'après-coup du « tri ». Elle est corrélée avec le type de posture « cognitivo-émotionnelle » adopté par cette catégorie de professionnels.

La mobilisation d'une pensée réflexive au cours du tri est retrouvée chez quatre professionnels sur les huit soit la moitié des professionnels classés dans cette catégorie. Chez les quatre autres professionnels, nous n'avons pas retrouvé de pensée réflexive dans l'action. Lorsqu'elle se produit au cours du tri, l'élaboration des savoirs porte essentiellement sur la conduite de l'enquête, le recueil des données et les choix possibles (SLS 06, LRB 05, LRB 10). Pour un professionnel, cette pensée dans l'action lui permet de construire un indicateur clinique (LRB 05). Pour un autre, il s'agit de réfléchir sur la régulation de son émotion (SLS 10).

Les savoirs sur lesquels porte l'élaboration de l'expérience mettent en relief l'importance accordée, dans la posture « cognitivo-émotionnelle » de type PCE 4, au raisonnement fondé sur l'objectivité accordée socialement aux savoirs médicaux liés à la physiopathologie, sur les savoirs cliniques qui sont par nature partagés avec le médecin. Une seule infirmière se démarque et mentionne que l'acquisition de son expérience porte sur la clinique infirmière. Il est à noter que cette professionnelle occupe des fonctions de formatrice au sein de la Société française de Médecine d'Urgence. Cette fonction supplémentaire lui procure des compétences supplémentaires, une certaine assurance et une reconnaissance particulière de son champ de savoirs lui permettant ce type de posture de connaissance.

Sept professionnels sur les huit élaborent leur l'expérience dans l'après-coup du tri. Cette réflexion vise à réfléchir à l'amélioration de son mode de raisonnement (SLS 06, LRB 07, LRB 10, SLS 10, SLS 12), le bien-fondé des actions conduites (LRB 05). Une infirmière cherche à savoir les raisons qui font que le médecin n'a pas diagnostiqué le mensonge du patient alors qu'elle a été capable de le faire (SLS 04), Elle porte également sur l'élaboration et la réélaboration de savoirs d'action comme un théorème en acte (SLS 06, LRB 05).

Le tableau n° 30 ci-dessous récapitule les modalités d'élaboration de l'expérience à partir de l'émotion éprouvée dans la posture PCE 4. Il est réalisé à partir de l'analyse du modèle opératif de pensée de chaque professionnel disponible à l'annexe 20

Tableau 30 : Modalités d'élaboration de l'expérience à partir d'un étonnement éprouvé lors du tri
Posture « cognitivo-émotionnelle PCE 4 » de recherche de preuves ou de cause

IAO	Posture d'apprentissage face à l'expérience		Posture d'apprentissage dans l'action de tri	
	Objets d'expérience	Moyens déclarés	Moyens utilisés au cours du tri	Savoirs élaborés dans l'après-coup du tri
SLS 06	- Les savoirs médicaux	- Echanges de savoirs avec le médecin	- Réfléchit à ce qu'elle peut dire à la patiente - Réfléchit au choix du niveau d'urgence	- Enquête sur sa façon de réfléchir - Revoit son théorème de tri antérieur - Énonce un nouveau théorème de tri
LRB 05	- Les pathologies - La conduite à tenir - L'observation	- Echanges d'avis avec le médecin - S'informer après-coup du devenir du patient	- Réfléchit aux choix possibles - Élabore un indicateur clinique	- Élabore un théorème en acte - Réfléchit sur le bien-fondé des actions conduites - Réfléchit sur l'organisation des préadmissions
SLS 10	- La clinique infirmière	- Faire des liens entre les faits et les symptômes	- Pensée réflexive dans l'action sur son émotion	- Pensée réflexive dans l'après-coup sur son empathie envers le patient
SLS 12	Les connaissances théoriques	- Faire des liens entre l'observation clinique et les connaissances théoriques	- Aucun	- Pensée réflexive dans l'après-coup sur la symptomatologie du patient, son mode d'enquête, son niveau de stress, sa relation avec le patient
LRB 07	- Les savoirs médicaux - Le diagnostic posé	- Auto-évaluation après-coup de la validé de son diagnostic et de son tri	- Aucun	- Réfléchit à sa pratique de l'examen et de l'entretien clinique - Réfléchit sur la nécessité d'écouter son ressenti, depousser la patiente à parler
LRB 10	- Les savoirs cliniques	- Non retrouvé	- Réfléchit aux hypothèses possibles - Retour réflexif sur son examen - Réfléchit à l'importance à accorder aux symptômes	- Se rassurer sur son mode de tri - Conclut à l'impossibilité de diagnostiquer une péricardite à l'interrogatoire et examen visuel du patient
SLS 03	- L'évaluation clinique du patient	- Tutorat par un pair - Echanges avec les collègues	- Aucun	- Aucun
SLS 04	- La physiopathologie - Les savoirs cliniques	- Examen après-coup de ses erreurs	- Retour réflexif sur son observation afin de confirmer l'indicateur observé	- Réfléchit à son comportement et à sa réussite dans la gestion de son émotion - Essaye de comprendre pourquoi le médecin n'a pas vu le mensonge du patient.

4.6. L'influence de la posture cognitivo-émotionnelle » sur la posture décisionnelle de l'infirmier-ière

Le type de posture décisionnelle prise par l'infirmier-ière pour procéder au « tri » est caractérisé en reliant le type de posture « cognitivo-émotionnelle » avec la nature du ressenti observé lors du tri, le mode et les modalités de raisonnement adopté, le résultat de l'enquête de tri et le type de décision prise (Grille d'analyse n° 9 annexe 14). Nous avons également relié ces données avec la situation clinique vécue afin d'appréhender l'influence du contexte clinique sur le raisonnement et la décision (Grille d'analyse n° 10, annexe 15). Certaines situations de tri peuvent relever de l'extrême urgence et nécessiter l'intervention immédiate du médecin ou bien la situation peut sortir fortement du champ de connaissances des infirmier-ières et nécessiter l'appel du médecin. Dans ce cas, la demande d'avis au médecin n'est pas imputable à la posture décisionnelle de l'infirmière mais à la situation clinique du patient.

Les résultats montrent que l'émotion est la catégorie de manifestation cognitive la plus difficile à gérer.

Ainsi, la posture « cognitivo-émotionnelle PCE 2 » qui cherche à réguler l'émotion conduit à une décision que nous qualifierons de "décision émotionnelle non fondée" ou à une absence de décision. Nous constatons qu'une régulation trop importante de l'émotion peut entraîner la non prise en compte des signes cliniques et entraîner une décision émotionnelle non fondée créatrice d'une erreur de « tri » importante (SLS 01)». La prise en compte entraîne la recherche d'une analogie qui conduit à une indécision (LRB 09, LRB 02) et la délégation de la décision au médecin.

La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 3 » visant à la confirmation de l'intuition conduit l'infirmier-ière à deux types de décision. La décision est liée aux modalités de cette recherche de confirmation. Soit le professionnel recherche un indicateur clinique ou un signe et sa réflexion dans l'action lui permet d'identifier un indicateur clinique. La décision est nommée "Décision intuitive fondée sur un indicateur clinique" pour cinq professionnels (LRB 01, LRB 04, LRB 06, SLS 08, SLS 09, un professionnel mobilise un théorème en acte SLS 08) et un autre une règle d'action (SLS 11). Dans un autre cas, le professionnel (LRB 04)

émet une hypothèse, utilise une règle d'action pour rechercher un signe mais n'en retrouve pas. Il demande la confirmation de sa décision au médecin.

La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 4 » visant à rechercher des preuves ou une cause à l'étonnement entraîne le professionnel à mobiliser un raisonnement hypothético-déductif qui s'appuie sur des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux et une pensée réflexive dans l'action. La décision est fondée sur un raisonnement hypothético-déductif et des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux. Nous la nommons : "Décision analytique fondée sur un étonnement validée par des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux"

Six infirmiers-ières sont dans cette catégorie (LRB 07, SLS 06, LRB 05, LRB 10, SLS 04, SLS 12). Par contre, parmi eux, pour deux professionnels (SLS 03, SLS 10) l'étonnement donne bien lieu à un raisonnement hypothético-déductif avec recherche de preuves mais le raisonnement ne permet pas de comprendre le problème ou de trouver une preuve à cet étonnement. Cette difficulté n'est pas liée à la posture mais au fait que la situation clinique sort du champ de connaissance de l'infirmier-ière. La décision de ces deux professionnels est catégorisée "Délégation de la décision au médecin ».

La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 1 » qui bloque volontairement toute manifestation cognitive d'émotion ou d'intuition entraîne le professionnel à utiliser un raisonnement hypothético-déductif. Il oriente prioritairement son enquête sur l'interrogatoire du patient et relègue l'observation du physique en second. Cette pratique et le mode de raisonnement permet l'obtention de preuves validant formellement l'hypothèse. La décision est fondée sur une procédure hypothético déductive établie sur des savoirs médicaux. Nous la nommons : « Décision analytique fondée sur des savoirs médicaux ».Trois infirmiers-ières sont dans ce cas (LRB 03, SLS 02, SLS 07).

Six postures décisionnelles sont identifiées.

Délégation de la décision au médecin	4 infirmiers-ières
Demande de contrôle décisionnel au médecin	1 infirmier-ière
Décision émotionnelle non fondée	1 infirmier-ière
Décision intuitive fondée sur un indicateur clinique.	5 infirmiers-ières
Décision analytique fondée sur un étonnement validée par des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux	6 infirmiers-ières
Décision analytique fondée sur des savoirs médicaux	3 infirmiers-ières

Le tableau n° 31 ci-dessus présente le détail des caractéristiques des types de posture décisionnelle dans la population enquêtée. Il est réalisé à partir de la grille d'analyse n° 9 : les déterminants de la posture décisionnelle présentée à l'annexe 17.

Tableau 31 : Les caractéristiques des types de posture décisionnelle dans la population

Posture décisionnelle	IAO	Posture cognitivo-émotionnelle (PCE)	Ressenti éprouvé	Mode de raisonnement	Résultat du tri
Délégation de la décision au médecin	LRB 09	PCE 2 Régulation de son émotion	Emotion de doute	Recherche d'analogie sans succès	Indécision
	LRB 02		Emotion de doute		Indécision
	SLS 03	PCE 4 Recherche de preuve ou d'une cause à l'étonnement	Etonnement	Raisonnement hypothético-déductif non opérant	Ne comprend pas le problème
	SLS 10			- Anticipe un risque	Absence de preuves
Demande de contrôle décisionnel au médecin	LRB 04	PCE 3 Recherche de validation de l'intuition	Intuition	Réalisation d'une analogie	Hypothèse non validée par manque de signes
Décision émotionnelle non fondée	SLS 01	PCE 2 Régulation de son émotion	Emotion d'inquiétude	Ne tient pas compte de son émotion Excès de confiance	Erreur de tri
Décision intuitive fondée une pensée réflexive	LRB 01 LRB 06 SLS 08 SLS 09 SLS 11	PCE 3 Recherche de validation de l'intuition	Intuition	Réalisation d'une analogie Pensée réflexive	Diagnostic intuitif validé par un indicateur clinique
Décision fondée sur une pensée réflexive, des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux	LRB 05 SLS 06 LRB 07 LRB 10 SLS 04 SLS 12	PCE 4 Recherche de preuve ou d'une cause à l'étonnement	Etonnement	Raisonnement hypothético-déductif Pensée réflexive	-Diagnostic validé par des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux
Décision fondée sur une procédure d'enquête hypothético-déductive fondée sur des savoirs médicaux	LRB 03 SLS 02 SLS 07	PCE 1 Recherche de preuve ou d'une cause à l'étonnement	Pas de « ressenti »	Raisonnement hypothético-déductif	Obtention de preuves validant formellement le diagnostic

Seconde Section
Quatrième partie
Interprétation et discussion

Quatrième partie : Interprétation des résultats

Introduction

Ce chapitre est l'occasion de réexaminer, à l'aune des résultats obtenus, l'origine de notre objet de recherche et le contexte de son observation, les choix épistémologiques, théoriques qui ont animé et éclairé la construction de notre problématique et la méthodologie qui a instrumenté la recherche empirique.

Puis, nous évaluons la pertinence de la problématique et du dispositif méthodologique qui a permis de répondre à la question du rôle de l'expérience sur le mode de raisonnement et sur le « ressenti » mais aussi d'obtenir de nouvelles connaissances sur l'objet. Nous comparons les résultats obtenus avec les résultats attendus et interprétons les écarts et les limites de ce travail.

Dans un deuxième temps, nous partageons les nouvelles connaissances empiriques relatives au rôle de l'expérience sur le mode et les modalités de raisonnement et le contrôle de l'intuition et de l'émotion y intervenant. Nous présentons les caractéristiques du « ressenti » à partir du point de vue des infirmiers-ières et des observations réalisées en situation de prise de décision et nous discutons des phénomènes de confiance qui l'entourent et de leurs conséquences sur le raisonnement et la prise de décision.

Chapitre 1 : Retour sur la démarche de recherche

Dans cette recherche, nous nous sommes interrogée plus spécifiquement sur le rôle occupé par l'expérience dans le raisonnement et la décision de l'infirmier-ière et dans la gestion du « ressenti » pouvant y intervenir. Nous proposons de remettre en lumière le contexte, les choix épistémologiques.

Cette interrogation a une origine épistémologique triple : celle de comprendre en quoi l'expérience influence l'élaboration du jugement clinique de l'infirmière, celle de découvrir comment l'expérience peut réguler le « ressenti » y intervenant, celle d'identifier les caractéristiques du « ressenti » et son éventuelle similitude avec les phénomènes cognitifs d'intuition ou d'émotion.

Lors de la recherche du rôle de l'expérience sur d'une part, le raisonnement conduit pour prendre une décision de soins pour un patient en situation d'urgence et d'autre part ; sur le contrôle de l'intuition et de l'émotion y intervenant, nous avons été confronté à deux difficultés.

Premièrement, il nous a été nécessaire de chercher à matérialiser l'expérience pour pouvoir l'observer en tant qu'élément agissant sur le raisonnement du professionnel et ce, de façon explicite et implicite. Deuxièmement, il a été indispensable de mettre en objet le « ressenti » éprouvé par les infirmiers-ières au cours de l'activité clinique.

Ce travail a été rendu possible en élaborant un cadre théorique multiréférentiel reliant les travaux de Dewey (2004) qui conçoit l'expérience comme un processus de connaissance implicite et explicite selon qu'elle s'élabore de façon passive ou active avec les travaux de Pastré (2011) qui montrent la manière dont les savoirs professionnels issus de l'expérience se manifestent dans le raisonnement d'un professionnel et l'influencent. De plus, les travaux de Kahneman (2016) sur le rôle cognitif de l'intuition et ceux de Livet (2009) et Rimé (2002) sur le rôle cognitif de l'émotion nous ont permis de mettre en objet le « ressenti » en tant qu'« éprouvé » cognitif et émotionnel semblable aux phénomènes cognitifs d'intuition et d'émotion.

Nous avons ainsi centré notre problématique sur l'étude du rôle de la posture de connaissance face à l'expérience sur le raisonnement en vue de prendre une décision et à émettre l'hypothèse de son rôle sur le contrôle de l'intuition et de l'émotion et sur les modalités de raisonnement conduisant à la décision. Cette hypothèse et les hypothèses secondaires qui en découlent, nous ont engagée à caractériser empiriquement le « ressenti » afin de nous assurer de la pertinence de sa mise en objet et de vérifier s'il pouvait effectivement être considéré comme une intuition ou comme une émotion éprouvées lors de l'interaction avec le patient et agissant sur le mode de raisonnement de l'infirmier-ière.

L'adoption d'une épistémè constructiviste et l'orientation de notre problématique nous a engagée à observer et à analyser qualitativement le processus décisionnel en mobilisant le paradigme « d'activité » (Barbier, 2011), les outils de recueil proposés par l'approche psycho-phénoménologique des processus cognitifs humains de Vermersch (2010,2018) et les outils de l'analyse de l'activité cognitive d'un professionnel en situation de travail proposés par Pastré (2011) dans le champ de la didactique professionnelle.

Chapitre 2 : Pertinence de la problématique et du dispositif méthodologique

Le champ de l'observation empirique retenu est celui de la pratique du raisonnement clinique de l'infirmière d'orientation et d'accueil des urgences hospitalières. Le choix de ce contexte d'observation est lié au fait que nous sommes persuadée que la nécessité de prendre une décision rapidement offre l'opportunité d'observer un mode de raisonnement plus intuitif permettant d'appréhender la nature du « ressenti ». Le choix de ce champ de pratique est aussi lié au fait que l'expérience est une condition nécessaire pour exercer l'activité clinique de « tri ». En outre, bien que spécifique, l'activité clinique de ces infirmier-ières fait partie du rôle propre dévolu socio-légalement à toute infirmier-ière, ce qui permet d'envisager une généralisation des résultats à l'ensemble de la population infirmière exerçant en soins généraux à l'hôpital. Ce contexte a permis d'observer l'infirmier-ière dans une posture de clinicienne qui diagnostique les problèmes de santé des patients et qui décide du niveau d'urgence.

Nous avons pensé l'expérience en tant que processus de connaissance actif ou passif et comme résultat implicite et explicite de ce processus. Cette approche a rendu possible l'observation des interactions entre ces deux modes d'expérience et leurs effets sur le raisonnement et la prise de décision. Le dispositif méthodologique construit nous a permis de mettre en lien deux sources de données et de pouvoir les trianguler. Nous avons ainsi d'une part, reconstruit chronologiquement l'activité décisionnelle du professionnel et identifié en son sein, le mode, les modalités du raisonnement mobilisé dans le feu de l'action, les savoirs mobilisés, les buts poursuivis. D'autre part, nous avons identifié, en amont, la posture de connaissance du professionnel face à l'expérience. Cette manière de procéder était-elle adéquate ?

Les résultats obtenus nous permettent de considérer que cette mise en équation et en lien est efficace pour répondre à la question de recherche et pour valider les hypothèses posées. L'utilisation du paradigme de l'analyse de l'activité, pour observer le processus décisionnel qui se déroule lors de l'action de « tri », enrichit la phase hypothético-déductive de la recherche d'une phase inductive qui permet d'aller au-delà des résultats attendus.

Nous avons découvert ainsi l'existence d'une posture cognitivo-émotionnelle » qui, dans l'instant de l'action, face au vécu cognitif et/ou émotionnel permet au professionnel d'agir pour contrôler son « ressenti » qui, selon le cas, est une intuition, ou une émotion ou un étonnement, forme particulière d'émotion.

La triangulation des données issues des deux modes de recueil et d'analyse utilisés pour caractériser empiriquement la nature du « ressenti », confirme qu'il est possible de l'assimiler à une intuition ou une émotion. Elle nous permet également, de vérifier la reproductibilité du codage des données relatives à l'identification d'une émotion, d'une intuition ou d'un étonnement. De plus, le constat de la cohérence entre la description faite par l'infirmier-ière et la manifestation observée en situation de « tri » confirme notre objectivité de chercheur. Elle indique que notre posture de chercheur est restée neutre lors de la conduite des entretiens semi-directifs et des entretiens d'explicitation et qu'elle n'a pas induit les réponses. L'analyse des données recueillies au travers des deux modes de recueil de données visant à caractériser la posture de connaissance face à l'expérience ne conduit pas au même résultat. Cependant ces résultats ne se contredisent pas mais ils se complètent. Ils montrent que l'expérience est un processus continu d'élaboration ou de réélaboration des connaissances à partir du vécu de l'action et dans l'action. Lors des entretiens d'explicitation, nous avons, en quelque sorte assisté en direct, au processus d'élaboration de l'expérience et à la procédure particulière adoptée par le professionnel pour apprendre de l'expérience.

Chapitre 3 : Connaissances apportées

Cette recherche a produit trois types de résultats. Ces résultats sont liés à l'approche théorique « multiréférentielle » utilisée et à la construction du cadre méthodologique qui permet d'étudier les cinq phénomènes humains inter reliés que sont le raisonnement pour la décision et l'action, l'expérience, l'intuition, les émotions et le « ressenti » à partir d'une démarche de recherche hypothético-déductive comportant un moment constructiviste.

Quand bien même l'observation empirique réalisée est indirecte, les résultats obtenus nous permettent d'une part, de constater que l'expérience clinique occupe une place majeure et duale dans le raisonnement conduisant à la prise de décision de l'infirmier-ière.

Notre recherche montre ainsi que l'expérience implicite et explicite occupe une place prépondérante dans le raisonnement conduisant à la prise de décision de l'infirmier-ière et qu'elle joue un rôle majeur sur le contrôle du « ressenti » éprouvé dans l'activité clinique avec le patient.

L'expérience élaborée de façon passive fait effraction lors de l'activité de tri sous la forme d'un « ressenti ». Ce « ressenti » se manifeste sous la forme d'une intuition, d'une émotion de doute ou d'inquiétude, d'un étonnement. Selon la nature du « ressenti », celui-ci est éprouvé par l'infirmier-ière à un moment différent du processus de raisonnement et influence le mode de raisonnement de l'infirmier-ière si il-elle n'y prend pas garde. Il peut aussi ne pas se manifester ; le professionnel adoptant une posture de blocage.

L'expérience élaborée explicitement se manifeste sous la forme de savoirs de nature différente mais aussi d'usages différents. Deux grandes catégories de savoirs ont été identifiées. Il s'agit d'une part, de savoirs cliniques, ils prennent la forme d'indicateurs cliniques, utiles à l'évaluation clinique de l'état de santé du patient. Ces savoirs peuvent être considérés comme des savoirs cliniques infirmiers. D'autre part, l'autre catégorie de savoirs élaborés est constituée de savoirs d'actions. Ceux-ci se manifestent par l'énonciation de règles d'action et de théorèmes en acte guidant la conduite de l'enquête clinique ou bien, la conduite émotionnelle ou cognitive du professionnel face au « ressenti » éprouvé, ou bien encore guident son action.

Le rôle actif de l'expérience en tant que processus humain d'élaboration de connaissance, en perpétuel mouvement, se manifeste par l'entremise d'une posture active de connaissance que le professionnel adopte face à l'expérience vécue en situation. Cette posture active de connaissance nous la nommons : posture « cognitivo-émotionnelle » de connaissance face à l'expérience vécue. Cette posture engage l'infirmier-ière à réguler l'émotion ou l'intuition qu'il-elle éprouve lors de l'activité clinique en recherchant des preuves. Elle permet aussi l'élaboration ou la réélaboration de savoirs d'action ou de savoirs cliniques dont certains peuvent être considérés comme des savoirs infirmiers. Certains infirmiers-ières adoptent une posture de blocage complet de leur « ressenti » et adoptent, pour ce faire, une procédure d'entretien particulière avec le patient.

Plusieurs phénomènes ont été mis à jour.

La posture de connaissance établie grâce aux expériences vécues est à l'origine de l'élaboration d'une part, de savoirs d'action explicites composés d'indicateurs cliniques, de règles d'action de tri, de théorèmes pour trier. D'autre part, elle entraîne, à des degrés divers, l'élaboration de savoirs implicites. Ces savoirs font effraction dans la pensée, à l'observation physique du patient et s'expriment, au professionnel, sous la forme d'un « ressenti » qui est une émotion, ou une intuition, ou un étonnement. Selon sa nature, ce « ressenti » se manifeste à un moment différent de l'activité de « tri ». Cette manifestation influence positivement ou négativement le mode de raisonnement. Cependant, au cours de ses différentes expériences de « tri », l'infirmier-ière se forge une posture de connaissance face à l'expérience.

Nous avons identifié, dans un premier temps, grâce aux déclarations des infirmiers-ières, trois postures de connaissance face à l'expérience. Nous avons réalisé une typologie de ces postures de connaissance face à l'expérience.

- P1 est la posture de confiance envers son éprouvé émotionnel ou intuitif et envers son expérience.
- P2 est la posture de méfiance en son éprouvé émotionnel ou intuitif et de confiance en son expérience
- P3 est la posture de méfiance envers son éprouvé intuitif ou cognitif et son expérience

Or, les résultats de recherche montrent que la représentation que l'infirmier-ière se fait de son « ressenti » et de son expérience et de leur valeur respective, et à laquelle nous avons accédé dans les entretiens semi-directifs est différente de celle qu'il-elle adopte en situation de « tri ». Ces résultats montrent que, dans l'action, l'infirmier-ière met en place un contrôle cognitif du « ressenti » éprouvé » mais aussi qu'il y a une différence entre ce que fait une personne et ce qu'elle croit faire ; l'action influençant le raisonnement et la décision.

Nous nommons cette posture : « posture cognitivo-émotionnelle » car d'une part, elle régule ou supprime les manifestations émotionnelles ou cognitives de savoirs implicites faisant effraction de façon automatique dans la décision. D'autre part, elle influence le mode, les modalités de raisonnement et les modalités d'action conduisant à la décision ; créant une posture décisionnelle particulière. De plus, elle influence le continuum du processus d'expérience en ayant un effet sur la réélaboration des savoirs existants, ou la création de savoirs nouveaux.

La posture « cognitivo-émotionnelle » est la traduction dans l'action, de la représentation que se fait l'infirmier-ière de sa volonté d'agir sur son processus cognitif et de la valeur donnée à son « ressenti » et d'apprendre du vécu de son expérience, posture que nous avons établie grâce aux significations qu'ils-elles nous ont communiqué. Cette « posture cognitivo-émotionnelle » vise à éviter de faire, dans le feu de l'action, une erreur de jugement ou de prendre une décision hâtive.

Cette posture « cognitivo-émotionnelle » agit à trois niveaux de la décision. D'une part, elle permet l'usage des savoirs d'action dans le raisonnement, leur élaboration ou réélaboration au cours de la décision. D'autre part, elle régule ou non les effets d'une des trois formes de manifestations de savoirs implicites que sont l'émotion, l'intuition ou l'étonnement ou inhibe toute manifestation de cette sorte. En conséquence, elle génère un mode et des modalités de raisonnement. Enfin, elle influence le mode et les modalités de prise de décision.

Quatre catégories de posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue sont identifiées : selon le cas, la posture empêche toute utilisation d'émotion ou d'intuition éprouvées, soit elle tient-pour-vrai l'émotion et/ ou l'intuition ressenties et s'en sert de preuves, soit elle enclenche l'exploration de l'intuition ou de l'étonnement éprouvé afin d'en vérifier la véracité.

La posture « cognitivo-émotionnelle » génère un mode et des modalités de raisonnement.

Elle s'exprime à travers l'utilisation d'un raisonnement fondé sur l'analogie et aboutit ou non à la réalisation d'une hypothèse ou d'un diagnostic analogique. Elle s'exprime aussi par la mise en œuvre d'un raisonnement hypothético-déductif qui s'appuie ou non sur une pensée réflexive. Lorsqu'elle s'appuie sur l'adoption d'une réflexion dans l'action sur l'action cela a pour effet de transformer l'intuition ou l'étonnement ressentis en indicateur de gravité ou en indicateur clinique significatif d'une pathologie éventuelle. Le type de posture adoptée peut bloquer toute manifestation d'émotion, d'intuition et d'étonnement, le raisonnement conduit est alors hypothético-déductif. Il s'appuie alors, uniquement sur des savoirs médicaux référencés et s'apparente au modèle de raisonnement médical.

Cinq types de posture « cognitivo-émotionnelles » sont identifiées.

- La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 1 », bloque toute manifestation d'émotion, ou d'intuition ou d'étonnement lors du tri
- La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 2 », engage l'infirmier-ière à réguler son émotion afin d'éviter une erreur de tri
- La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 3 », engage l'infirmier-ière à rechercher la validation de son intuition
- La posture « cognitivo-émotionnelle PCE 4 », engage l'infirmier-ière à rechercher des preuves ou une cause à son étonnement

Au cours du tri, si la pensée réflexive menée sert à réguler le ressenti, elle permet aussi l'élaboration ou la réélaboration de savoirs d'action ou de savoirs cliniques dont certains peuvent être considérés comme des savoirs infirmiers. Ceux-ci servent d'indicateurs

cliniques, de règles d'action de « tri », de règle de comportement et de gestion des émotions, de théorèmes permettant de trier. Une réflexion dans l'après-coup de l'action peut être également conduite. Dans ce cas, cette réflexion permet de « faire expérience » à partir de la situation vécue en facilitant la réélaboration de certains savoirs invalidant les savoirs antérieurs ou en produisant un savoir nouveau, en réfléchissant à son comportement dans l'action ou à son rôle.

Du fait que la posture « cognitivo-émotionnelle » agit sur le contrôle de l'émotion ou de l'intuition et sur le mode et les modalités de raisonnement, elle entraîne la mise en place de modalités décisionnelles particulières qui caractérisant un type de posture décisionnelle.

Six postures décisionnelles sont identifiées.

- Délégation de la décision au médecin
- Demande de contrôle décisionnel au médecin
- Décision émotionnelle non fondée
- Décision analogique intuitive validée par des indicateurs cliniques.
- Décision analytique sur un étonnement validé par des indicateurs cliniques et des savoirs médicaux
- Décision hypothético-déductive, absente de « ressenti », fondée sur des savoirs médicaux.

Conclusion

Conclusion

Les résultats de cette recherche montrent que l'expérience implicite et explicite occupe une place prépondérante dans le raisonnement conduisant à la prise de décision de l'infirmier-ière et jouent un rôle majeur sur le contrôle du « ressenti » éprouvé dans l'activité clinique avec le patient.

Dans l'activité de « tri » conduisant à la prise de décision clinique, l'infirmier-ière met en place le contrôle cognitif de son « ressenti » en adoptant une « posture cognitivo-émotionnelle » d'action face à ce « ressenti ». En effet, d'une part, cette posture d'action agit sur les manifestations émotionnelles ou cognitives de savoirs implicites faisant effraction de façon automatique dans la décision. D'autre part, elle influence le mode, les modalités de raisonnement et les modalités d'action conduisant à la décision, créant une posture décisionnelle particulière. De plus, elle influence le continuum du processus d'expérience en ayant un effet sur la réélaboration des savoirs existants, ou la création de savoirs nouveaux.

Ainsi ces résultats nous autorisent à faire six propositions théoriques sur le rôle de la posture « cognitivo-émotionnelle » adoptée dans l'activité décisionnelle et d'ouvrir des perspectives d'utilisation de ses résultats dans la formation initiale des infirmiers-ières et dans l'exercice professionnel des infirmiers-ières.

En nous rapportant aux travaux de Dewey (2004) sur le processus actif ou passif d'élaboration et de mobilisation de l'expérience, nous avons observé la place et le rôle occupé par l'expérience explicite par l'intermédiaire de l'étude de la composition et des effets de la posture de connaissance établie face à l'expérience.

L'analyse de l'activité clinique décisionnelle de « tri », nous a permis de constater que les médecins et les infirmiers-ières de ces deux centres d'accueil de l'urgence, possèdent une structure conceptuelle commune de l'urgence et du tri qui permet l'établissement de la confiance entre infirmier-ières et médecins, de coopérer en faisant « œuvre commune » (Dejours, 1993, p.1) et en créant un climat d'apprentissage collaboratif de médecin à infirmière et entre infirmières (Henri et Lundgren-Cayrol, 2001).

Elle nous a permis d'examiner l'action des infirmiers-ières en train de s'accomplir dans le feu de l'action des urgences et d'identifier les différences existantes entre le travail prescrit par l'institution et celui représenté par le professionnel, les actions réellement effectuées et l'existence de posture d'action. En effet, cette approche méthodologique nous a permis de découvrir que la posture de connaissance face à l'expérience se traduit dans l'activité de « tri » par la mobilisation d'une posture de connaissance dans l'action que nous avons dénommée posture « cognitivo-émotionnelle ». Nos travaux confirment que l'action joue un rôle sur la cognition et la décision.

Nous constatons que la volonté d'apprendre de l'expérience et les modalités déclarées d'apprentissage à partir des différentes expériences vécues concordent avec celles mises en œuvre dans l'activité décisionnelle. Ces résultats corroborent l'importance de l'adoption d'une posture active de connaissance telle que les travaux de Dewey le prouvent.

Par contre, la découverte de l'existence d'une posture « cognitivo-émotionnelle » dans l'action apporte des éléments théoriques supplémentaires sur l'élaboration du processus d'expérience et la mobilisation de l'expérience mais aussi sur la prise de décision.

Donc, nous pouvons faire six propositions sur la posture « cognitivo-émotionnelle » quant à ses effets sur le mode, les modalités de raisonnement et la décision, sur son rôle dans l'élaboration de savoirs cliniques infirmiers et de savoirs d'action à partir du « ressenti » éprouvé dans l'action et du fait de celle-ci.

Premièrement, la perception du visage, du corps ou du comportement du patient est un déclencheur de manifestations cognitives et émotionnelles de savoirs issus de l'expérience. La synthèse des analyses individuelles des modèle opératifs de pensée des infirmiers-ières montre que pour la plupart d'entre eux, l'observation du visage, du corps et du comportement

du patient est première et donne lieu au déclenchement d'une manifestation automatique de pensée prenant, selon le cas, la forme d'une émotion, ou d'une intuition ou d'un étonnement. Dans quelques rares cas, cette manifestation ne se déclenche pas. L'infirmier-ière débute d'emblée l'enquête par l'interrogatoire du patient, l'examen physique est fait dans un deuxième temps, ce qui peut avoir pour effet d'empêcher la production de toute manifestation de cet ordre.

Deuxièmement, la posture de connaissance est un inducteur d'émotion, d'intuition ou d'étonnement. Nous avons constaté que le type de manifestation cognitivo-émotionnelle éprouvé par l'infirmier-ière face à la situation clinique vécue est induit par les caractéristiques de la posture de connaissance qui est établie grâce aux expériences positives ou négatives antérieures. Il est à noter que parfois, la posture de connaissance de certains professionnels bloque toute manifestation de cet ordre. Ces manifestations sont l'émotion, l'intuition ou l'étonnement.

Troisièmement, la posture « cognitivo-émotionnelle » est un régulateur de l'éprouvé émotionnel et/ ou cognitif vécu lors de l'action. Les résultats montrent que la régulation cognitive et le mode de régulation mis en œuvre est fonction de la posture de connaissance face à l'éprouvé cognitivo-émotionnel, adoptée dans l'action prise et que celle-ci dépend de la posture de connaissance établie au cours des expériences passées. Cette posture d'action engage le professionnel à agir cognitivement pour supprimer l'éprouvé vécu négativement ou à l'utiliser dans son raisonnement comme une preuve ou un argument. Ce phénomène nous engage à nommer cette posture d'action : posture « cognitivo-émotionnelle ».

Quatrièmement, la posture cognitivo-émotionnelle est un inducteur de pensée réflexive et de mobilisation de savoirs issus de l'expérience. La régulation cognitive est effectuée par la mobilisation d'une réflexion dans l'action à propos de l'enquête conduite. Cette réflexion se produit parce que le professionnel mobilise, volontairement, un indicateur clinique, une règle de tri ou de conduite personnelle, un théorème pour trier.

Cinquièmement, la posture « cognitivo-émotionnelle » est un créateur de posture décisionnelle. La posture « cognitivo-émotionnelle » génère un mode et des modalités de raisonnement et des modalités décisionnelles. Ces dernières sont en rapport à la fois avec le niveau de confiance établi face à l'éprouvé « cognitivo émotionnel » et avec les types de savoirs détenus et mobilisés ; créant une posture décisionnelle particulière. La décision se fonde selon le cas, sur l'application d'une enquête procédurale, la recherche infructueuse d'une analogie, la mobilisation d'un raisonnement analogique ou hypothético-déductif. Parfois, la décision ne peut être prise et la demande d'avis du médecin est la seule voie possible.

Sixièmement, la posture « cognitivo-émotionnelle » : un créateur d'apprentissage à partir de l'éprouvé vécu dans l'action. Au cours de l'action, certains professionnels élaborent des savoirs d'action nouveaux ou les réélaborent. Ces savoirs d'action prennent la forme, selon l'objet de la pensée réflexive menée au cours de l'activité, d'indicateurs cliniques, de règles de tri, de règle de comportement, de théorèmes de tri ou de théorème comportementaux.

Le « ressenti » décrit par les infirmiers-ières et le « ressenti » éprouvé par l'infirmière lors de l'activité décisionnelle de « tri » est de même nature. Il peut être caractérisé comme de l'intuition ou de l'émotion négative ou positive.

La conclusion de ce travail de recherche est l'occasion de relire à l'aune des résultats obtenus, les enjeux de la connaissance des modes d'élaboration et de mobilisation de l'expérience clinique et d'ouvrir des perspectives d'utilisation de ces résultats dans l'exercice professionnel des infirmiers-ières. Il est donc possible de faciliter la formalisation des savoirs issus de la pratique clinique à partir du développement d'une pensée réflexive dans différents espace-temps et notamment celui de l'entretien clinique avec le patient.

Dans le champ de l'exercice professionnel de l'infirmier-ière, la connaissance des modes d'élaboration et de mobilisation de l'expérience clinique, de leurs effets sur la nature des savoirs élaborés et sur le mode de raisonnement clinique des infirmiers-ières représente un enjeu, socio-professionnel et épistémologique, majeur face aux exigences de qualité des soins offerts à la population, à la mise en place, la rentrée universitaire de cette année, d'un Master d'infirmière de pratique avancée (Ministère des solidarités et de la santé, Décret no 2018-629, 2018). Cette connaissance est aussi utile à l'évolution de la dynamique de construction et de reconnaissance des savoirs cliniques issus de la pratique infirmière mais aussi, à l'ouverture prochaine, en France, d'un champ disciplinaire aux infirmières. Cet enjeu de connaissance est d'autant plus prégnant que les infirmier-ières construisent, pour une grande part, leurs savoirs cliniques à partir de l'activité clinique réalisée auprès des patients et, ce ; assez souvent de façon informelle. Ce mode de construction de savoirs à partir de l'expérience a des effets sur le mode de mobilisation de ces savoirs entraînant parfois pour certaines infirmiers-ières des difficultés à argumenter leur jugement clinique et à se référer en cas de besoin à leur « ressenti ».

En nous reportant aux travaux de (Roquet,2018) sur les temporalités formatives et professionnelles, nous pouvons dire que l'élaboration de l'expérience clinique et ses conséquences en terme de construction de savoir infirmier, telle que nous l'avons observée, pratiquée par la population d'infirmiers-ières, sont aux prises avec différentes temporalités qui pour reprendre, les termes de l'auteur, s'articulent, s'enchevêtrent ou parfois s'opposent mais peuvent aussi stagner, se stabiliser, s'accélérer, se segmenter.

De plus, l'ensemble des travaux de Roquet (2007, 2010, 2012, 2013, 2018) sur les temporalités dans les activités formatives et professionnelles, nous donnent motif à penser l'élaboration de l'expérience en terme d'espace-temps où s'enchevêtrent trois formes kairologique d'expériences du temps (Roquet, 2010) : l'expérience « micro » temporelle vécue par l'individu et, propre à lui, est prise dans les rets de la temporalité « macro » de l'expérience sociale et dans la temporalité « méso » de l'expérience collective institutionnalisée et organisée (Roquet, 2010).

Pour les infirmières, nous repérons d'une part, la temporalité longue de la reconnaissance interne et externe de l'activité professionnelle relative à la pratique clinique et à sa professionnalisation laquelle est liée à l'élaboration et à la reconnaissance et des savoirs infirmiers, et d'autre part ; la temporalité de l'expérience. En ce qui concerne l'expérience, cette temporalité est duale. Nos résultats de recherche montrent que ce temps peut être court et ne se mesure pas à l'aune des années d'ancienneté. Le temps de l'élaboration de l'expérience est fonction de l'espace que laisse l'infirmier-ière à l'éprouvé émotionnel ou cognitif vécu dans l'interaction avec le patient ; cette ouverture d'espace étant liée au type de posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue.

Ainsi, du fait de leur nature, l'acquisition des savoirs cliniques de l'infirmier-ière et leur mobilisation dans une activité clinique différente du médecin, néanmoins complémentaire, ainsi que leur professionnalisation sont aux prises avec différents espace-temps ; celui de la formation initiale, celui de la formation continue, celui de l'élaboration de l'expérience à partir de situations cliniques vécues avec des patients. A cela s'ajoute, pour l'infirmière chargée de l'organisation et de l'accueil de l'urgence, l'influence du temps court de l'urgence qui implique la capacité de comprendre vite le problème du patient, de décider au plus vite de l'urgence de soins sans faire d'erreur et, qui suppose aussi d'apprendre dans un court espace-temps.

Nos résultats montrent aussi que le partage de l'activité clinique entre le médecin et l'infirmier-ière entraîne un élargissement du champ de savoirs et de compétences de l'infirmier-ière, créant une rupture avec la temporalité « macro » sociétale qui, elle, n'offre pas la possibilité d'émancipation et de reconnaissance du savoir infirmier. Ces disjonctions de temporalités placent ainsi le professionnel devant une alternative de stabilisation conforme au modèle de rôle légal ou d'émancipation dont le type de posture de connaissance face à l'expérience peut être un indicateur.

En nous référant à la notion « kairologique » du temps décrite par Roquet (2010), nos résultats montrent que le temps court de l'urgence n'est pas un frein à l'élaboration de savoirs à partir de la clinique avec le patient mais que cette élaboration dépend plutôt de la posture adoptée dans l'espace-temps avec le patient.

En effet, ils dévoilent que la posture « cognitivo-émotionnelle » qu'adopte l'infirmière face à l'expérience vécue facilite l'élaboration de l'expérience dans une temporalité courte, voire fugace qui enchevêtre les savoirs précédemment acquis avec la gestion des aspects émotionnel, intuitif, réflexif de la pensée dans l'espace-temps de l'entretien clinique avec le patient.

De ce fait, le repérage du type de posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue peut être une aide pour mettre en place des temporalités d'apprentissage par l'expérience. Cette identification facilite la compréhension et la gestion des blocages émotionnels, cognitifs liés à l'apprentissage à partir du vécu éprouvé par le professionnel ou l'étudiant dans l'interaction avec le patient.

Il existe actuellement en formation initiale des ateliers d'analyse de pratique permettant l'élaboration d'une pensée réflexive. Ces moments d'apprentissage s'attachent à faire décrire aux étudiants leurs vécus de stage et visent à permettre l'élaboration d'une pensée réflexive. Or, si nous nous référons aux travaux de Dewey (2004), l'élaboration d'une pensée réflexive est liée à l'adoption d'une posture active de connaissance et passe par la gestion des émotions éprouvées. Ainsi, le dispositif d'analyse de pratique proposé en formation initiale ne peut permettre à l'étudiant d'élaborer des savoirs que s'il est conçu pour que l'étudiant puisse donner du sens à son éprouvé émotionnel, conatif et cognitif mais aussi que si l'étudiant est en capacité d'éprouver des émotions et de les communiquer à une autre personne, en l'occurrence le formateur et si, en retour, le formateur est en capacité de repérer et de gérer de tels blocages. Cela suppose également l'adoption d'une posture d'accompagnateur que Vial (2007) a dénommé posture de « passeur ».

Nos résultats de recherche montrent que l'identification de la posture adoptée par l'étudiant face aux différents vécus de stage pourrait être une aide, d'une part pour repérer la capacité de l'individu à dépasser les blocages émotionnels, conatifs et cognitifs vécus et à les utiliser pour élaborer des savoirs ou réélaborer ceux qu'il possède. D'autre part, l'identification de la posture de connaissance face à l'expérience pourrait permettre d'établir des objectifs d'apprentissage centrés, selon les besoins de l'étudiant, sur la gestion des émotions ou des processus cognitifs intuitifs, logiques ou réflexifs.

Par contre, sur les lieux d'exercice professionnel, le repérage de la posture de connaissance que l'infirmier-ière adopte face à l'expérience, couplé avec la mise en place de lieu d'expression et de construction de savoirs à partir de l'expérience clinique vécue permettrait la formalisation des savoirs tacites mobilisés. Au-delà, la mise en place d'un tel dispositif d'échange et de transfert des connaissances motiverait les professionnels à effectuer des soins fondés sur des éléments probants issus de la recherche infirmière ou à entrer dans des processus de recherche scientifique.

Références

Abernathy, C. Hamm, R.M.. (1995). *Surgical intuition: what it is and how to get it*. Philadelphia: Hanley & Belfus/Mosby.

Agor, W.H. (1986). *Business Horizons*, 29 (1),49-53.

Amed Farah, D. *Savoir et pouvoir dans le contexte de Djibouti : des configurations éducatives ente constructions de savoirs et relations de pouvoir*. Thèse en Sciences de l'Education, Formation des adultes. CNAM, 11 septembre 2018. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01941729/document>

Andersson, A.K., Omberg M., Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department-a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11 (3), 136-45.

Archimède. *Le Traité des corps flottants*. (1891). (A. Legrand trad.) Journal de Physique théorique et appliquée, 2^e série, Paris : Gauthier-Villars et fils du bureau des longitudes de l'Ecole polytechnique. Récupéré à http://data.bnf.fr/12190006/archimede_des_corps_flottants/ Lire la suite: <http://www.proftnj.com/archimed.htm#ixzz44macR4Rz>

Ardoino, J. (1986) L'analyse multiréférentielle. Communication. Repéré à http://probo.free.fr/textes_amis/analyse_multireferentielle_j_ardoino.pdf

Ardoino, J. (1990). Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant. Dans J. Ardoino, G. Berger (dir.). *Les nouvelles formes de la recherche en éducation* (p. 22-30). Paris, France : Matrice Andsha.

Ardoino, J. (1993). L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Formation permanente*, 25-26,1-13 Repéré à <http://www.arianesud.com/content/download/779/3076/file/ARDOINO%20approche%20multireferentielle%20educatives%20et%20formatives%201993.pdf>

Aristote (2000). *Organon. IV .Les seconds analytiques*. (J. Tricot trad.). Paris : Librairie Philosophique Vrin. Œuvre originale publiée en 1936.

Bachelard, G. (1971). *La formation de l'esprit scientifique*, Paris : Vrin.

Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 262,263–286.

Barbier, J.M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Barbier, J.M. (2009). Voies pour la recherche en formation. *Education et didactique*, 3, (3) ,120-129. DOI: [10.4000/educationdidactique.588](https://doi.org/10.4000/educationdidactique.588)

Barbier, J.M. (2011). *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (3ed.). Paris : Presses Universitaires de France.

Barbier, J.M. (2011 b). *Vocabulaire d'analyses des activités*. Paris : Presses Universitaires de France.

Barbier, M. Durand (dir.). (2013). *Expérience, activité, apprentissage* (p.13-38). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Bardin, L. (1997). *Analyse de contenu*. Paris. France : Presses Universitaires de France.

Bardin, L. (2012). *Analyse de contenu*. Paris. France : Presses Universitaires de France.

Barnard, C.I. (1968), *The Functions of the Executive*. Harvard University Press, Cambridge, MA: Harvard University Press. (originally published 1938).

Bechara, A., Damasio, H., et Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*. 10(3), 295–307

Bechara, A., Damasio, A., Tranel, D. (2005). The Iowa Gambling Test and the Somatic Marker Hypothesis: some questions and answers. *Trends Cognitive Science*, 9, 159-162.

Bejean, S., Midy, F. et Peyron, C. (1999). La rationalité simonienne : interprétation et enjeux épistémologiques. Rapport de recherche. Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC). Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01526495>.

Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.

Bernard, C. (1865). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Repéré à <http://www.gutenberg.org/cache/epub/16234/pg16234-images.html>

Berthoz, A. (2003). *La décision*. Paris, France: Odile Jacob.

Billay, D.B., Myrick, F. F., Luhanga, F, Yonge ,O. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. *Nursing Forum* 42(3): 147-55. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00079.x

Blagg, C.R. (2004).Triage :Napoleon to present day. *Journal of Nephrology*, 17,629-632.

Boiste, P.C. (1843). Expérience. *Dictionnaire universel de la langue française avec le latin et l'étymologie*. Paris, France : Firmin Didot.

Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte Foy, Presses de l'Université du Québec.

Bourdeau, M., Braunstein, J. & Petit, A. (2003). *Auguste Comte aujourd'hui*. Paris, France: Editions Kimé.

Bourdieu, P. (1978). Ethos, habitus, hexis, Extrait de « Le marché linguistique », exposé fait à l'Université de Genève en décembre 1978, dans *Question de sociologie*, 133-136. Récupéré à <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/bourdieu/questions/133-36.html>

Bourgeois, E. (2013). Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey. In L. Albarello, J.-M. Barbier, E. Bourgeois & M. Durand (Eds.), *Expérience, activité, apprentissage* (pp. 13-38). Paris : Presses Universitaires de France.

Bruner, J.S. (1957) On perceptual readiness, *Journal Psychological Review.*, vol.64, n°2, p 123-152.Récupéré à URL : <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1958-04908-001>

Bruner, J. (1961). *The process of education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burke, L. A., & Miller, M. K. (1999). Taking the Mystery out of Intuitive Decision Making. *The Academy of Management Executive*, 13, 91-99.

Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1 (1), 13-23. [doi:10.1097/00012272-197810000-00004](https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004).

Carper, B.A. (2015). Les principaux modes de savoirs en soins infirmiers. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 28. doi: 10.1016/j.refiri.2015.09.001

Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*, 8, 11-50.

Chase, W.G., Simon, H.A (1973). Perception in chess. *Cognitive Psychology*, 4, 55-81.

Chinn, P., Kramer, M.K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7 ed.). Saint Louis, MO.: Mosby Company.

Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. Dans J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (dir.). *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soins* (p. 17-32). Lyon, France : Presses Universitaires de Lyon.

Cosnier, J. (1997). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale*. 9, (11)2033-2049.

Coustet, B. (2016) *Sémiologie médicale. L'apprentissage pratique de l'examen clinique*. Paris, France: Estem-Vuibert.

Croskerry, P., Abbass, AA., Wu, AW., (2008). How doctors feel: affective issues in patients' safety. *The Lancet*, 372(9645), 1205-1206. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61500-7

Croskerry P. (2009). A universal model of diagnostic reasoning. *Academy of medicine*, 84: 1022-1028.

Cyert, R.M., March, J.C. (1970). *Processus de décision dans l'entreprise*. Paris, France: Dunod.

Damasio, A. (1995). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions* (traduit par M. Blanc). Paris, France: Odile Jacob.

Damasio, A. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83–86. Repéré à http://invibe.net/biblio_database_dyva/woda/data/att/64e2.file.pdf

Damasio, A. (1999). *Le sentiment de soi*. (traduit par C. Larssonneur et C. Tiercelin). Paris, France: Odile Jacob.

Dane, E., Pratt, M.G. (2007). Exploring intuition and its role in managerial decision making *Academy of Management Review*, 32, (1), 33–54.

Danvers, F. (2010). Autour des mots de la formation. « Clinique ». *Recherche et Formation*, 63, 105-116.

Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail, *Futur antérieur*, 16, 41-52.

Delamour, M., Marcelli, D. (2010). La parole aux urgences : le temps de s'entendre. *Perspectives Psy*, 1, (49) ,61-67.Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-61.htm>

Delavallée, E. (1995). Culture d'entreprise: la contribution de Herbert Simon. *Cahier de recherche du GREGOR*, 1.Repéré à <http://www.gregoriae.com/dmdocuments/1995-01.pdf>

Demailly, A., Pingaud, F. (2005). Les organisations selon Simon, Nonaka et Takeuchi. *Bulletin de psychologie*, 1,149-156.

Descartes. (1973).*Discours de la méthode*. Paris, France : Librairie Générale Française.

Denes-Raj, V., Epstein, S. (1994) Conflict Between Intuitive and Rational Processing: When People Behave Against Their Better Judgment. *Journal of Personality and social psychology*, 66, (5), 819-829.

Desmettre, T., Baron A., Capellier, G., Tazarourte, K. (2013). L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. *Réanimation*, 22 , 610-615.doi : 10.1007/s13546-013-0727-2

Dewey, J. (1983). *Contributions à A Cyclopedia of Education*, 6.*Midle Works*. Carbondale, S.I : University Press.

Dewey, J. (1993). *Logique. La théorie de l'enquête* (2e éd.; traduit par G. Deledalle). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Dewey, J. (2003). *Le public et ses problèmes* (traduit par J. Zask). Œuvres philosophiques (vol.2). Publication de l'Université de Pau-Farrago, Paris, France : Editions Léo Scheer.

Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons* (traduit par O. Decroly). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Dewey, J. (2005). *L'art comme expérience*. (traduit par J. Zask). *Œuvres philosophiques* (vol.3). Publication de l'Université de Pau-Farrago, Paris, France : Editions Léo Scheer.

Dewey, J. (2006). *Logique : la théorie de l'enquête*. G. Deledalle (trad.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Dictionnaire Larousse Médical. (2006). *Urgence* (p.1045). France : Éditions Larousse. Repéré à <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/1045#t16806>

Didierjean, A, Ferrari, V., Cauzinille-Marmèche, E. E. (2004). L'expertise cognitive au jeu d'échecs : quoi de neuf depuis De Groot (1946) ? *L'année psychologique*, 104, (4),771-793.doi : 10.3406/psy.2004.29689

Divorne, L. (2003). *Démarche de tri: outils de tri existants. Cours Supérieur de Médecine d'Urgence*, Société Française de Médecine d'Urgence. Paris, France : Arnette.

Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris, France : Seuil.

Dumez, H. (2007). Un contre modèle de l'action : l'expérience chez Dewey. *Le Libellio d'Aegis*, 3, (4), 18-24.

Eckman, P., Davidson, R. (1994). *The Nature of Emotion*, Oxford, NY, Oxford University Press.

Encyclopaedia Universalis (2008), corpus 15, p. 603. Dans F. Danvers. (2010). Autour des mots de la formation. « Clinique ». *Recherche et Formation*, 63,105-116.

Ethier, S. (2014). Épistémologie de l'intuition. Repéré à http://www.academia.edu/9187258/%C3%89pist%C3%A9mologie_de_lintuition

Epstein, S., Pacini, R (1999).Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive-experiential self theory. In S . Chaiken & Y. Trope (eds.). *Dual-process theories in social psychology*, (p. 462-482), NY : Guilford.

Epstein, S. (2003). Cognitive experiential self theory of personality. In T . Milton & M.J. Lerner (eds.) *Comprehensive handbook of psychology : volume 5 : Personality and social Psychology* (p 159-184). Hoboken, N.J : Wiley & Son.

Epstein, S. (2010). Demystifying Intuition : What it is, what it does and how it does. *Psychological Inquiry*, 21, 295-312

Evans, J. St. T. (2008). Dual-Processing Accounts of reasoning, Judgment and Social Cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 255-278.

Evans, J. St. T. (2010). Cumulative Progress in Understanding Our Multiple Minds. New York, NY: Oxford University Press.

Fabre, M. (2015). *Éducation et humanisme. Lecture de John Dewey*. Paris, France: Vrin.

Fabre, M. (2015). *Education et humanisme. Lecture de John Dewey*. Paris : France. Librairie philosophique J. Vrin.

Faingold, N. (2011). Explicitation des pratiques, décryptage du sens. Dans Le Meur, G, Hatano, M. (dir.), *Approches pour l'analyse des activités*, Paris, France : L'Harmattan. Repéré à <https://www.grex2.com/assets/files/expliciter/FaingoldMthdoEdEGrex.pdf>

Farrayre A, Ahern E, (2010). L'entretien clinique. Dans L. Cloutier L, P. Delmas, J. Dall'ava-Santucci (dir), *La pratique infirmière de l'examen clinique* (p.15-42), Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.

Formarier, M (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89 (2).33-42.

Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. (1994). *Classification clinique des malades des urgences. Définition et reproductibilité. Réanimation Urgences* 3, 573-578.

Frankish, K., Evans, J.St.T. (2009). The duality of mind: an historical perspective. Dans K.,

Frankish, K.J., Evans. *In two minds: dual Process and beyond*. Oxford, England: Oxford University Press. Repéré à http://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/13/9780199230167_chapter1.pdf

Frijda, N. H. (1986). *Emotions*. New York, NY, US: Cambridge University Press; Paris, France: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Gigerenzer, G. (2007). *Gut feelings: the intelligence of the unconscious*. London: Penguin Books.

Gladwell, M. (2005). *Blink. The Power of Thinking without thinking*. NY, NY: Little, Brown and company.

Gobet, F., & Simon, H. A. (1996). Recall of rapidly presented random chess positions is a function of skill. *Psychonomic Bulletin & Review*, 3, 159-163.

Gobet, F., & Simon, H. A. (1998). Expert chess memory: Revisiting the chunking hypothesis. *Memory*, 6, 225-255.

Gobet, F., Richman, H., Staszewski, J., & Simon, H. A. (1997) Goals, representations, and strategies in a concept attainment task: The EPAM Model. *The Psychology of Learning and Motivation*, 37, 265-290.

Gobet, F. (2002). Recherche et reconnaissance de patterns chez les experts. *Revue d'Intelligence Artificielle*, 16, 165-190.

Gobet, F. , P. Chassy. (2009). Expertise and Intuition : A Tale of Three Theories. *Journal Minds and Machines*, 19, (2), 151-180.

Gobet F, Lloyd-Kelly M. et Lane P.C.R. (2016) What's in a Name? The Multiple Meanings of "Chunk" and "Chunking." *Frontiers in Psychology*,7(102).doi: 10.3389/fpsyg.2016.00102

Göransson KE , Ehnfors M.,Fonteyn ME, Ehrenberg A. (2008).Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advance Nursing*, Jan; 61 (2) ,163-72.

Grasser, B., Rose, J. (2000). L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens avec la formation. *Formation Emploi*, 71, 5-19.

Green, C. (2012). Nursing intuition: a valid form of knowledge. *Nursing Philosophy*, 13 (2), 98-111.

Habboub, E.M., Lenoir, Y. et Tardif, M. (2008). La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnelle dans la documentation scientifique : un essai de synthèse des travaux francophones. Dans Y. Lenoir et P. Pastré. (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p.21-52). Toulouse, France: Octarès.

Hammond, K.R. (1980). The Integration of Research in Judgment and Decision Theory. Report number 226. *Center for Research on Judgment and Policy. Institute of Behavioral Science*: University of Chicago.

Hammond, K.R. (1996). *Human Judgment and Social Policy: Incredible Uncertainty, Inevitable Error, Unavoidable Justice*. NY: Oxford University Press.

Henri, F., Lundgren-Cayrol, K. (2001). *Apprentissage collaboratif à distance : pour comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels*, Sainte-Foy, Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soins ? *Revue Perspective soignante*, 4. Repéré à : <http://www.fsi.usj.edu.lb/congres/pdftexteintegral/seancesplenieres/12walterhasbeen.pdf>

Hogarth, R.M. (2003). Educating intuition: a challenge for the 21st century. *El Opuscles del CREI*, 3,1-29. Repéré à http://crei.cat/files/filesOpuscle/12/090429180657_ENG_op13ang.pdf

Hofstadter D., Sander E. (2013). *L'Analogie. Cœur de la pensée*. Paris, France : Odile Jacob.

Houdé, O. (2014 a). *Le raisonnement*. Paris, France : Presses Universitaire de France.

Houdé, O. (2014 b). *Apprendre à résister*. Paris, France : Editions Le Pommier.

Houdé, O., Tzourio-Mazoyer, N. (2003). Neural foundations of logical and mathematical cognition. *Nature Review Neuroscience*, 4, 507-514.

Houdelette, P. (1996). Le triage des blessés en chirurgie de guerre et en situation d'exception. *Journal de chirurgie*, 133(8), 363-371.

Hugues E.C. (1996). *Le Regard sociologique, Essais choisis* (4ème éd. ; traduit par. J-M. Chapoulie). Paris, France : Editions de l'EHESS

Humphreys, P. (2004). *Extending ourselves: computational science, empiricism and scientific method*. NY, US : Oxford University Press.

Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans V. Hass (dir.). *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations* (p.235-255). Rennes, France : Les Presses Universitaires de Rennes.

Journé, B., Raulet-Croset, N. (2012). La décision comme activité managériale située. Une approche pragmatiste. *Revue française de gestion*, 225, 109-128. doi:10.3166/RFG.225.109-128

Jovic, L. (1999). La clinique dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 15-19.

Jovic, L. (2012). Clinique. Dans M. Formarier et al. (dir.), *Les concepts en sciences infirmières. Association de recherche en Soins Infirmiers, Hors collection*, 104-108.

Jung, C.G. (1968), *Types psychologiques*. (Y. LeLay, trad.) Genève, Suisse : Georg Éditeur.

Kaempf, G. L., Klein, G., Thordsen, M. L., & Wolf, S. (1996). Decision making in complex naval command-and-control environments. *Human Factors*, 38(2), 220-231. Repéré à <https://doi.org/10.1177/001872089606380204>

Kahneman, D. (2016). *Système 1 système 2. Les deux vitesses de la pensée*. Paris, France : Flammarion.

Kant, E. (2006). *Qu'est-ce que les Lumières ?* Paris, France : Fayard (édition originale, 1784).

Karsenti, T., Savoie-Zajc L. (2004). *La recherche en éducation : étapes et approches* (3 ed.). Sherbrooke : Edition du CRP Université de Sherbrooke.

Kerbrat-Orechionni, C. (2006). *Les interactions verbales*. Paris, France : Armand Colin.

Klein, G. A. (1993). A recognition-primed decision (RPD) model of rapid decision making. In G. A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, & C. E. Zsombok (Eds.), *Decision making in action: Models and methods* (p. 138–147). NJ: Ablex Publishing.

Klein, G. (2008). Naturalistic Decision Making. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 50(3), 456–460.

Kuhn, T. S. (1973). *La révolution copernicienne*. Paris, France : Fayard. 1973, P. 93.

Landa, F. (2007). Editorial. *Le Coq-héron*, 189, 7-8.

Lechasseur, K. (2009). *Modélisation des savoirs infirmiers par une pensée critique chez les étudiantes infirmière bachelières en situation de soins*. (Thèse de doctorat en Sciences Infirmières, Université de Laval, Québec). Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/21252>

Lechasseur, K., Lazure, H. et Guilbert, L. (2011). Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations : a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 67, (9). 1930-1940.

Lemaire, P. (1999). *Psychologie cognitive*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Leontiev, A. (1972). *Le développement du psychisme*. Paris: Editions sociales

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Leplat, J. (2008). Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie. Presses Universitaires de France. doi : 10.3917/puf.lepla.2008.01.

Leplat, J. (2013). Les gestes dans l'activité en situation de travail. Aperçu de quelques problèmes d'analyse. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15, 2-19. Repéré à <http://pistes.revue.org/2951>

Livet, P. (2002). *Emotions et rationalité morale*. Paris, France : Presses Universitaires de France. doi :10.3917/puf.mosco.2009.01.

Livet, P. (2007). Emotions et révision : la dynamique des débats. Dans C. Blatrix & al. (dir.). *Le débat public : une expérience française*. Paris, France : Editions La Découverte. Repéré à <https://www.cairn.info./le-debat-public-une-experience-francaise-9782707153418-page339.htm>

Livet, P. (2009). Emotions, rationalité, densité temporelle et manifestations de valeurs. *Revue européenne des sciences sociales*, XLVII (144) ,7-23. doi :10.400/ress.59

Lyneham, J., Parkinson, C., Denholm, C. (2008a). Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 64, (4), 380-387.

Lyneham, J., Parkinson, C. , Denholm, C. (2008b). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 101–108. doi:10.1111/j.1440-172X.2008.00672.x

Maillard-Acker, C. (2012). Infirmière organisatrice de l'accueil et référentiel. *Urgences 2012. Société Française de Médecine d'urgence*, 1-15.

March, J.G., Simon, H.A. (1991). Les organisations, problèmes psycho-sociologiques. Paris, France: Dunod.

Mayo, D.G. (1996). Error and the growth of experimental knowing. Chicago, IL,US : University of Chicago Press.

Meriam, C. & Meriam, G. (1966). *Intuition, its power and perls*. New Haven, CT,US : Yale University Press.

Ministère de la santé et de la famille. (1978).Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473, L.475 et L476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier

ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce même code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin. *Journal Officiel de la République Française*. 01 juin 1978. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924

Ministère de la Santé et de la Famille. (1979). Décret n°79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'état d'infirmier. *Journal Officiel de la République Française du 14 avril 1979*, page 871

Ministère de la santé. (1981). Décret n°81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel de la République Française du 15 mai 1981*, p.1450.

Ministère de la santé. (1991). Circulaire n° DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. (2003).Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 : Annexe relative à la prise en charge des urgences. Repéré à https://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf

Ministère de la santé et de la protection sociale. (2004).Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. *Journal Officiel de la République Française*, n° 183 du 8 août 2004, p.37087. Texte n° 37086.

Ministère de la santé et des solidarités (2006). Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal Officiel de la République Française*, 119 du 23 mai 2006.

Ministère des solidarités et de la santé (2018). Décret no 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. *Journal Officiel de la République Française* du 19 juillet 2018, texte 18 .

Mucchielli, A. (2005). Recherches qualitatives et production de savoirs. Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 1,7-40.

Muller, A. (2017). *Les savoirs informels*. Paris, France : Arslan

Novicevic, M., Hench, T. & Wren, D. (2002). *Playing by ear...*In an incessant din of reasons: Chester Barnard and the history of intuition in management thought. , *Management Decision*, 40 (10), 992-1002.

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3 ed.). Paris : Armand Colin.

Pascal, B. (1998). Les pensées in *Œuvres complètes*, Paris : Gallimard. Œuvre originale publiée en 1669.

Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : bilan et perspectives. *Education permanente*, 139, (2), 13,35.

Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138, 9-17.

Pastré, P., Mayen, P. & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle, *Revue Française de Pédagogie*, 154, 145-198, récupéré à URL : <http://rfp.revues.org/157>

Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle*, Paris: Presses Universitaires de France.

Patel, V. L. et Groen, G.J. (1986). Knowledge Based Solution Strategies in Medical Reasoning, *Cognitive science*, 10 (1),91-116. https://doi.org/10.1207/s15516709cog1001_4

Péaud, P., Robo, P. et Thiébaud, M. (2015). Disparition de Jacques Ardoino. *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, 5, 79-82. Repéré à <http://www.analysedepratique.org/?p=1700>

Pelaccia, T., Tardif, J. Tribby, E., Ammirati, C., Bertrand, C., Charlin. B. (2011). Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. *Annales Française de Médecine d'Urgence*, 1,77-84. doi :10.1007/s13341-010-0006-1

Piaget, J. (1948). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (2 éd.). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé. Repéré à http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/bibliographie/index_livres_alpha.php

Piaget, J. (1977). *La construction du réel chez l'enfant*. (6e éd.). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé. Repéré à http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/bibliographie/index_livres_alpha.php

Piaget, J. (1994). *La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu et rêve, image et représentation*. (8e éd. 1994.). Neuchâtel, Suisse : Delachaux et Niestlé. Repéré à http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/bibliographie/index_livres_alpha.php

Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherches qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires. *La recherche qualitative* (p. 113-169). Montréal : Gaëtan Morin Editeur. Repéré à <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030022877>

Platon. (1993). *Ménon* (traduit par Canto-Sperber). Paris : Garnier Frères-Flammarion. Œuvre originale publiée en 380 av. JC).

Psiuk, T. (1995). Le raisonnement diagnostique dans l'activité quotidienne de l'infirmière *Recherche en soins infirmiers*, 41,17-19.

Reber, A.S. (1989). Implicit learning and tacit knowledge. *Journal of Experimental Psychology*, 118,(3), 219,235.

Reber, A.S. (1993). *Implicit Learning and Tacit Knowledge: an Essay on the Cognitive Unconscious*. Oxford, NY, US : Oxford University Press.

Richard, J-F. (2004). *Les activités mentales. De l'interprétation de l'information à l'action*. Paris, France : Armand Colin.

Ricœur, P. (1997). Expliquer et comprendre. Sur quelques connexions remarquables entre la théorie du texte, la théorie de l'action et la théorie de l'histoire. *Revue philosophique de Louvain*, 75(25), 126-147. <https://doi.org/10.3406/phlou.1977.5924>

Rimé, B. (2009). *Le partage social des émotions*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Roquet, P. (2007). La diversité des processus de professionnalisation. Une question de temporalité ? *Carriérologie*, 11,195-207.

Roquet, P. (2010). Temporalités, activités formatives et professionnelles. *Recherches qualitatives*, 8, 76-92.

Roquet, P. (2012) Comprendre les processus de professionnalisation: une perspective en trois niveaux. *Phronesis*, 1, (2) ,82-88.

Roquet, P. (2013). Perceptions et représentations du temps. Dans, P. Roquet et al. (dir.) *Temps, temporalités et complexité dans les activités éducatives et formatives* (p.12-21). Paris, France : L'Harmattan.

Roquet, P. (2014). L'expérience comme processus mobilisateur de la professionnalisation, *Education Permanente*, 198, 51-58.

Roquet, P. (2018). Temps long/temps court en situation formative et professionnelle : les effets sur les constructions identitaires. *Education permanente*, 217, (4), 33-41.

Rousseau, N. et Saillant, F. (1996). Chercher avec, plutôt que chercher pour...Une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, 45, 138-146.

Rowan, R. (1990). Listen for those warning bells. In W.H. Agor (Ed.), *Intuition in organizations* (p.195–204). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Rothier-Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care. Enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.

Rothier Bautzer, E. (2013). Le travail délégué aux infirmiers : ce que les médecins ne veulent pas faire. Entretien avec S. Carnasse. *Carnets de santé*. Repéré à <http://www.carnetsdesante.fr/Rothier-Bautzer-Eliane>

Rothier Bautzer, E. (2014). Care et profession infirmière. *Recherche et formation*, 76, 93-106. [En ligne], 76 mis en ligne le 19 novembre 2014, consulté le 04 décembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2252> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2252

Savoir. (s. d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/savoir/71232>

Savoir. (s. d.). Dans Centre national de ressources textuelles et lexicales en ligne. Repéré à <http://CNRTL.fr/definition/savoirs>

Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du Mauss*, 32 (2), 243-245. doi : 10.3917/rdm.032.2430

Saint Etienne, M. (2005). Eléments d'une clinique en soins. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 11-15.

Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors-série*, 5, 99-111.

Schön, D. A. (1993). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Dans J.M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 201-22). Paris, France : Presses universitaires de France.

Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif: À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (traduit par J. Heynemand, D. Gagnon.). Montréal, Canada: Les Éditions Logiques.

Simon, H.A. (1957). *Model of man*. NY, US : Wiley.

Simon, H.A. (1959). Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science. *The American Economic Review*, 49, (3), 253-283. Repéré à <http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28195906%2949%3A3%3C253%3ATODIEA%3E2.0.CO%3B2-7>

Simon, H. A. & Chase, W.G. (1973). Skill in Chess. *American Scientist*, 61 (4), 394-403.

Simon, H. A. (1976 a). De la rationalité substantive à la rationalité procédurale. (traduit par D. Ernst, D. Miermont). Récupéré à <http://www.mcxapc.org/fileadmin/docs/lesintrouvables/simon5.pdf> (ouvrage original publié en 1976 sous le titre *Method and Appraisal in Economics*. Cambridge, G.B : Cambridge University Press).

Simon, H.A. (1976 b). *Administrative Behavior: a Study of Decision -Making Processes*. Administrative Organization (3 ed.). New York: Free Press.

Simon, H. (1979). Rational decision making in business organization. *American Economics Review*, 69.

Simon, H.A. (1983). *Administration et processus de décision*. (P-E. Dauziat, trad.). Paris, France: Economica. (Ouvrage original publié 1976 sous le titre *Administrative Behavior. A Study of Decision Making Process in Administrative Organization*).

Simon, H. (1992). What is an “explanation” of behavior? *Psychological Science* 3(3), 150–161.

Simon, H.A. (1999). Invariants of human behavior. *Annual. Review.of Psychology*, 41, 1-20. doi : 10.1146/annurev.ps.41.020190.00024

Simon, H.A. (2004). *Les sciences de l'artificiel*. (traduit par J.L. Le Moigne). Paris, France : Gallimard.

Simon, H.A., Egidi, M., Viale, R., Laphorn Marris, R., (2008). *Economics, bounded rationality and cognitive revolution*. Cheltenham, England, UK: Edward Edgar Publishing Limited. Repéré à <http://www.e-elgar.com/shop/eep/preview/book/isbn/9781781008225/>

Société Française de médecine d'Urgence. (2004). *Infirmière organisateur de l'Accueil. Référentiel de l'IOA*. Paris, France : Editions scientifiques L&C. Repéré à <http://www.sfm.u.org/fr/ressources/referentiels#organisation>

Société Française de Médecine d'Urgence (2013). *Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts*. Repéré à http://www.sfm.u.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf.

Sloman, S. A. (1996). The empirical case for two systems of reasoning. *Psychological Bulletin*, 119(1), 3-22. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.3>

Stanovich, K.E. (1999). *Who is rational ? Studies of individual differences in reasoning*. Mahwah, NJ, US: Erlbaum Associates.

Stanovich, K.E. (2011). *Rationality and the reflective mind*. NY, US: Oxford University Press.

Taboulet P., Moreira V., Haas L., Porcher R., Braganca A., Fontaine JP. & Poncet, M.C. (2009). Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *European Journal of Emergency Medicine*, 16(2) ,61-67. Récupéré le 15 janvier 2015 du site Triage Urgences : <http://www.triage-urgence.com/downloads/Triage%20FRENCH%20EJEM%202009.pdf>

Taboulet, P. (2011). Description générale des tris. Classification Infirmières des Malades aux Urgences. Récupéré le 23 février du site triage-urgences : http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf

Tanner CA. (2006), Thinking like a nurse: a research based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, (6), 204-11.

Thievenaz, J. (2017). De l'étonnement à l'apprentissage. Enquêter pour mieux comprendre. Louvain – la Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur S.A.

Tronto J. (2008). Du care, *Revue du Mauss*, 32, (2), 243-245, Récupéré à URL revue du mauss.com.fr/media/P32.Pdf

Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and biases. *Sciences, New Series*, 185, (4157), p.1124-1131.

Vassy, C. (2004).L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire, *Mouvements*, 2 (32), 67-74.

Vaughan, F. E. (1978). *Awakening intuition*. New York: Doubleday

Vergnaud G. (2007). Représentation et activité : deux concepts étroitement associés, *Recherches en Éducation*, 4, 9-22.

Vergnaud, G. (2011).La pensée est un geste, comment analyser la forme opératoire de la connaissance. *Enfance*, 1, 37-48.

Vermersch P, (1994). *L'entretien d'explicitation*, Issy-Les-Moulineaux, France : ESF.

Vermersch, P. (2010), *L'entretien d'explicitation*, Paris, France : Presses Universitaires de France.

Vermersch, P. (2018). Dimensions existentielles et cognitives de la subjectivité, conséquences méthodologiques. *Explicititer*, 118, 1-20.

Vial, M. (2007). L'accompagnement professionnel, une pratique spécifique. Conférence donnée à Ariane Sud entreprendre. Récupéré du site de l'auteur à http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf

Vuagnat, A. (2013). Les urgences hospitalières qu'en sait-on ? Dans B. Boisguérin, G. Brillhault (dir.). *Le panorama des établissements de santé*. Paris, France : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Collection Études et statistiques.

Vygotski, L. (1985). *Pensée et langage*. Paris: Editions sociales.

Brilhault (dir.). *Le panorama des établissements de santé*. Paris, France : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Collection Études et statistiques.

Walter, B. (1998). *Le savoir infirmier*. Paris, France : Lamarre- Poinat.

Watson, J. (1998). *Le caring : philosophie et science des soins infirmiers* (J. Bonnet trad.). Paris, France: Seli Arslan.

White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique and update, *Advance in nursing science*, 17 (4), 73-86.

Zask, J. (2015). *Introduction à John Dewey*. Paris, France : Editions La Découverte.

Zeitler, A., Guérin, J. & Barbier, J. (2012). La construction de l'expérience. *Recherche & formation*, 70(2), 9-14. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-et-formation-2012-2-page-9.htm>.

Annie FARRAYRE

L'expérience face à l'intuition et à l'émotion dans la décision clinique de l'infirmière

Résumé

Cette recherche qualitative identifie le rôle de l'expérience face à l'intuition et à l'émotion dans la décision clinique de l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences hospitalières. La problématique du rôle triple de l'expérience sur le raisonnement, sur la nature et le contrôle du « ressenti » éprouvé dans le feu de l'action est étudiée au travers de l'influence de la posture de connaissance face à l'expérience induisant l'acquisition et l'usage de savoirs explicites et implicites (Dewey, 2004) agissant sur le modèle opératif de pensée d'un professionnel (Pastré, 2011). La méthodologie, orientée par une posture théorique multi référentielle (Ardoino, 1986), articule les approches de la décision en économie (Simon, 1983), en neurosciences (Berthoz, 2003 ; Damasio, 1995) avec les travaux sur l'intuition dans la pensée bi-systémique (Kahneman, 2016) et les approches du rôle cognitif des émotions (Livet, 2002 ; Rimé, 2009, Thievenaz, 2017). Des entretiens semi-directifs et d'explicitation (Vermersch, 1994) sont conduits auprès de vingt infirmiers-ères, de deux hôpitaux. Six propositions théoriques émanent des résultats. L'existence d'une posture « cognitivo-émotionnelle » face à l'expérience vécue dans l'action est découverte. Elle génère un mode et des modalités de raisonnement et d'élaboration d'indicateurs cliniques ou de savoirs d'action mais aussi un mode décisionnel à partir du vécu de l'expérience. Elle influence la nature « ressenti » qui est intuition ou émotion ou étonnement. Selon sa posture, l'infirmière cherche à confirmer son intuition. Elle cherche des preuves à son étonnement, régule son émotion ou renonce à prendre une décision, ou se protège de tout « ressenti ».

Mots clés : expérience, intuition, émotion, ressenti, décision clinique de l'infirmière des urgences

Résumé en anglais

This doctoral thesis' research identifies the roles of experience in the effects of intuition or emotion and clinical reasoning and characterizes the nature of the "feeling" rising; The "multiréférentiel" (Ardoino, 1986) theoretical and methodological framework links a pragmatist understanding of implicit or explicit experiential learning's through an active or passive knowing posture (Dewey, 2004) with theoretical works concerning the decision processing in economics (Simon, 1983), in neurosciences (Berthoz, 2003; Damasio, 1995) and with the cognitive function of emotion (Livet, 2002; Rimé, 2009). Intuition is replaced in dual process theories of cognition (Kahneman, 2016). Data were collected from two French Parisian emergency's departments through twenty emergency nurses differently experienced in triage, volunteered to take part in the study,. Semi-structured interview collected the nurses' posture of knowing. "Elicitation interviews" (Vermersch, 1994) recalled nurses' thinking procedures in the heat of the moment and shows how nurses' control their "feeling" and the set of the contextual determinants. Six theoretical propositions derived from the findings. During the patient's examination and the clinical reasoning process, nurses adopt a particular "cognitive – emotional" posture of knowing and reflective thinking. This posture has an impact on the control of the nurse's feeling and of the nature of what she felt and on the decision type. Depending of her posture, nurses will take into account her "feeling" or not. A negative emotion stops the decision making process. Intuition involves the search of additional fact or clues or clinical signs. The cognitive uncertainty induces a specific inquiry. The nurses' "feeling" empirically characterize is an intuition, an emotion, an uncertainty.

Key words: experience, intuition, emotion, feeling, emergency nurse's clinical decision making