



HAL
open science

Apprenance et situations de crise : une approche empirique en terrain hospitalier

Anne-Paule Duarte

► **To cite this version:**

Anne-Paule Duarte. Apprenance et situations de crise : une approche empirique en terrain hospitalier. Education. Université de Nanterre - Paris X, 2022. Français. NNT : 2022PA100019 . tel-03805289

HAL Id: tel-03805289

<https://theses.hal.science/tel-03805289v1>

Submitted on 7 Oct 2022

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.

Anne Paule DUARTE

Apprenance et situations de crise : une approche empirique en terrain hospitalier

Thèse présentée et soutenue publiquement le 24 février 2022
en vue de l'obtention du doctorat de Sciences de l'éducation et de la formation
de l'Université Paris Nanterre
sous la direction de Alain Vulbeau (Université Paris Nanterre)

Jury :

Rapporteur :	M. François Guillemette	Professeur d'enseignement supérieur Université du Québec à Trois-Rivières
Rapporteur :	M. Benjamin Moignard	Professeur des universités Université de Cergy
Membre du jury :	M. Philippe Carré	Professeur émérite Université Paris Nanterre
Membre du jury :	Mme Anne Muller	Maîtresse de Conférences Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
Membre du jury :	M. Alain Vulbeau	Professeur émérite Université Paris Nanterre

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION - Apprenance et situations de crise	....	9
Partie I – Conceptualisation de l’objet d’étude	....	17
1.1. Introduction des thématiques traitées	....	19
1.2. Etat des savoirs sur les situations de crise	....	19
1.2.1. Contributions à la définition du concept : de la crise aux situations de crise	....	21
1.2.2. Catégorisation des situations de crise	....	29
1.2.3. Approche diachronique des situations de crise	....	30
1.2.4. Le choix d’une approche processuelle	....	34
1.2.5. Une vision systémique	....	43
1.3. Apprenance en situation de crise	....	47
1.3.1. La notion d’apprenance	....	47
1.3.2. Emergence de l’apprenance en situation de crise	....	50
1.3.3. Une tentative de conceptualisation de l’apprenance en situation de crise	....	56
1.3.4. Les obstacles à l’apprenance	....	59
1.3.5. Les émotions, une dimension incontournable des situations de crise	....	64
1.3.5.1. Stress aigu	....	64
1.3.5.2. L’apport de l’Intelligence émotionnelle	....	66
1.3.5.3. Le rôle des émotions positives	....	69
1.3.6. Capitalisation de l’apprenance	....	71
1.3.6.1. Sentiment d’efficacité personnelle	....	71
1.3.6.2. Croissance personnelle	....	72
1.3.6.3. Résilience	....	75
1.4. Conclusion de la partie I : les situations de crise transforment le rapport au savoir	....	77
Partie II - Comment investir le terrain hospitalier ?	....	81
2.1. Introduction : posture du chercheur dans une démarche inductive	....	83
2.2. Le terrain hospitalier : un terrain sensible	....	84
2.3. L’approche de la théorie enracinée : un choix adapté au terrain hospitalier	....	90
2.4. Contexte et contraintes	....	93
2.5. Spécificités du terrain et profil des acteurs	....	99
2.6. Cartographie des situations de crise recensées	....	107
2.6.1. Macro-situations de crise	....	108
2.6.2. Méso-situations de crise	....	111
2.6.3. Micro-situations de crise	....	113
2.7. Conclusion de la partie II : recueil de données en terrain sensible	....	117
Partie III – Emergence de dynamiques d’apprenance	....	119
3.1. Introduction de la démarche d’analyse inductive	....	121
3.2. Compréhension des dynamiques générées par les situations de crise	....	121
3.2.1. Les situations de crise génèrent un stress aigu	....	122
3.2.2. Les effets du stress aigu sur les professionnels	....	129
3.2.3. Emergence d’un processus de compréhension du vécu	....	145
3.2.4. Les stratégies des professionnels	....	148
3.3. Emergence d’apprenances multiples	....	152
3.3.1. Apprenance expérientielle	....	154
3.3.2. Apprenance émotionnelle	....	180
3.3.3. Apprenance sur soi	....	190
3.4. Quelles répercussions sur la formation des apprenants professionnels ?	....	202
3.5. Conclusion de la partie III : L’apprenance en situation de crise, un révélateur de transformations	....	227
CONCLUSION - Vers de nouvelles compétences en sciences infirmières	....	231
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	....	243
ANNEXES	....	257

TABLE DES MATIERES (suite)

ANNEXE 1 - Guide d'entretien semi-directif	....	261
Enquête exploratoire	....	261
Entretiens sur le terrain	....	262
ANNEXE 2 - Retranscription des entretiens avec les professionnels de santé	....	263
Laura, Cadre de santé en réanimation chirurgicale cardiaque	....	263
Jean-Marie, Médecin du travail	....	268
Guillaume, Médecin Enseignant Chercheur	....	272
Martine, Infirmière de santé au travail	....	276
René, Cadre de psychiatrie	....	282
Laure, Cadre supérieur, faisant fonction d'Adjointe au directeur en Institut de formation en soins infirmier	....	289
Laurine, Cadre formateur réquisitionnée en réanimation	....	296
Daniel, Cadre formateur, Coordinateur de promotion, réquisitionné en réanimation	....	300
Ryslaine, Cadre formateur, Hygiéniste, réquisitionnée en mission transversale	....	307
Josiane, Cadre de santé en unité de soins intensifs de cardiologie	....	312
Louise, Cadre de santé en Soins de suite et de rééducation	....	313
Marine, Infirmière de coordination en maison de retraite	....	314
Jeanne, Infirmière de coordination en établissement pour personnes âgées dépendantes	....	315
Irène, Cadre de santé en médecine	....	316
Anne, Infirmière en médecine	....	318
Florence, Infirmière en médecine	....	320
Maelle, Infirmière en médecine	....	323
Marie, Infirmière en médecine	....	325
Mélania, Infirmière en médecine	....	328
ANNEXE 3 - Retranscription des récits des étudiants en soins infirmiers en stage pendant la pandémie Covid-19	....	330
Carla, en stage en maladies infectieuses transmissibles, mars 2020	....	330
Laura, en stage en néphrologie, mars 2020	....	332
Nadine, en stage en pédiatrie générale, mars 2020	....	334
Cyril, en stage en unité de gériatrie aiguë, avril 2020	....	336
Aude, en stage en service fermé de psychiatrie, mars 2020	....	338
Flora, en stage en oncologie, mars 2020	....	340
Paula, en stage aux urgences, mars 2020	....	341
Sandrine, en stage en pneumologie, mars 2020	....	343
Christine, en stage aux urgences, mars 2020	....	344
Fatima, en stage en soins de suite et de réadaptation gériatrique, mars 2020	....	346
Corinne, en stage aux urgences, janvier 2020	....	347
Paule, en stage en unité Covid de psychiatrie, mars 2020	....	349
Florence, en stage en maternité, mars 2020	....	351
Céline, en stage en médecine interne, mars 2020	....	352
Géraldine, en stage en maternité, mars 2020	....	354
Sonia, en stage en maladies infectieuses et tropicales, mars 2020	....	355
Said, en stage en chirurgie ORL, mars 2020	....	356
Samir, en stage en soins de suite et de réadaptation, mars 2020	....	357
Lola, en stage en médecine interne, mars 2020	....	358
Emilie, en stage à la Suppléance, avril 2020	....	359
Nathalie, en stage en soins de suite et de réadaptation gériatrique, mars 2020	....	360
Clémence, en stage en pneumologie, avril 2020	....	362
Lou, en stage en réanimation, mai 2020	....	363
Laurence, en stage en médecine physique et de réadaptation, mars 2020	....	365
Anne, en stage en maladies infectieuses, mars 2020	....	366
Lyria, en stage en soins de suite et de réadaptation, mars 2020	....	367
Bernadette, en stage en pneumologie en secteur Covid, avril 2020	....	369
Samia, en stage aux urgences néphrologiques-transplantation rénale et réanimation, mars 2020	....	370
Véronique, en stage à la Suppléance, mars 2020	....	371

TABLE DES MATIERES (suite)

Isaure, en stage en néphrologie, mars 2020	....	373
Ana, en stage en chirurgie ambulatoire, mars 2020	....	374
Murielle, en stage dans une plateforme de téléassistance prévention Covid-19, mars 2020	....	377
Christelle, en stage en maternité, mai 2020	....	378
Audrey, en stage en oncologie, mars 2020	....	380
Cécile, en stage en médecine interne, mars 2020	....	381
Sophie, en stage en hépato-gastroentérologie, avril 2020	....	382
Nathan, en stage en chirurgie orthopédique, viscérale, gynécologie et secteur Covid-19, avril 2020	....	383
Laure, en stage en néphrologie pédiatrique, avril 2020	....	385
Sandra, en stage en psychiatrie, mars 2020	....	386
Martha, en stage en Ehpad, avril 2020	....	387
Samuel, en stage en médecine interne, janvier 2020	....	387
Nada, en stage en psychiatrie, mars 2020	....	389
Caroline, en stage en hôpital pédiatrique en mission de santé publique Covid-19, avril 2020	....	390
Carole, en stage en néphrologie, mars 2020	....	391
Diana, en stage en plateau technique de cardiologie, mars 2020	....	393
Pauline, en stage en médecine interne, mars 2020	....	394
Karine, en stage en pneumologie, mars 2020	....	395
Anaïs, en stage en service de pédiatrie, mars 2020	....	296
Juana, en stage en maternité, mars 2020	....	397
Huguette, en stage en service Covid, avril 2020	....	399
Céline, en stage en centre mobile de dépistage Covid-19 à domicile, avril 2020	....	400
Sarah, en stage en néphrologie, mars 2020	....	402
Noumia, en stage à la Suppléance, avril 2020	....	403
Saida, en stage en service d'hospitalisation de néphrologie et de dialyse, mars 2020	....	404
Valène, en stage en centre médico-social, mars 2020	....	406
Maria, en stage à la Suppléance, mars 2020	....	407
Daniela, en stage en néphrologie, mars 2020	....	408
Lorenzo, en stage en Ehpad, avril 2020	....	410
Mathilde, en stage en transplantation rénale, mai 2021	....	412
Babette, en stage en chirurgie digestive, mai 2021	....	413
Marine, en stage au bloc opératoire, mai 2021	....	414
Zara, en stage en Ehpad, mai 2021	....	416
Thibault, en stage en néphrologie, avril 2021	....	418
Gérard, en stage en médecine interne, mai 2021	....	420
Myriama, en stage aux urgences, mars 2021	....	421
Myrène, en stage en psychiatrie, mai 2021	....	422
Aurore, en stage en chirurgie orthopédique, février 2021	....	424
Fatma, en stage en médecine interne, mai 2021	....	425

Résumé :

Cette thèse a pour objectif d'explorer les possibilités d'apprenance qui émergent des situations de crise en terrain hospitalier. En voulant investir cet objet de recherche, l'auteur part de la question suivante : les situations de crise peuvent-elles être génératrices d'opportunités d'apprenance pour les professionnels de santé ? Si la réponse est oui, alors quels processus d'apprenance(s) peut-on observer ? S'agit-il d'apprenance(s) exclusivement d'ordre professionnel ?

A partir d'un recueil de récits d'expériences, l'auteur a cherché à faire émerger l'évidence empirique d'apprenance dans la gestion des situations de crise. Le recueil d'expérience des professionnels de santé sur le terrain s'appuie sur une approche dite de la théorie enracinée, qui consiste à faire ressortir, à partir d'une analyse inductive, des récits des professionnels, de nouvelles connaissances et enseignements.

L'analyse des récits recueillis en terrain hospitalier permet de mettre en évidence trois axes de recherche majeurs : un axe de compréhension des dynamiques *d'agression, protection et repli* générées par les situations de crise (émergence du stress aigu, les effets du stress aigu, un processus de compréhension du vécu, des stratégies protectives, défensives et adaptatives), un axe d'émergence d'apprenances multiples (apprenance expérientielle, apprenance émotionnelle, apprenance sur soi) et un axe sur les répercussions sur la formation des apprenants professionnels.

Mots clés :

Apprenance, Crise, Intelligence émotionnelle, Croissance, Résilience, Hôpital.

Learning and crisis situations: an empirical approach in the hospital ground

Abstract:

This thesis aims to explore the learning possibilities that can emerge from crisis situations in the hospital ground. To invest this subject, the author started from the following question: can crisis situations generate learning opportunities for health professionals? If the answer is yes, then what learning processes can we observe? Is this exclusively professional learning?

From a collection of experience accounts, the author aimed to bring out empirical evidence of learning in the management of crisis situations. The collection of experiences of professionals in the field is based on a grounded theory approach, which consists in bringing out new knowledge, from the inductive analysis of the professionals' stories in the hospital field.

The analysis of the accounts collected at the hospital field makes it possible to highlight 3 major axis of learning: an axis of understanding the dynamics generated by crisis situations (the intense stress, the effects of the intense stress, a comprehension process of the experience, the protective and adaptive strategies), an axis of emergence of multiple learnings (experiential learning, emotional learning, learning on self) and an axis of the repercussions for the training of future health professionals.

Keywords:

Learning, Crisis, Emotional Intelligence, Growth, Resilience, Hospital.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Alain Vulbeau, pour sa démarche d'accompagnement tout au long de ce travail de recherche, ses précieux conseils et ses encouragements constants. Il a su me transmettre suffisamment de confiance pour mener à terme cette recherche. J'ai pu bénéficier de son expérience en tant que chercheur, et de son expertise notamment dans le domaine de l'enquête de terrain, de l'observation participante, de la crise et des sciences de l'éducation.

Mes remerciements vont également aux membres du jury, Monsieur Philippe Carré, Monsieur François Guillemette, Madame Anne Muller, Monsieur Moignard.

Je remercie l'ensemble des membres de l'Ecole Doctorale 139, les membres du CREF et l'équipe de recherche « *Crise, Ecole, Terrains Sensibles* » de l'université Paris Nanterre, pour les échanges très riches lors des séminaires. Je remercie notamment : Marie-Anne Hugon, Fanny Salanne, Olivier Brito, Laurent Gutierrez. J'ai une pensée toute particulière pour le soutien et la disponibilité de mon Cercle de chercheuses, qui m'ont accompagnée tout au long de cette thèse notamment : Laurence Gandon, Sabrina Cortes et Nathalie Michel.

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes interrogées pour leur partage d'expérience qui a permis de donner sens à cette recherche.

Je remercie tout particulièrement mes enfants (Audrey et Philippe) et mon mari pour leur patience, soutien, encouragements et valorisation de mes travaux.

A vous tous, j'adresse mes chaleureux remerciements.

Je dédie ce travail de recherche à mon père, décédé en février 2017, lors de la préparation de ce projet de recherche doctorale. Il me parlait souvent des apprentissages retirés de son expérience de vie, un sujet qui lui tenait à cœur...

INTRODUCTION - Apprenance et situations de crise

Les professionnels de santé sont exposés à des risques opérationnels importants tels que des événements indésirables graves, des épidémies de grande ampleur, des attentats, le suicide de patients ou des membres de l'équipe, des catastrophes naturelles, des situations de violence dans les services, etc., que je qualifie, plus précisément, de situations de crise. D'après les échanges réguliers avec les acteurs du terrain, ces situations font souvent appel à des représentations en tant qu'événements redoutés et parfois traumatisants. Certaines situations peuvent avoir des impacts importants sur les professionnels de santé dans la mesure où ils ne sont pas toujours préparés à gérer le niveau de complexité qu'elles comportent. Ils sont parfois amenés à travailler sous tension extrême car certaines situations comportent des niveaux de stress particulièrement élevés. Ils doivent être capables de trouver des ressources individuelles, collectives et organisationnelles qui leur permettent de prendre en charge les patients et les proches dans les meilleures conditions possibles.

En tant que professionnelle de santé, depuis maintenant 31 ans, j'ai acquis une expertise en terrain hospitalier, tout d'abord comme infirmière en chirurgie thoracique, en réanimation chirurgicale cardiaque, puis en salle de soins post-interventionnelle, pendant 9 ans. Cette expérience en tant qu'infirmière, j'ai pu l'exercer autant dans le secteur privé que public, ce qui m'a permis d'avoir une vision plus large des organisations hospitalières. Ayant moi-même vécu différents types de situations de crise, je m'interroge, depuis longtemps, sur la manière dont les professionnels de santé font face aux situations de crises qu'ils rencontrent dans leur parcours professionnel.

A ce propos, en tant qu'infirmière, j'ai rencontré de nombreuses situations complexes auxquelles j'ai dû faire face, parfois menaçantes, tant pour les patients que pour le personnel. En chirurgie thoracique, j'ai vécu des situations d'urgences vitales qui pouvaient se dégrader facilement avec des patients qu'il fallait trachéotomiser à leur arrivée dans un contexte de détresse respiratoire aiguë. J'étais parfois seule avec un médecin, venant d'arriver dans un service où toutes les anciennes infirmières venaient de partir. Il n'y avait plus de possibilité de transmission de savoir-faire sur la gestion de ces situations d'urgence.

En réanimation chirurgicale cardiaque, j'ai eu plusieurs situations complexes en termes de gestion du stress. Un exemple, c'était une inondation de l'établissement, suite à une tempête. Cette inondation a fait de nombreux dégâts sur les équipements de l'établissement. On a dû se

préparer à l'éventualité d'évacuer les patients, intubés-ventilés sédatisés dans un contexte de surveillance post-opératoire immédiate. La situation devenait de plus en plus complexe car les pompiers avaient des difficultés pour évacuer l'eau. J'ai dû faire face à des conditions de travail particulièrement dégradées.

Une autre situation de crise qui a été assez éprouvante, est survenue lorsque j'étais faisant fonction de cadre dans un service de chirurgie. Un incendie s'est déclaré dans le service et a mis en danger toute l'unité de soins. A ce moment-là, j'étais seule en termes d'encadrement de l'équipe soignante et j'ai dû faire face à des prises de décision d'urgence extrême. Sachant que l'on était au 3^{ème} étage de l'établissement et qu'on ne pouvait plus emprunter l'ascenseur, j'ai pris la décision de faire évacuer tous les patients en empruntant un passage vers une aile annexe. La situation était d'une gravité extrême car on a fini de déplacer le dernier patient juste au moment où les flammes commençaient à mettre en danger la vie des personnes présentes.

En tant que formatrice, j'ai vécu plusieurs situations qui m'ont interpellée. En premier lieu, une situation d'évènement indésirable grave est survenue auprès d'un enfant dans un des établissements du groupe hospitalier dont dépendait mon institut de formation. Cet évènement a généré une crise sur l'ensemble du groupe hospitalier pendant les mois qui ont suivi l'évènement dans un contexte de sur-médiatisation, avec une remise en question du circuit du médicament. Nos étudiants ont été très affectés par la tension persistante dans les services où ils étaient en stage et, en tant que formateurs, nous avons été très sollicités pour les accompagner dans ce contexte. Un autre exemple, concerne la fermeture définitive de mon ancienne structure de formation où j'exerçais depuis 11 ans. L'annonce de fermeture s'est faite de façon très abrupte et une vraie situation de crise s'est générée par la suite du fait qu'il était impératif de fermer l'institut sur un délai de deux ans. Pour ceux qui se sont engagés à rester jusqu'à la fermeture définitive, ce qui a été mon cas, les conditions de travail se sont particulièrement dégradées de manière très intense au fur et à mesure des départs successifs des collègues et l'augmentation de l'anxiété des étudiants. Plus récemment, j'ai rencontré une situation de crise assez difficile, dans une structure de formation. Une étudiante en internat s'est défenestrée du 3^{ème} étage de la structure, en pleine nuit. L'équipe est restée sous le choc, certains de ses collègues étudiants sont restés très marqués par cet évènement. Une cellule de crise est intervenue pour aider les personnes à s'exprimer.

Au regard de ces diverses expériences, cumulées au cours de ma trajectoire professionnelle, j'ai, depuis longtemps, le sentiment qu'il y a un véritable champ de recherche à explorer et

surtout en termes d'apprenance. En voulant investir cet objet de recherche, je me suis posé la question centrale suivante : les situations de crise sont-elles génératrices d'opportunités d'apprenance pour les professionnels de santé ? Si la réponse est oui, alors quels processus d'apprenance(s) peut-on observer ? S'agit-il d'apprenance(s) exclusivement d'ordre professionnel ? Plus précisément, il faut se poser la question suivante : comment les professionnels de santé réagissent aux situations de crise et quelles stratégies mettent-ils en œuvre pour faire face aux évènements ? Ces stratégies sont-elles génératrices d'apprenances ?

De ce questionnement résultent plusieurs questions additionnelles : les situations de crise peuvent-elles devenir des espaces pédagogiques ? En quoi et comment les situations de crise peuvent-elles devenir un terrain d'apprenance ? Les organisations hospitalières sont-elles des organisations apprenantes ? Les récits d'expérience des crises peuvent-ils transmettre des savoirs informels ? Le terrain hospitalier est-il un terrain sensible ?

Cette thèse a pour objectif d'explorer les possibilités d'apprenance qui peuvent émerger en situations de crise en terrain hospitalier. A partir d'un recueil de récits d'expériences, je cherche à faire émerger l'évidence empirique de l'apprenance dans la gestion des situations de crise. Le recueil de récit s'effectue sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé, avec des profils variés : infirmiers, cadres de santé, médecins. Les professionnels sont interrogés sur l'ensemble de leur parcours professionnel, souvent sur plusieurs spécialités et divers statuts selon leur évolution de carrière. Dans une deuxième phase, j'interroge des étudiants en soins infirmiers, sur leur expérience en stage lors de la crise sanitaire Covid-19, afin de confronter les résultats d'analyse des récits des professionnels avec le vécu des apprenants. Cette confrontation va me permettre d'affiner les résultats de cette recherche et de m'interroger sur l'évolution des enseignements en sciences infirmières.

Mes premiers travaux dans ce domaine remontent à la période de 2013-2014, où j'ai débuté une recherche dans le cadre du Master 2 : Recherche en éducation et formation, à l'Université de Paris Nanterre¹. Par la suite, j'ai décidé de prolonger cette recherche avec, dans un premier temps, une exploitation des divers axes d'analyse sur 6 publications dans des revues

¹ Duarte, A.P. (2014). *Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance*. Mémoire de recherche pour l'obtention du Master II : Recherche en Education et en Formation. Nanterre : Université Paris Ouest Nanterre.

professionnelles² (en 2014 et 2015) et une publication dans une revue scientifique³ (en 2016), ce qui m'a permis de me positionner comme chercheur. Dès 2017, je me suis engagée dans la présente recherche doctorale afin de continuer mes travaux précédents dans le but de proposer des connaissances nouvelles.

Ayant déjà considérablement investi mon sujet, voilà que début 2020, avec le déclenchement de la pandémie Covid-19, mes travaux ont pris une toute nouvelle ampleur et dimension car la crise sanitaire a considérablement élargi mon terrain d'enquête. Ce contexte m'a encouragé à explorer davantage ce sujet. Il a ouvert de nouvelles perspectives et opportunités de recueil de données. En effet, ayant moi-même été réquisitionnée en octobre 2020 sur une des structures de crise mise en place (Plateforme téléphonique de surveillance des patients Covid), j'ai pu observer et recueillir des éléments nouveaux. J'ai mieux perçu les enjeux et les questionnements que cette pandémie soulève tant au niveau individuel, collectif, organisationnel que sociétal. Ce contexte m'a également donné l'opportunité d'interroger à chaud des étudiants en stage sur la période de la crise sanitaire. Dans l'exploration de cet objet de recherche, je m'appuie également sur une première expérience de la crise H1N1 vécue en 2009, où j'avais déjà à l'époque été réquisitionnée, avec des étudiants de 3^{ème} année, pour assurer le fonctionnement d'un centre de vaccination.

En parallèle de mon doctorat, j'ai souhaité m'investir, depuis mars 2018, en tant que membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Cette expérience me permet de développer une démarche de réflexion plus élargie sur le système de santé actuel, les modalités de prévention et promotion de la santé. Je participe, entre autres, aux travaux de la commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients et aux groupes de travail transversaux⁴ et pluriprofessionnels. Depuis mars 2020, cette commission se consacre prioritairement à des saisines liées à la crise sanitaire.

² Publications dans La Revue de l'Infirmière, Gestions Hospitalières, Soins Cadres.

³ Duarte, A.P. (2016). Les situations de crises à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance. *Savoirs*, 41, 55-59.

⁴ Contribution aux groupes de travail suivants : Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients (personnalité qualifiée), Comité de rédaction de la revue adsp (membre), Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé, Indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022, La place des offreurs de soins dans la prévention, Premier avis relatif à l'évaluation du service sanitaire des étudiants en santé, Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique, Stratégie nationale de santé et indicateurs, Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique, Avis et rapport sur l'évaluation *in itinere* du Plan national de santé publique, Avis sur le projet de Stratégie nationale de santé.

Mon engagement, en tant que chercheuse, m'a amenée, dès 2017, à me candidater, au sein de mon institution, à un appel à candidatures *Doctorat en recherche paramédicale*. J'ai effectué toutes les démarches de préparation du projet, avec une présentation devant un jury, mais ma demande de prise en charge n'a pas abouti. J'ai donc décidé de poursuivre cette thèse sur mon propre temps personnel et à mes frais. Le fait de ne pas être prise en charge financièrement a généré certaines difficultés notamment lorsqu'il s'agissait de solliciter certains professionnels de santé. Ce contexte a limité de manière importante le nombre d'entretiens que j'avais prévu au départ, car n'ayant aucun temps dédié à cette recherche sur mon temps de travail, j'ai dû réduire considérablement mes objectifs de départ. J'ai dû alors m'adapter, en dehors de mon temps de travail, et saisir toutes les opportunités de rencontres avec des professionnels intéressés par cette recherche. *A posteriori* cette décision se révèle plutôt bénéfique car cela m'a donné une indépendance nécessaire pour avancer librement sur les orientations qui me semblaient les plus pertinentes. Néanmoins, le fait de devoir concilier mes engagements professionnels avec mes recherches a été relativement contraignant, de par la charge de travail conséquente.

Cette démarche totalement indépendante d'éventuels conflits d'intérêts, n'a fait que renforcer ma détermination à mener jusqu'au bout mes recherches. Au final, les diverses contraintes et obstacles rencontrés ont contribué, de mon point de vue, à renforcer ma posture de chercheuse avec plus d'objectivité vis-à-vis de l'objet traité. Je considère à ce stade, que ma recherche est engagée.

Le contexte hospitalier est très encadré, que ce soit d'un point de vue législatif ou en termes de formation et développement des compétences. Investir ce terrain où l'approche éthique et déontologique fait partie intégrante de la culture professionnelle (code de déontologie et code de la santé publique⁵) confronte le chercheur à identifier certaines limites sur lesquelles il faut poser un questionnement. Le chercheur doit tenir compte d'une part, du respect du secret professionnel et, d'une autre part, de la confidentialité des données de santé. Je vais donc investir un terrain que je considère comme étant « *sensible* »⁶.

Bien que, dans la littérature, les auteurs utilisent souvent le concept de crise, un concept très vaste, s'appliquant à une multitude de domaines, économique, politique, sociétal, etc., dans le

⁵ Le cadre législatif sera précisé dans le chapitre 2.1.

⁶ Nous verons plus loin, dans le chapitre 2.2, ce que j'entends par « terrain sensible », dans le contexte hospitalier.

cadre de ma recherche, je considère que le terme de situation de crise est plus approprié au terrain hospitalier.

Il me semble important, avant d'investir mon objet de recherche, de clarifier la distinction entre une situation de crise et une situation d'urgence. Dans une situation d'urgence, la vie de l'organisation ou de la communauté n'est pas en danger. Les professionnels sont formés pour faire face aux urgences. Ils connaissent les procédures à suivre et le rôle de chacun a été défini. Je vais donc exclure dans cette étude les situations d'urgence traditionnelles, habituelles, puisqu'un incident qui génère une urgence ne constitue pas obligatoirement une situation de crise.

Cette recherche est structurée en 3 parties. Dans la première partie, je cherche à délimiter le concept de crise au sens large tel que débattu dans la littérature académique, pour ensuite me focaliser, plus spécifiquement, sur le concept de situation de crise en terrain hospitalier. Je propose une catégorisation des situations de crise et une approche diachronique en terrain hospitalier, qui m'amène à retenir une vision processuelle et systémique. J'introduis la notion d'apprenance avancée par Carré⁷, puis j'initie le débat de l'apprenance en situation de crise. J'intègre ensuite la thématique de la gestion des émotions, et notamment la gestion du stress aigu. Des concepts tels que l'intelligence émotionnelle, les émotions positives, le sentiment d'efficacité personnelle, la croissance et la résilience ont besoin d'être clarifiés dans ce chapitre car ils ont émergé lors des interactions avec les acteurs interrogés.

Dans la deuxième partie, je présente la méthodologie de recherche et les principes de base de la théorie enracinée. Je décris la démarche de recherche sur le terrain ainsi que l'approche du recueil de récits d'expériences. J'explique en quoi ce terrain hospitalier est un terrain sensible. Concrètement, la méthodologie de travail proposée consiste à aller sur le terrain interviewer des professionnels de santé et des apprenants ayant été exposés à des situations de crise diverses, pour ensuite en extraire des connaissances nouvelles. Ce chapitre présente la démarche de recherche envisagée pour recueillir les données au plus près de la réalité du terrain d'enquête. Je décris l'organisation de l'enquête de terrain effectuée par étapes successives, avec les obstacles rencontrés, éventuellement transformés en opportunités. Je présente dans cette partie le profil des professionnels interrogés et leur parcours professionnel et de formation. Dans un

⁷ Carré, P. (2005). *L'apprenance*. Paris : Dunod.

dernier temps, je propose de mettre en évidence la typologie des situations de crise recensées. La classification des situations de crises est présentée sous forme d'une cartographie selon une échelle macro, méso et micro de l'organisation hospitalière.

Dans la troisième partie, je propose une analyse inductive des récits des professionnels de santé et des étudiants interrogés, concernant leurs vécus des situations de crise. Lors des entretiens, je recense les stratégies individuelles, collectives et organisationnelles employées par les professionnels et les apprenants, pour faire face aux situations de crise rencontrées. Je mène alors une réflexion sur les propositions qui remontent du terrain et sur les principaux résultats.

Partie I

Conceptualisation de l'objet d'étude

1.1. Introduction des thématiques traitées

La première partie de cette thèse a pour objectif de conceptualiser les principales thématiques qui seront abordées dans la troisième partie d'analyse inductive des récits recueillis sur le terrain. Dans un premier temps, je propose de délimiter le concept de crise au sens large, tel qu'il est débattu dans la littérature scientifique, pour ensuite me focaliser, plus spécifiquement, sur le concept de situation de crise, qui est, de mon point de vue, plus adapté aux recherches en terrain hospitalier.

Je propose également une catégorisation des situations de crise qui va me permettre, par la suite, de présenter une cartographie d'après les données de terrain. Nous verrons ensuite qu'il est pertinent d'examiner une vision diachronique des situations de crise en terrain hospitalier qui m'amène à retenir une double approche, processuelle et systémique, de ces situations.

Je vais ensuite débattre de la notion d'apprenance de Carré⁸, puis initier le débat de l'apprenance en situation de crise et notamment la question spécifique des obstacles à cette apprenance. J'aborde, entre autres, les thématiques liées à la gestion des émotions, une dimension incontournable des situations de crise, et notamment la gestion du stress aigu. Des concepts additionnels, particulièrement pertinents pour les analyses subséquentes, vont être clarifiés tels que : l'intelligence émotionnelle, les émotions positives, le sentiment d'efficacité personnelle, la croissance personnelle et le sentiment de résilience.

1.2. Etat des savoirs sur les situations de crise

La notion de crise interroge les chercheurs depuis le début du XX^{ème} siècle, avant même que le phénomène de crise économique mondial ne devienne, depuis le début des années 70, un lieu commun, tellement cette crise a marqué les systèmes économiques et sociaux contemporains. Souvent résumées à des événements majeurs comme les catastrophes naturelles, les pandémies ou les attentats de grande ampleur, les situations de crise sont normalement perçues comme des événements d'exception. Les recherches dans ce domaine puisent souvent leur légitimité dans

⁸ Carré, P. (2005). *Op. Cit.*

la puissance de l'évènement qu'elles étudient. Plus l'évènement est critique, plus il légitime une investigation scientifique. L'incompréhension justifiant un impératif de connaissance.

En réalité, les crises peuvent revêtir des formes très diverses. Concernant la nature de la crise, il peut s'agir d'une crise politique, économique, sociale, idéologique, morale, religieuse, etc. Concernant le nombre de protagonistes, il peut s'agir de quelques individus, d'un groupe ou de plusieurs groupes, de classes sociales ou de toute une population. Concernant la durée, il peut s'agir de quelques minutes, d'une journée, de semaines, mois, voire des années. Concernant leur étendue, il peut s'agir du lieu d'implantation de l'organisation, d'une zone étendue comprenant tout une région ou alors d'une vaste zone géographique touchant plusieurs pays, voire le monde entier. On peut encore distinguer les situations de crise par leur violence et leur impact matériel sur le paysage, physique sur la santé, psychique sur les individus et leurs représentations collectives, sur les rapports sociaux ou alors sur le fonctionnement de la société toute entière.

1.2.1. Contributions à la définition du concept : de la crise aux situations de crise

Les auteurs qui ont étudiés la crise ont proposés, au fil du temps, des définitions diverses, souvent complémentaires. En général, deux éléments ont guidé ces réflexions : d'une part les auteurs qui ont cherché à déterminer les paramètres permettant d'identifier ce qu'était réellement une crise, et d'autre part, les travaux qui ont cherchés à identifier le seuil d'entrée dans la qualification de la crise.

Les premières tentatives de définition du concept de crise recensées, remontent aux années 60. Hermann⁹ relie la crise aux notions d'urgence, de surprise et de remise en question des objectifs fixés. Il propose d'envisager la crise comme un évènement qui surprend les individus, restreint leur temps de réponse et menace leurs objectifs. Pour cet auteur, une crise constitue une situation qui menace les objectifs prioritaires des décideurs par sa survenue inattendue et réduit considérablement le temps de réponse et de prise de décision¹⁰.

⁹ Hermann, C.F. (1963). Some consequences of crisis which limit the viability on Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 8, 61-82.

¹⁰ Hermann C.F. (1972). Some Issues in the Study of International Crisis, in Hermann C.F. *International Crises: Insights from Behavioral Research*, New York : The Free Press, 3-17.

Robinson¹¹ retient des dimensions génériques de la crise dans lesquelles l'impact sur les participants prend une place primordiale. Ainsi, il considère que la crise est « *un point de bifurcation* » dans une suite d'évènements. Les conséquences sont décisives pour l'avenir des individus et de la communauté, où la nécessité d'agir est ressentie par tous. Il y a de l'incertitude dans l'évaluation de la situation et dans la formulation des réactions possibles. La capacité de contrôler la suite des évènements et leurs conséquences est réduite. La crise amplifie le sentiment d'urgence produisant du stress et de l'angoisse chez les individus. Elle accroît la pression temporelle chez les personnes impliquées, modifie leurs relations et augmente le niveau de tension¹².

Morin¹³ est l'un des premiers auteurs à se lancer dans une tentative d'établissement d'un corpus théorique précis et solide sur le concept de crise. Pour cet auteur, tout système organisationnel comporte des antagonismes qui restent plus ou moins stables : la crise est la manifestation des antagonismes inhérents à tout système. Lorsqu'il y a éruption de ces antagonismes, il y a crise. Puisque tout système porte en lui son antagonisme, c'est-à-dire, sa potentielle destruction, tout système est condamné à périr. Pour lutter contre la désintégration, la seule possibilité est l'intégration des antagonismes de façon organisationnelle : renouveler l'énergie et l'organisation du système ; pouvoir s'auto-multiplier et pouvoir s'auto-défendre. Ainsi la crise est, par nature, un phénomène complexe qui exige une théorisation. La complexité vient de trois éléments principaux : d'abord, les sociétés ou les organisations qui sont faiblement intégrées et les relations oscillent entre antagonisme et complémentarité ; ensuite les retours positifs sont des régulateurs sociaux mais peuvent développer aussi des sources de trouble et enfin, l'inévitabilité de la présence, nécessaire, vitale et mortelle, du désordre au sein des organisations, dites « *néguentropiques* ».

Sans la conceptualisation de ces trois éléments, il n'y a pas, pour cet auteur, de théorie de la crise. Dans cette démarche, Morin¹⁴ propose un certain nombre de composantes essentielles pour approfondir la théorie des crises : l'idée de perturbation ; l'évènement qui déclenche la crise ; l'accroissement des désordres et des incertitudes ; l'antagonisme blocage-déblocage ; le déblocage par le développement des feedbacks positifs ; la transformation des complémentarités en antagonismes ; la manifestation des caractères polémiques ; l'alternance

¹¹ Robinson J.A. (1968). Crisis, *International Encyclopedia for Social Sciences*, 3, New York : 510-514.

¹² *Idem*.

¹³ Morin, E. (1976). Pour une crisologie, *Communications, La notion de crise*, 25, Paris : Seuil, 149-163.

¹⁴ *Idem*.

des déblocages et des reblocages ; le déclenchement de la recherche et la dialectisation de ses composantes.

Au final, les crises induisent des transformations par l'action, un changement progressif ou une régression. Selon Morin, la crise est un « *micro-cosmos de l'évolution, le laboratoire in-vitro des processus évolutifs* »¹⁵. Elle révèle ce qui précédemment n'était pas visible, comme les antagonismes fondamentaux, les ruptures souterraines ou le « cheminement occulte » de nouvelles réalités. Selon l'auteur, la crise met en marche ce qui peut apporter du changement, de la transformation, de l'évolution : « *la crise met en mouvement des processus désordonnés qui peuvent devenir déchaînés* »¹⁶.

Dans la même lignée, Turner¹⁷ met en évidence que les organisations assument elles-mêmes le potentiel de catastrophe par le biais d'hypothèses erronées, provoquées par les individus, qui ont finalement une incidence sur les systèmes de contrôle et de gestion. Brecher¹⁸, quant à lui, propose de considérer qu'il y a crise quand il y a menace pour les valeurs essentielles de la communauté. Le changement de situation qui induit la crise peut être aussi bien d'origine intérieure au groupe que d'origine extérieure, et dans ce cas, il peut y avoir une forte probabilité d'évolution de la crise vers un conflit armé. November¹⁹ avance qu'une organisation ou système sont en crise lorsque ses choix de réponses ne sont pas adaptés pour faire face aux problèmes qui les menacent.

De son côté, Pauchant suggère qu'une crise est « *une accumulation d'évènements probables au niveau d'une partie d'une organisation, qui peut interrompre les opérations présentes ou futures en affectant les individus à un niveau physique, écologique et/ou existentiel* »²⁰. Cet auteur postule qu'il y a crise lorsqu'il y a menace sur les objectifs prioritaires d'une organisation ou système. Il y a un effet de surprise pour ses décideurs, le temps de réaction est limité et la perception est telle qu'il y a de fortes chances que cela dégénère en conflit majeur. Comme l'ont soutenu Pauchant et Mitroff²¹, il s'agit d'une rupture de la continuité qui s'accompagne d'une

¹⁵ Morin, E. (1976). *Op. Cit.*

¹⁶ *Idem*, p. 160.

¹⁷ Turner, B.A. (1976). The Organizational and Interorganizational Development of Disasters. *Administrative Science Quarterly*, 21, 378-397.

¹⁸ Brecher, M. (1980). *Decisions in Crisis : Israel, 1967 and 1973*, Berkeley. CA : University of California Press.

¹⁹ November, A. (1984). *Corporate Crisis Management*. NY : Petrocelli Books.

²⁰ Pauchant, T.C. (1988). An annotated bibliography in crisis management, *Cahier de Recherche*, Québec, Montréal : HEC, p. 48.

²¹ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Transforming the crisis prone organization : Preventing individual, organizational and environmental tragedies*. San Francisco : Jossey-Bass.

notion de menace pour les valeurs, le mode de vie, la liberté, l'intégrité et la vie des individus et des groupes. Cet élément de menace semble déterminant dans les modifications des hypothèses et convictions des individus impliqués.

Barus-Michel *et al.*²² proposent d'approcher les crises sous l'angle de la psychosociologie. Tel que synthétisé par Giust-Desprairies, les crises devraient être analysées comme une « *expérience subjective et sociale, celle d'une rupture, d'une discontinuité majeure qui concerne le système dans ses différentes dimensions, ressentie comme un risque de déliaison au niveau social et d'effondrement au niveau individuel* »²³. En même temps, elles peuvent favoriser des comportements innovants si elles sont « *accompagnées* ». Ces auteurs proposent d'analyser les crises de manière « *biface* », à savoir, sous une double perspective processuelle et structurelle. Les crises se définissent comme une étape dans un processus plus vaste et évolutif. Elles seraient dotées d'une structuration sociale particulière qui les rend imprévisibles dans leur dénouement. Giust-Desprairies propose une cartographie des caractéristiques communes à toute situation de crise : « *la rupture des unités sociales, le sentiment de menace subjectivement vécu, l'affrontement des forces antagonistes sans médiation, la sidération imaginaire, l'indécidabilité, la propagation* »²⁴.

Boin et Lagadec, ont signalé un changement fondamental dans la forme et le terrain des crises. Ils ont proposé de nouvelles caractéristiques pour définir les crises contemporaines susceptibles de se déclencher dans les organisations. Selon ces auteurs, les situations de crise de grande, voire de très grande ampleur, provoquent des impacts irréversibles. Ces situations ne sont plus dues à un évènement spécifique, car, comme ils le signalent : « *les procédures mises en œuvre face à la crise doivent être repensées dans leur globalité ; la crise engendrera indéniablement un déséquilibre, une décomposition et une désintégration profonde des systèmes ; elle est récurrente par essence, avec une cristallisation rapide du contexte* »²⁵.

Une approche plus globale est celle avancée par Smith²⁶ qui considère une situation de crise comme un évènement au cours duquel un défi essentiel est apporté aux hypothèses et

²² Barus-Michel, J. Giust-Desprairies, F. et Ridel, L. (1996). *Crises*. Toulouse : Érès.

²³ Giust-Desprairies, F. (2019). In Agnès V-R., Fugier P. *Dictionnaire de sociologie Clinique*. Toulouse : Érès, p. 170.

²⁴ Idem, p. 170.

²⁵ Boin, A. et Lagadec, P. (2000). Preparing for the Future : Critical Challenges in Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 8, p. 191.

²⁶ Smith, D. (2002). Not by Error, But by Design-Harold Shipman and the Regulatory Crisis for Health Care, *Public Policy and Administration*, 17 (4), 55-74.

convictions fondamentales de la direction sur la nature du risque et l'exposition résultante des limites des divers mécanismes de contrôle en place pour gérer ces risques.

Pour Crocq *et al.* une situation de crise est un : « *moment crucial dans la vie des individus, des groupes et des populations qui marque une rupture de continuité et une incertitude quant à l'évolution des évènements, qui comporte une menace pour les valeurs, les objectifs et le fonctionnement de ces individus et groupes, et qui découvre des enjeux majeurs pour leur liberté, leur intégrité, voire leur survie* »²⁷. Ainsi, une situation de crise, implique la nécessité d'agir en urgence et éventuellement en situation dégradée. Elle peut, soit déboucher sur le retour à l'état antérieur, soit sur l'instauration d'un nouvel équilibre soit alors sur l'aggravation de l'état détérioré. Ces auteurs retiennent un ensemble de critères qui prennent en compte la dimension du vécu psychologique de la crise : « *une rupture de la continuité des évènements ; un point de bifurcation ; une menace pour le fonctionnement et valeurs des individus et de la communauté ; un enjeu grave pour la vie, l'intégrité, la liberté ; une situation d'urgence et la nécessité d'agir ; une situation dégradée et une tension psychologique des individus et des groupes* »²⁸.

La définition des situations de crise est confrontée à des limites et la nature exacte de sa définition suscite de nombreuses discussions²⁹. Même s'il n'y a pas une reconnaissance commune de la signification réelle de la crise, il y a un accord général du fait que les crises sont des situations qui affectent les organisations dans leur ensemble³⁰, remettant en cause les hypothèses précédentes, avec l'opportunité de prendre des décisions et actions urgentes et nouvelles, conduisant potentiellement à une transformation de l'organisation et du système³¹. Il n'est pas facile de donner une définition précise d'une crise car il est impossible de prédire avec certitude comment une crise se produira, quand et pourquoi³². Comme Mitroff³³ l'a mentionné, l'objectif de définir une crise n'est pas de prédire, mais plutôt de guider.

Certaines définitions précoces décrivent la crise comme un évènement menaçant les objectifs les plus importants des organisations, comme la survie et la rentabilité, et qui est généralement

²⁷ Crocq L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Gérer les grandes crises sanitaires, écologiques, politiques et économiques*. Paris : Odile Jacob, p. 65.

²⁸ *Idem*, p. 36.

²⁹ Elliott, D., Smith, D. et McGuinness, M. (2000). Exploring the failure to learn : Crises and the barriers to learning. *Review of Business*, 21 (3), 17-24.

³⁰ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit.*

³¹ Smith, D. (2002). *Op. Cit.*

³² Mitroff, I.I. (2004). *Crises Leadership: Planning for the Unthinkable*. MA : John Wiley et Sons, p. 63.

³³ *Idem*, p. 63.

provoqué par des évènements peu probables qui entraînent des dommages considérables et des perturbations sociales impliquant de nombreux acteurs. Les définitions plus récentes abordent le problème du point de vue de la perception par les parties prenantes des vecteurs tels que la menace, l'incertitude et l'urgence : une menace grave³⁴ ou un changement défavorable, destructeur, mettant en danger la vie des victimes, avec un degré élevé d'incertitude, très critique et irréversible³⁵. Ainsi, le terme de situation de crise est attribuable et englobe tous les types d'évènements à impact négatif. Il s'applique aux situations considérées comme inattendues, indésirables, imprévisibles et impensables qui, la plupart du temps, produisent une incrédulité³⁶.

Nous pouvons dire que les chercheurs semblent s'accorder sur certains éléments clés, identifiés en relation avec les situations de crise, à savoir : l'ampleur et la gravité de l'évènement avec une atteinte à l'image de l'organisation, des pertes de vies humaines et dommages matériels ; la rapidité avec laquelle un évènement indésirable se propage dans l'ensemble de l'organisation ; un système de contrôle faible et une incapacité à détecter les « *quasi-accidents* » ; une communication altérée et une mauvaise détection des signes annonciateurs des évènements indésirables ; l'incapacité de l'organisation à détecter et reconnaître les avertissements externes ; le rôle et la contribution de la direction, en tant que fonction et processus, contribuant à la création des conditions et du climat dans lesquels des erreurs pourraient être générées et se produire ; un réajustement culturel complet en tant que conséquence directe de l'évènement, avec des changements fondamentaux dans les hypothèses et les convictions des membres de l'organisation.

Sur la base de diverses approches, l'identification d'une situation de crise peut s'établir à partir d'une dizaine de critères : l'origine de l'évènement déclencheur, la prédictibilité, l'influence de la part de l'organisation, la spécificité, l'identification, la probabilité d'occurrence, la déviation par rapport à l'environnement, la pression temporelle, le niveau de menace et le niveau de connaissance³⁷.

³⁴ Kouzmin, A. (2008). Crises Management in Crises ? *Administrative Theory and Praxis*, 30 (2), 155-183.

³⁵ Malle, S. (2009). Soviet legacies in post-Soviet Russia : insights from crisis management. *Post-Communist Economics*, 21 (3), 249-282.

³⁶ Shrivastava, P. and Mitroff, I.I. (1987). Strategic Management of Corporate Crises. *Columbia Journal of World Business*, 23 (1), 5-12.

³⁷ Pauchant, T.C. (1988). *Op. Cit.*

La plupart des définitions proposent une vision négative de ce phénomène en l'analysant comme une situation nocive pour l'organisation dans laquelle les incidents, la surprise et la panique émergent. D'autres conceptions, plus récentes, plus optimistes, considèrent la crise comme la phase ultime d'une suite de dysfonctionnements. Selon Gundel³⁸, cette étape représente une opportunité avec un fort pouvoir d'évolution et de changement pour l'organisation.

La variété des représentations montre que la maîtrise d'une situation de crise dépend de la vision qu'ont les individus de la crise. Trois aspects restent constants : la condition du processus de déstabilisation ; le nombre de conséquences que la crise peut induire ; la manière dont elle peut affecter le cadre de référence des organisations. De ce fait, plusieurs nuances peuvent exister, ce qui risque d'influencer la qualité de la réaction des organisations³⁹. Comme l'ont soutenu Pauchant et Mitroff, « *l'un des effets existentiels de la crise, outre la menace qu'elle peut poser à la légitimité de l'ensemble du secteur et au renversement de la mission stratégique d'une organisation, est l'effet qui se produit au niveau individuel* »⁴⁰. La vie et les valeurs de l'organisation ou de la communauté, sont menacées, et l'on doit agir en situation dégradée, souvent dans l'urgence sans avoir le temps de recueillir les informations nécessaires.

Des approches récentes partent du principe que les situations de crise, placent l'individu en situation d'impuissance. L'individu a le sentiment de perdre la main sur les événements et va essayer de reprendre le cap. Cette sensation peut être à l'origine du stress qui se développe souvent dès l'avènement de la crise. Comme le signalent Crocq *et al.* : « *la représentation de l'objet crise, nécessite l'adaptation de nos catégories de traitement : nous ne pouvons pas utiliser les mêmes outils d'appréciation, les mêmes canaux d'information, les mêmes modes de traitement, ni travailler forcément avec les mêmes collaborateurs, car le matériel n'est justement pas le même* »⁴¹.

Dans certaines situations, la perception de la crise peut faire émerger une certaine inquiétude. Le moment de révélation de la crise bouleverse la sérénité ambiante et les habitudes et bascule dans un monde de gravité et d'anxiété. Les menaces se manifestent par des indices perçus avec

³⁸ Gundel, S. (2005). Towards a new typology of crises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 13 (3), 106-115.

³⁹ Dutton, J.E. (1986). *Op. Cit.*

⁴⁰ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Transforming the crisis prone organization : Preventing individual, organizational and environmental tragedies*. San Francisco : Jossey-Bass, p. 20.

⁴¹ Crocq L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Op. Cit.*, p. 23.

l'émergence des enjeux et des appréhensions pessimistes. Les professionnels impliqués dans la crise prennent conscience de devoir répondre à l'urgence et l'angoisse apparaît.

Les situations de crise sont des phénomènes de ruptures plus un moins violentes. Elles engendrent inévitablement des conséquences internes et externes à l'organisation. En ce sens, elles nécessitent une attention immédiate et spécifique. Elles se caractérisent par l'incertitude intrinsèque quant au déroulement des événements et aux effets des décisions prises par les responsables.

Les situations de crise, de par les menaces et instabilités générées, exigent un processus de décision adapté et la mise en œuvre d'actions permettant de revenir à une situation acceptable avec un nouvel équilibre. Ces éléments génèrent des retentissements importants pour les organisations et pour la vie quotidienne des individus. D'ailleurs, les historiens mettent souvent en évidence l'impact des crises sur des bouleversements sociaux. De son côté, la sociologie, par exemple, reconnaît des crises macro ou microsociales dans les changements difficiles qui affectent soit les collectifs, les organisations, soit les sociétés entières dans leurs composantes. L'aspect psychique apparaît toujours lié au social.

Une situation de crise, est un moment exceptionnel qui perturbe la continuité linéaire des événements et les activités habituelles. Pour les professionnels, elle leur impose l'expérience vécue de l'urgence, la gravité de la situation, et l'importance parfois vitale des enjeux. Ainsi, il faut considérer les situations de crise comme des expériences humaines faisant appel au champ des sciences humaines et sociales. Les grandes ruptures de l'histoire, effondrements des civilisations et des régimes, révolutions, conflits, mutations technologiques ont provoqué, pour les personnes concernées, des changements brutaux. Les situations de crise ne sont pas définies uniquement par des critères objectifs et des étapes mesurées de sa chronologie, elles sont un moment d'urgence et de gravité, pour ceux qui les vivent subjectivement et dont le destin est mis en jeu. Elles vont donner lieu, au sein des psychismes, à une succession d'états nouveaux, inconnus, selon les stades de leur déroulement et de leur gestion.

La survenue de la situation de crise détermine en général de la surprise et de la stupeur dans les esprits. La vie bascule et remet en question les occupations, soucis et projets. La perception de signaux avant-coureurs peut faire apparaître une certaine inquiétude, et la manifestation explicite de la situation de crise, au grand jour n'exercera pas, pour eux, cet effet de surprise et de stupéfaction. Mais, d'une manière générale, cet instant de révélation arrache les individus à

leur atmosphère de sérénité et de routine pour les plonger dans un univers de gravité et d'anxiété. Le critère de bifurcation des évènements va peser sur les personnes.

La séquence logique de la succession des évènements est brutalement interrompue, et la prévisibilité de leur suite devient problématique. D'où un certain nombre d'interrogations sur le lendemain, et d'incertitude sur l'avenir. Il s'agit d'une rupture de continuité avec une notion de menace pour les valeurs, le mode de vie, voire la liberté, l'intégrité et la vie des individus et du groupe. Ces menaces se manifestent dans les indices perçus, avec un début de perception des enjeux, et des préoccupations et appréhensions pessimistes.

La prise de conscience de l'urgence à répondre, s'ajoute à l'angoisse des personnes impliquées par la situation de crise. La plupart des professionnels impliqués, en position de subordination, ne disposent pas de moyens de gérer la crise, car ils sont impuissants et dépendants de leur hiérarchie. Quant aux managers, ils doivent établir un bilan global de la situation, avec ses menaces et ses enjeux ; de la pression temporelle ; et des moyens disponibles à court terme dans une situation dégradée. D'où le bouleversement qui se produit, car il s'accompagne d'une conscience aiguë de leur niveau de responsabilité. Le déroulement de la situation de crise, avec une montée en puissance, son pallier, puis sa décroissance, correspond à un état psychologique de l'urgence. Les menaces ne disparaissent pas tout de suite, les enjeux sont toujours présents, les moyens ne sont pas tels qu'on les aurait souhaités, et la pression temporelle ne cesse de s'exercer. Il y a des moments où la prise de décision engage l'avenir avec une évaluation des effets et des conséquences (désirées ou redoutées), dans un état de tension psychologique éprouvant pour les professionnels en présence.

En résumé, les situations de crise relèvent des significations variées. Les diverses définitions présentent une conception de la crise sous des angles complémentaires. Elles évoquent des notions de surprise, d'incertitude, d'incohérence, de déstabilisation, de pression du temps ou d'urgence, de vulnérabilités physiques et matérielles, d'accumulation d'évènements, d'aspects décisionnels et d'une multiplicité d'acteurs. La crise, c'est la perception d'une rupture de la normalité qui menace la viabilité de l'organisation et qui requiert des actions immédiates.

1.2.2. Catégorisation des situations de crise

Il est pertinent, à ce stade, d'avancer une tentative de catégorisation des situations de crise. Leur nature, leur durée, leur étendue, leur violence, et les caractéristiques des individus impliqués, influence considérablement le contexte opérationnel auquel ils sont confrontés. Les principaux critères pour la catégorisation des situations de crises recensés vont être présentés. Concernant la nature de la situation de crise : celle-ci peut relever d'une typologie très variée : économique, climatique, géopolitique, culturelle, écologique, sanitaire, alimentaire, identitaire, civile, sociale, idéologique, morale, religieuse, etc. Concernant la durée : une situation de crise peut s'établir sur une durée variable, de quelques minutes à quelques mois, voire plusieurs années. Concernant la violence de l'évènement et son impact : la grande variété des situations de crise engendre des impacts variables. Des impacts visibles sur l'environnement, la santé, le psychisme des individus, les mentalités collectives, sont à prendre en compte. Enfin, l'impact social d'une crise (rapports sociaux et fonctionnement de la société) n'est pas négligeable, quel qu'en soit la nature. Concernant le nombre de protagonistes, il peut s'agir de quelques individus, d'un groupe, de classes sociales ou de populations variées. Par rapport à son étendue, il peut s'agir du lieu d'implantation d'une organisation, d'un quartier entier dans le cadre d'une catastrophe naturelle, accidentelle ou d'un attentat, d'une zone plus étendue comme tout un département, une région, voire une zone géographique vaste, éventuellement étendue à plusieurs pays (épidémies, évènements climatiques, conflits).

La catégorisation des situations de crise retenue concernant le terrain hospitalier est indexée sur son ampleur. La conjugaison des trois derniers critères, à savoir, la violence de l'évènement et son impact, le nombre de protagonistes et son étendue, va me permettre d'établir une catégorisation des situations de crise sous l'angle de son ampleur et de son périmètre : macro-situation de crise, méso-situation de crise et micro-situation de crise.

Les macro-situations de crise se distinguent par l'étendue de leur impact, le nombre de pays ou d'organisations touchées, la gravité des enjeux et de leurs conséquences, l'importance de la mobilisation des moyens nécessaires pour leur résolution, les impacts émotionnels sur les individus et les interrogations et inquiétudes qu'elles entraînent dans l'opinion et le traitement que vont en faire les médias. Des exemples de grandes crises recensées : des pandémies grippales (Pandémie Covid-19 en 2020, H1N1 en 2009) ; des attentats terroristes (Bataclan - novembre 2015 à Paris), des conditions climatiques extrêmes (la canicule de l'été 2003). Souvent, l'impact sur les victimes déclenche la mise en œuvre d'un plan blanc et un plan Orsec.

Les méso-situations de crise émergent souvent de manière transversale à un établissement ou à l'intérieur d'un même groupe hospitalier. Elles touchent différentes catégories de personnel pour une même situation rencontrée (même typologie) et dans divers services. Elle ne touche pas qu'un seul service ou tout l'établissement, ce qui la distingue de l'observation macro et micro. L'observation se fait souvent sur une même catégorie de professionnels, ou un ensemble de professionnels, selon la nature de l'impact.

Les micro-situations de crise impactent des groupes d'individus plus restreints : elles ont des conséquences matérielles plus modérées, peu d'enjeux vitaux pour la communauté, pas de répercussion notable et durable sur l'opinion publique, ni de place de premier rang dans les médias. Elles ne nécessitent pas la mise en œuvre de gros moyens, mais peuvent occasionner de profondes détresses à l'échelle des victimes ou des professionnels concernés et peuvent requérir des interventions des pouvoirs publics. Ces situations limitées sont plus fréquentes qu'on ne le croit.

Cette catégorisation semble, au départ, particulièrement pertinente en terrain hospitalier car, comme nous le verrons plus loin, des événements à caractère isolé et localisé (micro-situations de crise) peuvent coexister, ou même se chevaucher, avec des situations de plus grande ampleur, impliquant plusieurs services ou secteurs (méso-situations de crise), voir l'intégralité de l'organisation ou groupe hospitalier (macro-situations de crise).

1.2.3. Approche diachronique des situations de crise

Tel que développé dans Barus-Michel *et al.*⁴², et réitéré par Giust-Desprairies⁴³, chaque situation de crise a sa propre temporalité. Il est donc pertinent de distinguer les différentes phases dans le processus d'évolution d'une situation de crise à l'hôpital. En milieu hospitalier, on peut identifier une séquence d'éléments communs, avec des manifestations distinctes : la survenue d'une rupture dans la continuité des événements ; une perspective de bifurcation ou de pluri-bifurcations découlant de cette rupture ; l'apparition explicite d'une menace pour les professionnels ; l'émergence d'un enjeu grave ; un climat d'urgence avec une accélération du temps, impliquant d'agir rapidement ; un manque d'information, de moyens et de contrôle

⁴² Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F. et Ridel, L. (1996). *Op. Cit.*

⁴³ Giust-Desprairies F. (2019). *Op. Cit.*

inhérents à la situation dégradée et l'instauration d'un climat de tension psychologique extrême pour les professionnels. Ces éléments peuvent apparaître ou non selon cet ordre chronologique, ou se chevaucher. Il s'agit de l'installation progressive de composantes qui donnent aux situations de crise leur caractère en termes de complexité, de gravité et d'urgence.

Lorsqu'une organisation hospitalière est confrontée à une situation de crise, elle est déjà déterminée par sa culture et ses habitudes, et dépendante de ses propres marqueurs qui vont conditionner sa perception. Ses normes, son cadre de fonctionnement, son « *terreau* », peuvent être propices à générer des comportements spécifiques pour réagir ou traiter la situation. L'état de pré-situation de crise est souvent caractérisé par un état d'insouciance, ou au contraire, par un contexte général perturbé, avec un niveau de stress important. C'est à ce moment-là que la question de la culture de crise d'une organisation est interrogée. La culture de crise, consiste à prendre conscience d'une éventuelle situation de menace qui peut se produire à tout moment, dans un futur plus ou moins proche, de s'y attendre, et d'y être préparé. La culture de crise d'une organisation doit être présente dans les mentalités des professionnels. Elle se traduit par l'éventualité de la survenue soudaine, et doit se référer à l'expérience issue des situations de crise passées en ayant réfléchi aux enseignements opérationnels à retirer.

La problématique est de savoir si les professionnels vont, d'une part, détenir suffisamment d'éléments constituant la culture de crise et, d'autre part, être disponibles pour gérer la situation de manière adaptée aux besoins des patients et des caractéristiques du terrain d'émergence. Cette question pose deux niveaux d'exigences au préalable : la première relève de la mise en place de différents niveaux d'analyse permettant de relever des indices anticipateurs de situations de crises futures, la seconde relève de la mise en œuvre d'outils suffisamment performants pour « *quantifier* » ces indices. Ces exigences vont constituer les préalables d'une démarche de prévention. L'objectif étant de déterminer et d'identifier les signaux faibles de la crise ou ses premières manifestations. Toutefois, la démarche de prévention doit elle-même être délimitée, sinon elle peut générer des effets non désirables, voire l'usage déraisonnable du principe de précaution.

Les signes annonciateurs de la crise ou ses premières manifestations discrètes peuvent se décliner en signes avant-coureurs, signaux faibles, prémices et sont peu perceptibles. Ils doivent faire l'objet d'une vigilance particulière et d'une projection sélective, avec une attitude et une appréhension en termes de vigilance au stress qui peut susciter de l'inquiétude. La détection des signaux faibles réside dans la capacité à interpréter ces éléments comme des potentiels

déclencheurs d'une situation de crise future. Il y a deux perspectives possibles : soit sous-estimer le signal soit le surestimer avec, comme conséquence, soit la démobilisation, soit l'hyperactivation inutile et l'effervescence, qui peut être une source de désordre.

Lorsque les premiers signaux faibles sont détectés, il convient d'en prospecter d'autres et d'apprécier la montée en puissance de la situation de crise qui se profile. Cela implique, entre autres, d'évaluer le degré de risque de survenue futur de la situation de crise. C'est le temps de la préparation à l'affrontement. C'est alors que l'on peut utiliser des scénarios envisagés au préalable qui on éventuellement permet d'anticiper la situation de crise. C'est une étape importante, dont le succès dépend du choix d'indicateurs pertinents et de la justesse du jugement des observateurs dans l'évaluation des signaux détectés et recensés. Souvent, en situation de crise, la montée en puissance s'effectue de manière sous-estimée, face à une mobilisation insuffisante et à un manque de perspicacité des décideurs, ce qui peut aboutir à une phase d'éclosion au grand jour de manière abrupte.

L'éclatement de la situation de crise, c'est la phase où la situation de crise se révèle, correspondant aux différents critères qui ont été abordés : avec une rupture de la continuité, un point de bifurcation, une menace pour les professionnels de santé et les patients impliqués, la présence d'un enjeu important, etc. Elle déclenche l'état d'urgence avec une nécessité d'agir, car cette situation dégradée comporte un manque d'information, de moyens et de contrôle et l'instauration d'un climat de tension psychologique ou stress aigu. C'est à ce moment-là qu'il faut qualifier la situation de crise, en tant que telle, et l'évaluer sous tous ses aspects. Là encore il est essentiel de détecter, d'identifier et de réduire les effets négatifs du stress individuel et collectif. Le dispositif de gestion de la situation de crise doit alors prévoir d'écarter provisoirement ou définitivement les professionnels en situation de stress dépassé.

Cette étape correspond pour les professionnels et les équipes, au début de leur activité de pilotage de la situation de crise, c'est-à-dire, à l'élaboration et au choix de la décision. En fait, il s'agit dans une première étape, en fonction des données issues du diagnostic établi, d'imaginer et d'élaborer plusieurs décisions possibles, puis de fixer le choix sur celle qui semble la plus adéquate.

L'élaboration décisionnelle, c'est-à-dire, une vision d'espoir de la sortie de la situation de crise, peut motiver le décideur quant à ses capacités de résolution de la situation. Les capacités ne font pas uniquement appel à des processus rationnels mais aussi à l'imagination et l'intuition.

Le décideur peut rester sur le terrain de la raison tout en mettant en œuvre ses qualités intuitives, dont l'imagination est l'une des plus efficaces. Cette dynamique, dans un contexte psychologique d'urgence, va mettre à rude épreuve la capacité d'endurance des professionnels confrontés à un stress prolongé. Il est convenu que la phase d'élaboration et de choix de la décision est une source de stress élevé. Il importe donc, pour les professionnels et les équipes, de connaître ce que représente le stress du choix décisionnel et d'apprendre à modérer les effets négatifs que cela peut générer.

La mise en œuvre des décisions et le suivi, va débiter à partir du moment où l'ordre d'exécution de la décision est donné. Puis elle correspond à la courbe d'évolution de la situation de crise dans le temps, sur la période du pilotage. Sur le plan psychologique, cette évolution nécessite le maintien en tension du psychisme de l'équipe de décision, ainsi que de tous les professionnels sur le terrain. La mise en place des instructions doit être attentive et précise. Elle peut exiger des vérifications : l'instruction a-t-elle été correctement mise en place et a-t-elle été efficace ? Elle implique des retours d'information des professionnels sur le terrain vers l'équipe d'encadrement, qui va apprécier l'évolution de la situation de crise et va décider, soit d'interrompre certaines actions, soit de réajuster les instructions déjà en cours d'exécution, soit d'en formuler de nouvelles. Compte-tenu des obstacles, des imprévus, des difficultés rencontrées, ou de la survenue de nouveaux éléments aggravant la situation, cette période peut connaître des incidents, des complications et des relances. Quoi qu'il en soit, cette période continue de générer, chez les professionnels de santé, un degré de stress important.

Ensuite vient le moment où les dispositions prises commencent à donner des résultats. Cette étape se termine par la fin de la situation de crise avec la disparition des menaces et des dangers. Tous les professionnels du terrain sont attentifs à l'apparition de signes annonciateurs ou témoins de l'amélioration de la situation. Il apparaît alors une perception de soulagement, voire une sensation d'enjouement, ce qui peut entraîner un risque de démobilisation précoce. Il convient pour tous les professionnels, de rester attentif à l'apparition de signes de menace. Toutefois, le niveau de stress baisse considérablement, et il est possible de procéder à une démobilisation progressive.

La phase post-situation de crise correspond à la période qui va suivre immédiatement le moment où la fin de la situation de crise a été décrétée. Cette étape induit une sensation ambiguë de soulagement et d'épuisement physique et psychique. Les professionnels sont fatigués et doivent reconstituer leurs forces en étant conscient du risque de baisse de vigilance et de démobilisation

possible. Enfin, il est possible de craindre des réactions différées après une forte tension contenue avec la survenue d'altercations, ou de risque de dépression. Pendant cette période, les professionnels, soulagés d'être sortis de la situation de crise, en conservent encore un souvenir pénible des menaces, dangers, et moments de tension anxieuse.

L'étape de post-situation de crise correspond au moment du « *débriefing à chaud* » : la phase d'évaluation de l'état psychologique des personnes impliquées, puis, dans une deuxième étape, celui du « *débriefing à distance* », qui permet une analyse du déroulement des événements. Ces deux bilans sont très utiles. Le débriefing à chaud permet d'évacuer le stress et de se remettre du choc émotionnel provoqué par la situation de crise. Le débriefing à distance permet de re-parcourir l'évènement, d'évacuer les désordres émotionnels, de trouver du sens à l'action et d'envisager l'avenir, après avoir mis un point final à cette période de tension.

L'étape ultime d'après la situation de crise, qu'il convient de distinguer de l'étape de post-crise qui la précède, correspond à un retour plus ou moins rapide à la normale : soit au statut quo antérieur, soit à un état de nouvel équilibre. Sur le plan psychologique, l'effet d'enjouement de l'étape de post-crise subsiste. C'est le temps de l'inventaire d'un nouvel équilibre psychologique, de la reprise des activités qui avaient été suspendues.

1.2.4. Le choix d'une approche processuelle

J'ai recensé deux approches dans la manière d'apprivoiser les situations de crises : une approche des situations de crise en tant qu'évènement, et une approche processuelle. Selon l'approche événementielle, une situation de crise est considérée comme le résultat de plusieurs facteurs déclencheurs. L'objectif principal est d'analyser les manifestations extérieures et de réduire leurs conséquences⁴⁴. Selon Forgues⁴⁵, l'approche processuelle doit prendre en compte les origines de la situation de crise, son incubation et sa « *dynamique de développement* ». Dans un tel cadre, la situation critique n'est plus perçue comme un évènement imprévisible dont les signaux ne sont pas identifiables⁴⁶. Elle est plutôt analysée dans un intervalle de temps

⁴⁴ Hermann, C.F. (1963). *Op. Cit.*

⁴⁵ Forgues, B. (1993). *Processus de décision en situation de crise, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Paris : Université Paris-Dauphine.*

⁴⁶ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit.*, p. 381.

amplifié⁴⁷ afin de l'observer comme une situation pleine de significations, d'acteurs et d'impacts⁴⁸.

De mon point de vue, l'analyse des situations de crise en terrain hospitalier, en tant qu'évènement, ne permet pas une investigation en profondeur et un questionnement sur l'organisation, car elle se focalise essentiellement sur les moyens de traitement de l'urgence et du dérèglement. En se focalisant sur l'évènement comme unique perspective d'une situation de crise, on risque de passer à côté de pistes d'investigation plus larges. Une compréhension plus précise des situations de crise en terrain hospitalier doit explorer l'énigme de l'origine avant l'évènement ainsi que les répercussions possibles, après l'évènement. Je propose donc de présenter les situations de crise à l'hôpital comme un processus qui ouvre des nouvelles perspectives et présente une approche qui permet d'éclairer les mécanismes de génération de ces évènements uniques, leur nature et le potentiel de changement organisationnel qu'ils comportent.

Dans la continuité des travaux avancés par Barus-Michel *et al.*⁴⁹, j'ai décidé d'appréhender les situations de crise en terrain hospitalier comme un processus évolutif avec trois étapes principales : le déclenchement, la remise en cause et le retour à l'équilibre ou le changement. En adoptant ce positionnement, je considère que la gestion des situations de crise est une démarche dynamique tout au long d'un processus plus ou moins complexe. Sans se limiter à l'identification des facteurs déclencheurs, il convient de mettre en évidence les méthodes pour gérer chaque situation critique avant, pendant et après son déroulement. Pour les deux premières phases, la gestion des situations de crise s'inscrit dans une démarche de prévention. S'agissant de la phase post-crise, la gestion des évènements concerne essentiellement la démarche de capitalisation. Il s'agit du développement de la capacité organisationnelle à réagir face aux nouvelles crises en se basant sur ses propres expériences passées et/ou celles des autres organisations⁵⁰.

Je vais m'appuyer pour cela sur les travaux de Srivastava, dont ses analyses concluent que les évènements exceptionnels ne sont que « *les moments ultimes d'une accumulation de*

⁴⁷ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit.*

⁴⁸ Marcus, A.A. et Nichols, M.L. (1999). On the edge : Heeding the warnings of unusual events. *Organization Science*, 10 (4), 482-499.

⁴⁹ Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F. et Ridel, L. (1996). *Op. Cit.*

⁵⁰ Baum, N. (2004). Social work students cope with terror. *Clinical Social Work Journal*, 32, 395-413.

dysfonctionnements organisationnels ancrés depuis longtemps, mais souvent ignorés »⁵¹. Ainsi, l'approche processuelle des situations de crise se base sur l'idée selon laquelle ces situations résultent de la combinaison de deux processus cumulatifs complémentaires : d'un côté, une accumulation de fragilités que nous appelons imperfections, favorisant l'apparition de terrains propices au déclenchement de situations de crise, de l'autre, une accumulation de pratiques managériales inadaptées jusqu'au point de rupture irrémédiable, soit l'évènement déclencheur.

Plus particulièrement, une conceptualisation processuelle des situations de crise en terrain hospitalier demande un examen des phases préalables et préparatoires aux évènements, c'est-à-dire, des processus de fragilisation rendant une situation critique possible. Il convient ensuite de discuter de la façon dont s'articulent les fragilités et les pratiques managériales inadaptées pour se détériorer jusqu'à l'émergence de la rupture. Les implications managériales de cette vision doivent être abordées notamment sous l'angle du statut et de la place de l'évènement déclencheur dans cette vision des situations de crise. Celui-ci garde sa vocation de catalyseur et s'impose comme la liaison entre un passé organisationnel dégénératif et un futur porteur de changements.

Shrivastava *et al.*⁵² conçoivent les situations de crises comme des composés de plusieurs évènements faiblement couplés et interdépendants, chacun d'eux préparant le terrain pour l'occurrence de l'autre en réaction en chaîne. Bien que ces auteurs s'accordent pour dire que les situations de crise sont précipitées par des évènements spécifiques et relativement identifiables dans l'espace et le temps, ils notent également que les déclencheurs d'un évènement de crise sont provoqués par des préalables organisationnels et environnementaux. Shrivastava⁵³, dans son ouvrage sur la catastrophe industrielle de Bhopal, postule que les crises ne sont pas des évènements, mais des processus étendus dans le temps et l'espace. Il va de soi qu'une vision processuelle des situations de crise ne peut évidemment pas se passer de l'évènement comme élément fondamental, mais elle doit le dépasser pour déterminer les préalables organisationnels propres qui favorisent son apparition.

Ainsi, une vision processuelle des situations de crise doit mettre en évidence d'abord un processus d'accumulation progressif de fragilités et vulnérabilités préalables à l'irruption

⁵¹ Shrivastava, P. (1992). *Bhopal : Anatomy of a crisis (2 ed.)*. London : Paul Chapman Publishing, p. 2.

⁵² Shrivastava, P., Mitroff, I., Miller, D. et Migliani, A. (1988). Understanding Industrial Crises, *Journal of Management Studies*, 25 (4), 285 - 303.

⁵³ Shrivastava, P. (1987). *Op. Cit.*

subite, puis la notion de pratiques managériales inadaptées, phénomène par lequel ce processus cumulatif reste inaperçu jusqu'à l'irruption de la crise. Cette approche met en évidence les contours d'une vision processuelle des situations de crise à l'hôpital qui la conceptualise comme une série de stades intermédiaires décrivant le passage d'une normalité à un déséquilibre, puis à une rupture. Cette vision rend compte des pratiques managériales inadaptées qui précèdent l'irruption d'un évènement et perçoit l'évènement déclencheur comme le point d'intersection de ces deux forces concourantes.

Une vision processuelle des situations de crise suppose que celles-ci trouvent leur source au cœur des déséquilibres de l'organisation. Plus précisément, leurs origines remontent aux fragilités ou aux négligences cumulées et récurrentes qui se sont installées progressivement dans les engrenages de l'organisation. L'ensemble de ces éléments : fragilités, négligences, erreurs, constituent ce que Roux-Dufort⁵⁴ appelle les « *imperfections organisationnelles* ».

Pour Roux-Dufort⁵⁵ tout évènement est « *une imperfection dans la mesure où il remet en cause une anticipation particulière et menace la régularité et la prédictibilité des organisations échappant potentiellement à l'attention des professionnels* ». Cette idée d'imperfection des organisations suppose que celles-ci sont des organismes imparfaits qui produisent un ensemble de défaillances et de dysfonctionnements. Selon Forgues⁵⁶, elle représente les effets secondaires de tout mouvement de croissance, de progrès et d'innovation. C'est ainsi que les situations de crise ne se propagent que sur des terrains fertiles, elles sont l'aboutissement d'un processus d'accumulation de vulnérabilités qui s'installent lentement à différents endroits.

Les situations de crise se lient ainsi dans ces imperfections inaperçues, car anodines ou non prioritaires. En s'accumulant, elles créent des erreurs, des incidents, des presque accidents, des déviations non intentionnelles d'un plan ou d'un budget qui peuvent être interprétés comme les symptômes possibles d'un terrain de crise. Ces signes ne déterminent pas une situation de crise, ils ne font que préparer les fondations d'un terrain fragile, appelé terrain sensible. Comme le souligne Weick : « *ce qui est frappant avec les situations de crise, c'est qu'elles peuvent débiter par de petits éléments volatils liés à l'action humaine. De petits évènements sont reportés,*

⁵⁴ Roux-Dufort, C. (2004). *La gestion de crise : Un enjeu stratégique pour les organisations*. Bruxelles : De Boeck.

⁵⁵ *Idem*.

⁵⁶ Forgues, B. (1993). *Op. Cit.*

cumulés avec d'autres pour finalement bâtir systématiquement un environnement qui est une combinaison rare de défaillances simultanées »⁵⁷.

On peut se poser la question suivante : pourquoi, dans certaines conditions et circonstances, les incidents ou les défaillances mineures suggérées par Weick⁵⁸, peuvent-elles muter en situations de crises majeures ? La littérature suggère que des conditions sont nécessaires pour que des événements mineurs se transforment en événements majeurs. Shrivastava⁵⁹ signale que de grands désastres sont parfois provoqués et amplifiés par un certain nombre de facteurs humains, historiques, stratégiques et organisationnels. Weick souligne également que les aléas, les accidents et les risques sont mis en œuvre par une action et une construction humaine parce qu'ils sont provoqués par l'inconstance humaine qui ne peut pas être prévue⁶⁰.

Roux-Dufort⁶¹ propose d'analyser les situations de crise selon quatre degrés d'imperfection : les anomalies ; les vulnérabilités ; les ruptures ; et les événements de la situation de crise. Ces quatre degrés doivent être compris comme quatre manifestations des imperfections à mesure qu'elles s'accumulent et comportent divers niveaux de visibilité du point de vue des professionnels.

Les anomalies constituent le premier stade d'imperfection. Elles prennent la forme d'incidents, de pratiques inadaptées, de négligences, ou de tout autre événement lié à l'évolution normale des organisations. Aux yeux des professionnels, elles restent souvent invisibles dans la mesure où elles ne menacent pas immédiatement ni directement l'organisation. Elles résultent de l'aléa naturel du comportement organisationnel et humain. Selon Reason⁶², il existe une tension perpétuelle entre cette variabilité et la nécessité pour l'organisation d'assurer un niveau élevé de prévisibilité et de régularité dans l'activité de ses membres et de ses parties prenantes.

Les vulnérabilités sont l'étape suivante dans le développement des imperfections organisationnelles. Elles sont le résultat d'une accumulation d'anomalies insuffisamment maîtrisées. Dans la littérature sur les risques industriels, la notion de vulnérabilité est souvent

⁵⁷ Weick, K.E. (1990). The vulnerable system : An analysis of the Tenerife air disaster. *Journal of Management*, 16 (3), p. 419.

⁵⁸ Weick, K.E. (1987). Organizational culture as a source of high reliability. *California Management Review*, 29 (2), 112-127.

⁵⁹ Shrivastava, P. (1992). *Op. Cit.*

⁶⁰ Weick, K.E. (1987). *Op. Cit.*

⁶¹ Roux-Dufort, C. (2004). *Op. Cit.*

⁶² Reason, J. (1995). Understanding Adverse Events : Human factor. *Quality in Health Care*, 4, 80-89.

liée aux notions « *d'incubation* » de Turner⁶³ ou la métaphore du « *résident pathogène* » de Reason⁶⁴. Weick rapproche également la notion de vulnérabilité à celle d'espace du danger qu'il définit comme un ensemble de conditions organisationnelles qui rendent un système enclin aux ruptures et aux catastrophes⁶⁵.

Pour Reason⁶⁶, les vulnérabilités se manifestent par des précurseurs, des signes avant-coureurs ou des défaillances latentes présageant la survenue possible d'une rupture. Les vulnérabilités se génèrent et se solidifient au cœur d'une phase dans laquelle cohabitent « *le déjà là et le non encore advenu* » et où s'entrechoquent progressivement la prise de conscience des fragilités « *déjà là* » et la crainte de menace potentielle « *non encore advenue* »⁶⁷.

Les ruptures apparaissent une fois que les vulnérabilités ont atteint un niveau de saturation sur lequel les professionnels n'ont plus de capacité d'influence. Elles sont souvent associées à la notion de faiblesse ultime de l'organisation et donc devraient être considérées comme un catalyseur de la situation de crise. Elles sont ainsi souvent décrites comme des événements dangereux combinés à une réponse insatisfaisante de l'organisation. Pour Reason, elles découlent de la combinaison de défaillances actives et de défaillances latentes, la défaillance active étant considéré comme un acte dangereux qui a pu se produire à la suite d'une série d'insuffisances et de signaux précurseurs négligés⁶⁸.

L'accumulation d'imperfections peut entraîner une occurrence d'erreurs futures et peut également augmenter la virulence de ses conséquences. D'après Smith⁶⁹, les ruptures proviennent d'un ensemble complexe de facteurs interactifs et dynamiques issus des vulnérabilités précédemment identifiées. Les ruptures prennent, en général, la forme d'évènements inattendus qui transforment, de manière brusque, les vulnérabilités organisationnelles, déjà existantes, en situation de crise. On peut conclure que les ruptures sont « *des points de non-retour* ».

⁶³ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit.*

⁶⁴ Reason, J. (1995). *Op. Cit.*

⁶⁵ Weick, K.E. (1987). *Op. Cit.*

⁶⁶ Reason, J. (1995). *Op. Cit.*

⁶⁷ Shrivastava, P. (1992). *Op. Cit.*

⁶⁸ Reason, J. (1995). *Op. Cit.*

⁶⁹ Smith, D. (2001). Crisis as a Catalyst for Change : Issues in the Management of Uncertainty and Organizational Vulnerability, in British Bankers Association (ed.). *E-risk : Business as Usual*. London : British Bankers Association/Deloitte and Touch , 81-88.

Les évènements de la situation de crise représentent l'étape finale des imperfections. Sachant que la rupture est un déclencheur, les évènements de la situation de crise révèlent alors toute la série de défaillances internes latentes qui ont contribué à l'apparition de la rupture⁷⁰. Lors d'une situation de crise, les vulnérabilités internes sont brusquement rendues visibles aux yeux d'un ensemble de professionnels, à un tel point que la légitimité de l'organisation peut être mise en danger si sa capacité à assurer un niveau minimal de prévisibilité est dépassée par la mise en évidence de ces résultats contre-productifs et potentiellement préjudiciables.

L'identification d'un processus crisogène est une étape importante, mais il ne faut pas oublier que la vulnérabilité d'une organisation réside plus dans les pratiques managériales inadaptées qu'elles entretiennent, que dans les fragilités elles-mêmes. Les situations de crise se produisent par la conjugaison d'un terrain propice et d'une mauvaise compréhension de ce terrain. Plus les dysfonctionnements et les vulnérabilités s'installent et plus la mauvaise compréhension augmente. Ainsi, nous pouvons dire que le postulat posé par Lagadec⁷¹ où la situation de crise c'est l'accident plus la déstabilisation, pourrait être complétée par une interprétation complémentaire : la crise c'est l'accumulation des fragilités avec des pratiques managériales inadaptées.

Cette nouvelle vision des situations de crise amène à s'interroger sur les conditions qui rendent possible son apparition. Constaté l'existence d'un terrain fragile est une première étape, mais constater que les professionnels restent parfois inattentifs à leur émergence est un autre problème. Un terrain de crise existe uniquement parce qu'il n'est pas vu au préalable. Dans le cas contraire, les changements qui entretiennent sa progression seraient corrigés avant même qu'une situation de crise ne se manifeste. Il semble donc qu'une forme de pratiques managériales inadaptées vient s'interposer entre le terrain favorable à l'occurrence d'une situation de crise et le discernement des professionnels impliqués.

Les pratiques managériales inadaptées ne relèvent pas des erreurs de management au sens ordinaire du terme, mais plutôt une forme de savoir basée sur des croyances désajustées et souvent partagées. Ces pratiques peuvent être définies comme une forme d'incapacité à prendre en compte les effets cumulatifs des imperfections organisationnelles. Pauchant et Mitroff⁷², ont

⁷⁰ Smith, D. (1990). Beyond Contingency Planning-Towards a Model of Crisis Management, *Industrial Crisis Quarterly* 4 (4), 263-75.

⁷¹ Lagadec, P. (1991). *Op. Cit.*

⁷² Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit.*, p. 172-173.

cherché à comprendre pourquoi les organisations ont une si-grande difficulté à prévenir les situations de crise et à apprendre de celles-ci. Ils mettent, entre autres, en évidence, les mécanismes de défense psychologiques utilisés par les professionnels lorsqu'ils font face à des situations difficiles. Ils listent notamment plusieurs mécanismes utilisés pour réduire leur anxiété. Pearson et Clair⁷³ ont démontré que les professionnels partagent souvent des présupposés sur l'environnement qui les entourent et sur eux-mêmes qui diminuent leur capacité d'anticipation et de détection des situations de crise futures.

Vaughan⁷⁴ considère que les pratiques managériales inadaptées se cachent derrière les traits de la complaisance ou du syndrome de l'invulnérabilité. Cet auteur a montré, par exemple, comment la NASA a souffert d'une incompétence avérée à l'égard de l'accumulation croissante des signaux laissant présager des risques graves encourus par le programme Challenger. Il a mis en évidence à quel point les ingénieurs de la NASA ont fait preuve d'indulgence en acceptant, au fil du temps, des risques importants.

Nystrom et Starbuck⁷⁵ ont montré que la difficulté à saisir les signaux de détection précoces, ainsi que les biais cognitifs conduisant aux catastrophes, représente un angle d'analyse central pour apprivoiser les pratiques managériales inadaptées. Weick⁷⁶ de son côté a montré le lien entre les mécanismes de construction de sens et la dégénérescence des accidents en situation de crise. Pour cet auteur, les professionnels qui parviennent à détecter des anomalies ou des vulnérabilités émergentes dont ils suspectent le potentiel de dégénérescence se confrontent souvent à des réactions de déni. Comme il le signale, le processus qui consiste à donner du sens se manifeste lorsque les professionnels font face à un événement dont l'occurrence est si improbable qu'ils hésitent à le signaler par peur de ne pas être pris au sérieux. Ces professionnels pensent : « *c'est impossible, donc ça n'existe pas* »⁷⁷. Pour Argyris, un mécanisme de défense est un « *surinvestissement ou une soustraction de la réalité qui inhibe la détection et la correction des erreurs ainsi que la détection de l'inconscience sur le fait que ces actions sont défensives* »⁷⁸.

⁷³ Pearson, C. et Clair J.A. (1998), Reframing Crisis Management, *Academy of Management Journal*, 23 (1), p. 60.

⁷⁴ Vaughan, D. (1996). *The challenger launch decision : Risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago : University of Chicago Press.

⁷⁵ Nystrom, P.C. et Starbuck, W.H. (1984). To avoid organizational crisis, unlearn. *Organizational Dynamics*, 12, 53-64.

⁷⁶ Weick, K.E. (1987). *Op. Cit.*

⁷⁷ Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. CA : Thoasand Oaks, p.1.

⁷⁸ Argyris, C. (1977). Double-Loop Learning in Organizations. *Harvard Business Review*. 55 (5), 115-125.

Les pratiques managériales inadaptées sont donc le résultat d'une différence entre la complexité des situations et ce que les professionnels en retiennent. En matière de détection des situations de crise, la question reste à savoir pourquoi et comment les professionnels concentrent leur attention sur certaines imperfections plutôt que sur d'autres ?

Afin de détecter les pratiques inadaptées, en place dans le développement des processus de crise, il est possible de partir de l'hypothèse selon laquelle les imperfections organisationnelles peuvent remettre en question, voire en danger, la stabilité et la régularité des organisations. Plus précisément, les imperfections ou les événements controversés pour lesquels les professionnels sont jugés responsables menacent leur auto-estime, puisqu'ils créent la perception intolérable d'un écart entre la réalité imparfaite qui émerge et l'idéal recherché d'une régularité et prédictibilité organisationnelle dont ils sont les garants. Selon Brown, ces écarts augmentent ainsi le niveau d'inquiétude et de rejet se manifestant par un besoin d'autojustification visant à protéger l'estime de soi⁷⁹. En somme, ces actions défensives jouent un rôle clé dans le développement des imperfections organisationnelles et dans le maintien des professionnels dans des pratiques managérielles inadaptées.

La vision processuelle met en évidence la partie submergée des situations de crise. Mais s'intéresser à l'avant d'une situation de crise suppose la reconnaissance d'une forme de responsabilité dans son occurrence tout simplement parce que l'évènement révèle une série de déséquilibres, dont on peut imputer la responsabilité à l'organisation. Cette responsabilité porte à la fois sur les déséquilibres eux-mêmes et sur les pratiques managériales inadaptées.

Ainsi, la vision processuelle des situations de crise met en évidence que les organisations sont les responsables de leurs propres situations de crise, d'une part, à cause de l'étendue des déséquilibres préexistants et, d'autre part, dû à l'étendue des pratiques managériales inadaptées. Le cadre d'analyse dépasse donc largement l'évènement lui-même, et une telle vision redonne une responsabilité là où le simple évènement d'exception l'éclairait. Par exemple, même si les catastrophes naturelles ne sont pas issues des organisations elles-mêmes, on peut dire qu'elles peuvent précipiter des situations de crises graves aux sens de ces organisations.

Il convient, cependant de distinguer deux formes de ruptures. La première est celles provoquée directement par l'accumulation des imperfections préexistantes. Il s'agit en fait d'un évènement

⁷⁹ Brown, A. (2002). Avoiding unwelcome surprises. *Futurist*, 36 (5), 21- 23.

précipitant un déséquilibre sous-jacent. La deuxième forme de rupture est totalement indépendante du processus cumulatif identifié. Les catastrophes naturelles sont un exemple incontestable. Dans ce cas, l'évènement de crise agit comme un agent révélateur ou catalyseur et non comme l'élément déclencheur. C'est par exemple le cas de la canicule de l'été 2003 en France, qui a révélé toute une série de dysfonctionnements hospitaliers, gouvernementaux et même sociétaux, sans pour autant que cette catastrophe soit le prolongement de ces dysfonctionnements. Cette deuxième forme de rupture est le plus souvent externe à l'organisation, mais le principe reste le même : celui d'un catalyseur des déséquilibres et des pratiques managériales inadaptées.

1.2.5. Une vision systémique

Nous partageons l'opinion des auteurs comme Barus-Michel *et al.*⁸⁰, Pauchant et Mitroff⁸¹ ou Schwartz⁸² qui appréhendent les situations de crise comme étant à la fois une force négative et positive au sens d'une organisation et, à la fois, représentées comme un danger ou une opportunité. Peu d'auteurs ont cependant abordé ce paradoxe critique en considérant que construction et destruction, vie et mort, ordre et chaos, statut quo et crise doivent être considérés comme un tout et non comme des opposés. Comme le signale Schwartz⁸³, c'est ce paradoxe, cette conception erronée des situations de crise et de l'ordre qui constitue la principale raison pour laquelle les organisations actuelles ne sont pas suffisamment préparées lorsque les situations de crise éclatent.

Pour Pauchant et Mitroff⁸⁴, il existe trois approches différentes de la gestion de crise : considérer les situations de crise comme des accidents normaux résultant uniquement de la complexité de la technologie ; adopter une vision plus politique et socio-psychologique qui considère les situations de crise comme le résultat de décisions erronées laissant la responsabilité aux individus ; intégrer les deux perspectives précédentes et considérer les

⁸⁰ Barus-Michel, J. Giust-Desprairies, F. et Ridel, L. (1996). *Op. Cit.*

⁸¹ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit*, p. 20.

⁸² Schwartz, H.S. (1987). On a psychodynamics of organizational disaster : The case of the space shuttle Challenger. *The Columbia Journal of World Business*, 22, 59-68.

⁸³ *Idem.*

⁸⁴ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit*, p. 22.

situations de crise comme des événements déclenchés par la complexité du système et des décisions erronées, ainsi que par des relations technologiques et humaines.

La troisième approche semble déterminante car elle envisage les situations de crise dans une perspective plus intégrée, qui considère à la fois « *l'élément déterministe* » et le « *libre arbitre* ». Le système organisationnel est très influencé par sa propre complexité où l'ordre et le chaos influencent chacun de ses membres et où les décisions humaines peuvent constituer à la fois un potentiel de catastrophe et un potentiel de résolution⁸⁵. L'approche de la complexité voit l'interrelation entre de nombreuses variables qui constituent le système entier, mais également la nature paradoxale de chaque variable comprenant à la fois la source du chaos et de l'ordre⁸⁶.

Il est nécessaire d'adopter une vision systémique afin d'examiner le phénomène des situations de crise, ce qui permet de comprendre de quelle manière un changement dans une variable peut affecter l'ensemble du système, sachant qu'un changement dans une variable est influencé et amplifié par d'autres variables. En d'autres termes, la vision systémique examine comment un ou plusieurs événements peuvent déclencher certains modèles d'interactions dans le système. La complexité des systèmes et leur nature complexe, dynamique et interconnectée rendent les interactions humaines extrêmement difficiles et les tentatives pour les corriger échouent la plupart du temps. C'est ce cercle vicieux qui prend sa source dans les systèmes autoalimentant le phénomène des situations de crise.

Les organisations sont des organismes vivants qui, pour rester en vie et fonctionner correctement, ont besoin à la fois de forces intégratives et destructrices. Ces derniers sont évidemment plus visibles en situation de crise, mais leur présence doit être considérée à la fois comme une condition préalable à la vie du système lui-même et à sa perte. Ainsi, la reconnaissance émotionnelle, intellectuelle et existentielle de la fragilité de la vie et de sa nature paradoxale doit représenter la pierre angulaire de la gestion de crise. A ce sujet, les professionnels doivent jouer un rôle très important en reconnaissant cette interaction paradoxale entre le chaos et l'ordre, la vie et la mort, la création et la destruction.

Pour que les organisations soient en mesure de résoudre pleinement une situation de crise et de développer la bonne approche stratégique, il est nécessaire de comprendre les différentes

⁸⁵ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit.*

⁸⁶ Stacey, R.D. (2003). *Strategic Management and Organizational Dynamics, The Challenge of Complexity*. Essex : Pearson Education Limited.

typologies pouvant survenir, ainsi que les multiples perspectives qu'elles peuvent susciter. Les situations de crise, de par leur nature, vont générer pour les organisations une série de problématiques, en ce qui concerne leurs capacités et leur aptitude à coordonner les activités en période de stress aigu. En général, les organisations doivent prévoir l'imprévisible avant qu'il ne se produise : cartographier les situations de crise probables avec une vision systémique ; prévoir l'interconnexion entre les divers types de situations de crise ; avoir conscience que toute situation de crise est susceptible d'être à la fois la cause et l'effet d'un autre type de situation de crise ; être préparées au minimum à une situation de crise par type de famille ; se préparer à la survenue simultanée de plusieurs situations de crise ; répartir le risque sur toutes les familles de situations de crise et corriger ainsi la surveillance limitée qui ne prend en compte que celles déjà vécues par l'organisation.

Avoir une vue d'ensemble des diverses catégories de situations de crise, réfléchir et considérer chaque catégorie et interconnexion avec toutes les autres, constitue la base de la vision systémique ou approche intégrée des situations de crise, telle que proposé par Phelps⁸⁷, Pauchant et Mitroff⁸⁸, Hart et Boin⁸⁹, Brown⁹⁰, Gundel⁹¹ ou Jaques⁹². En effet, certains auteurs ont montré que les crises peuvent être considérées comme des événements réguliers, déclenchés par la complexité du système, et par des rationalisations erronées, ainsi que par la relation interconnectée et reliée des systèmes technologiques et des individus qui les gèrent⁹³. Il a été également démontré empiriquement qu'une situation de crise peut être à la fois la cause ou l'effet d'une autre situation de crise et que les facteurs techniques et sociaux sont tellement interconnectés et liés, qu'il est presque impossible de distinguer quel est le déclencheur d'une crise majeure⁹⁴.

L'approche circulaire, cyclique et amplificatrice, dans laquelle les phénomènes de crise se manifestent a été argumenté et testé empiriquement par Jaques⁹⁵ et Penrose⁹⁶. Comme Pauchant

⁸⁷ Phelps, N.L. (1986). Setting up a crisis recovery plan. *Journal of Business Strategy*, 6 (4), 5-8.

⁸⁸ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit.*

⁸⁹ Hart, H.P. et Boin, A. (2001). New trends in crisis management and crisis management research : Setting the agenda. *Journal of Contingencies and Crisis management*, 9 (4), 181-188.

⁹⁰ Brown, A. (2002). Avoiding unwelcome surprises. *Futurist*, 36 (5), 21- 23.

⁹¹ Gundel, S. (2005). Towards a new typology of crises. *Journal of Contingen cies and Crisis Management*, 13 (3), 106-115.

⁹² Jaques, T. (2009). Issue management as a post-crisis discipline : identifying and responding to issue impacts beyond the crisis. *Journal of Public Affairs*, 9 (1), 35-44.

⁹³ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit.*

⁹⁴ Hart, H.P. et Boin, A. (2001). *Op. Cit.*

⁹⁵ Jaques, T. (2009). *Op. cit.*

⁹⁶ Penrose, J. (2000). The role of perception in crisis planning. *Public Relations Review*, 26 (2), 155-171.

et Mitroff⁹⁷ l'ont décrit, une crise est mal structurée, systémique et désordonnée. La tendance des équipes d'encadrement à regarder la situation de crise de manière très étroite et à ne se concentrer que sur certains aspects de son issue, est l'un des facteurs qui créent l'effet de leur vulnérabilité à la crise. Les hauts managers qui échouent à examiner la crise de manière systémique créent une prédisposition à la crise des organisations⁹⁸.

La vision systémique soutient que de petites modifications dans certaines variables du système peuvent amplifier leurs effets si elles sont influencées par d'autres variables. C'est ce que la théorie du chaos appelle « l'effet papillon », décrit par Lorenz⁹⁹. Dans cette lignée, Gunde¹⁰⁰ a mis en évidence le « *danger qui se produit dans la conjonction étroite des grands systèmes, particulièrement exposés aux catastrophes, en raison de leur complexité* ». Les interactions où, en l'absence de régulation, un changement dans une variable, peut entraîner des modifications dans d'autres variables, ce qui peut finalement conduire à la défaillance de l'ensemble du système.

Les situations de crise sont fréquemment comparées à des bouleversements qui ne permettent plus aux organisations de donner un sens aux événements¹⁰¹. En situation de crise, ce n'est pas tant la perte de sens qui déstabilise les professionnels mais surtout le déferlement d'un sens qui déborde le cadre d'interprétation et d'appréciation habituels. Pour Weick, la situation de crise exacerbe le sens exact des déséquilibres et des fragilités individuelles, organisationnelles et sociétales¹⁰².

Si, tel que suggéré par Barus-Michel *et al.*¹⁰³, les situations de crise sont un « *déferlement de sens* », une question se pose alors quant à la capacité des professionnels et de l'organisation toute entière à décoder ce sens et à comprendre comment l'utiliser. Il faut alors s'interroger sur l'idée selon laquelle les situations de crise constituent des opportunités de changement. Ici, une conception processuelle de la crise prend tout son sens car elle permet de mettre en évidence une approche reconnaissant un avant et un après l'évènement, qui serait, son révélateur. Comme

⁹⁷ Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Op. Cit*, p. 29.

⁹⁸ Jaques, T. (2009). *Op. Cit*.

⁹⁹ Lorenz, E. (1963). Deterministic Non-periodic Flow. *Journal of Atmospheric Science*, 20, 130-141.

¹⁰⁰ Gundel, S. (2005). *Op. Cit*.

¹⁰¹ Lagadec, P. (1991). *Op. Cit*.

¹⁰² Weick, K.E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations : The Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38 (4), 628-652.

¹⁰³ Barus-Michel, J. Giust-Desprairies, F. et Ridel, L. (1996). *Op. Cit*.

le signale Morin, ceci revient à redonner à la situation de crise une capacité de changement et de transformation en profondeur des organisations¹⁰⁴.

A la suite d'une situation de crise, il va se générer une tension entre la recherche de statu quo et la transformation possible des équilibres. Tout se passe comme si la situation de crise provoquait un débordement de sens, difficile à absorber par les organisations. D'après Roux-Dufort elles « *canalisent et traduisent ce sens au moyen de filtres afin qu'il soit compréhensible et traduisible par tous. Ces filtres agissent comme des processus de normalisation tant ils participent à ramener l'évènement et le sens convoyé dans des catégories connues et admissibles par les membres de l'organisation* »¹⁰⁵.

Une situation de crise est ainsi conçue comme un « *transformateur de sens* ». Elle implique un examen des actions antérieures dans le but d'apprendre ou de désapprendre des éléments habituels. Selon Turner¹⁰⁶, il existe un « *avant* » la situation de crise qui se manifeste par une période d'incubation difficile à interpréter et durant laquelle des problèmes mal définis sont difficiles à percevoir. Or pour cet auteur, l'évènement de crise transforme la perception générale en fournissant les critères d'identification de cette période pour que le processus de relecture des problèmes mal structurés en problèmes bien structurés puisse commencer¹⁰⁷. Dans la perspective de Turner, l'évènement prend tout son sens de reconfiguration des possibles défini par Penrose¹⁰⁸. Dès lors qu'un sens non connu émerge, une forme d'apprenance est possible.

1. 3. Apprenance en situation de crise

1.3.1. La notion d'apprenance

J'ai fait le choix d'aborder l'acquisition des savoirs expérientiels sur le terrain de la part des professionnels de santé dans la gestion des situations de crise, sous l'optique du concept d'apprenance de Carré¹⁰⁹. Concrètement cet auteur définit l'apprenance comme un : « *ensemble de dispositions favorables, l'apprenance se caractérise par une attitude propice à l'acte*

¹⁰⁴ Morin, E. (1976). *Op. Cit.*

¹⁰⁵ Roux-Dufort, C. (2000). Why organizations don't learn from crises : The perverse power of normalization. *Review of Business*, 21 (3), 25-30.

¹⁰⁶ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit.*

¹⁰⁷ *Idem*, p. 382.

¹⁰⁸ Penrose, J. (2000). *Op. Cit.*

¹⁰⁹ Carré, P. (2005). *Op. Cit.*, 87-113.

d'apprendre dans toutes les situations, qu'elle soient formelles ou non, expérientielles ou didactiques, autodirigées ou dirigées, intentionnelles ou fortuites »¹¹⁰. Ainsi, l'apprenance symbolise l'acte d'apprendre sous toutes ses formes de manifestations.

Carré interroge les conditions d'apprentissage des adultes. Il pose l'apprenance comme une attitude individuelle et collective d'ouverture à toutes les formes d'acquisition de savoirs¹¹¹. Elle se développe tout au long de la trajectoire de vie et de la carrière du professionnel, selon le contexte et l'environnement dans lequel il évolue. Cette notion, fait référence à « *des dispositions cognitives, affectives et conatives* »¹¹². Cette approche m'intéresse particulièrement car d'après les données de terrain, les professionnels de santé auxquels je m'intéresse sont considérés comme « *acteurs* » de développement de leurs compétences. L'approche de la formation tout au long de la vie questionne donc les conditions dans lesquelles un professionnel de santé apprend. Comment apprend-il sur le terrain de l'hospitalier ? Comment investi-t-il son rôle dans le développement de ses connaissances et compétences ?

Pour Carré *et al.*, poser l'apprenance comme une attitude individuelle et collective d'ouverture à toutes les opportunités d'apprendre est devenu un prérequis des sociétés de la connaissance¹¹³. Les dispositions, fait de capacités, d'affects et de représentations autour de l'apprentissage est au centre de l'attitude d'apprenance : « *la distinction entre l'information (comme ensemble de données disponibles au sujet), la connaissance (comme processus d'appropriation de l'information) et le savoir (comme corpus de connaissances socialement partagées et reconnues) met en évidence le postulat central de l'apprenance : l'acte d'apprendre ne se résume pas à la transmission d'informations ou de savoirs* »¹¹⁴. Selon Carré, cela nécessite un processus cognitif singulier d'assimilation. Une personne réagit d'une manière personnelle à des facteurs extérieurs.

Comment faciliter les apprentissages dans une culture de l'apprenance ? Carré, observe une évolution des valeurs, attitudes et représentations au regard de la notion d'apprendre pour un professionnel. L'attention portée à l'apprentissage et au développement d'une attitude favorable émerge. L'apprenance reste une question d'attitude, elle interroge les dimensions internes du

¹¹⁰ Carré, P. (2005). *Op. Cit*, p. 109.

¹¹¹ Carré, P. (2020). *Pourquoi et comment les adultes apprennent. De la formation à l'apprenance*. Paris : Dunod, p. 15.

¹¹² Carré, P., Moisan, A. et Poisson, D. (2010). *L'autoformation. Perspectives de recherche*. Paris : PUF.

¹¹³ *Idem*.

¹¹⁴ *Idem*.

comportement de la personne en termes de dispositions, de capacités et de projets car le rapport à l'acte d'apprendre est avant tout une affaire personnelle.

Les apprentissages informels émergent dans la formation des adultes, dans le cadre de l'exercice professionnel, dans l'économie sociale et dans la trajectoire de vie des personnes. Cet apprentissage peut avoir lieu en dehors des espaces d'enseignement ou de formation. A ce propos,¹¹⁵ Carré et Charbonnier définissent les apprentissages professionnels informels comme le résultat de : « *l'acquisition et ou la modification durable des savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produit en dehors des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formation instituées (par l'organisation ou par un agent éducatif formel) et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle* ». Le besoin de développement des compétences est prépondérant dans la formation en alternance des professionnels de santé, en évolution permanente. Dans ce contexte, des apprentissages dits « *informels* » provenant du terrain, sont générateurs de multiples compétences à valoriser.

L'apprentissage informel est souvent qualifié « *d'expérience* » ou « *d'apprentissage non intentionnel* » car il se réalise tout au long de la vie sans que l'apprenant en prenne forcément conscience¹¹⁶. Ils peuvent apparaître dans n'importe quel endroit ou espace, dans la vie personnelle, dans les activités de loisirs ou activités professionnelles. Muller¹¹⁷ parle des « *apprentissages informels comme un continent caché* ».

Selon Carré une conception « *apprenante* » de l'organisation, émerge : « *l'organisation apprenante, c'est avant tout une question d'attitude. Il faut embaucher des gens qui ont envie d'apprendre et leur proposer en permanence de la formation pour qu'ils apprennent. Progressivement, ils prennent leur autonomie et à un moment donné ils auto-apprennent* »¹¹⁸. On observe ainsi un changement conceptuel de l'apprenance, considéré comme une attitude caractéristique personnelle d'ouverture aux opportunités d'apprendre, comme conditions favorables à son développement.

¹¹⁵ Carré, P. et Charbonnier, O. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris : L'Harmattan, p. 170.

¹¹⁶ Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers : Pour une valorisation des apprentissages informels*. Paris : Seli Arslan, p. 59.

¹¹⁷ Idem, p. 53.

¹¹⁸ Carré, P. (2005). *Op. Cit.*

1.3.2. Emergence de l'apprenance en situation de crise

Bien que la relation entre les situations de crise et l'apprenance reste encore peu approfondie dans la littérature, certains auteurs ont pu mettre en évidence un certain nombre d'éléments de réponse en ce qui concerne l'apprenance organisationnelle. Nous pouvons citer notamment les travaux de March et Olsen¹¹⁹, Fiol et Lyles¹²⁰, Crossan *et al.*¹²¹, Popper et Lipshitz¹²², Smith et Elliott¹²³, Lalonde¹²⁴, Deverell¹²⁵ et Veil¹²⁶.

D'après Roux-Dufort¹²⁷, cet ensemble de travaux a montré que les situations de crise peuvent être « *un moment privilégié pour découvrir ce qui en temps normal demeurerait invisible et par la suite introduire des changements dans le but de pallier des défaillances organisationnelles* ». Par exemple, Meyer *et al.*¹²⁸ montrent que la grève massive des anesthésistes des hôpitaux à San Francisco en 1975 a parfois été source d'adaptation des organisations. Ursacki-Bryant *et al.*¹²⁹ ont cherché à montrer que les situations de crise peuvent constituer une source d'apprenance organisationnelle destinée aussi bien à prévenir les crises qu'à réduire leur impact ou à les gérer plus efficacement. Selon ces auteurs, ces situations peuvent être le lieu de « *changements visant à rendre l'organisation plus résiliente et efficace* ». Schwab¹³⁰ a signalé que l'apprenance organisationnelle se produit « *lorsque l'expérience modifie systématiquement les comportements* », ce qui indique que « *le processus d'apprenance organisationnelle*

¹¹⁹ March, J.G. et Olsen, J.P. (1975). Organizational learning under ambiguity. *European Journal of Policy Review*, 3 (2), 147-171.

¹²⁰ Fiol, C.M. et Lyles, M.A. (1985). Organizational Learning. *Academy of Management Review*, 19 (4), 803-813.

¹²¹ Crossan, M.M., Lane, H.W. et White R.E. (1999). An organizational learning framework : from intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24 (3), p. 522-537.

¹²² Popper, M. et Lipshitz, R. (2000). Organizational learning mechanisms, culture, and feasibility. *Management Learning*, 31, 181-196.

¹²³ Smith, D. et Elliott, D. (2007). Exploring the Barriers to Learning from Crisis. *Organizational Learning and Crisis. Management Learning*, 38 (5), 519-538.

¹²⁴ Lalonde, C. (2007). The Potential Contribution of the Field of Organizational Development to Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15 (2), 95-104.

¹²⁵ Deverell, E. (2009). Crises as Learning Triggers : Exploring a Conceptual Framework of Crisis-Induced Learning. *Journal of Contingencies et Crisis Management*, 17 (3), 179-188.

¹²⁶ Veil, S. R. (2011). Mindful Learning in Crisis Management. *Journal of Business Communication*, 48 (2), 116-147.

¹²⁷ Roux-Dufort, C. (2004). *Op. Cit.*

¹²⁸ Meyer, A. D., Brooks, G. R., et Goes, J. B. (1990). Environmental jolts and industry revolutions : Organizational responses to discontinuous change. *Strategic Management Journal*, 11 (4), 93-110.

¹²⁹ Ursacki-Bryant, T. J., Smart, C., et Vertinsky, I. (2008). The fit between crisis types and management attributes as a determinant of crisis consequences, p. 175 In G. P. Hodgkinson et W. H. Strabuck (Eds.), *The Oxford Handbook of Organizational Decision Making*. Oxford : Oxford University Press.

¹³⁰ Schwab, A. (2007). Incremental Organizational Learning from Multilevel Information Sources : Evidence for Cross-Level Interactions. *Organization Science*, 18 (2), p. 233.

distingue clairement la cognition et le comportement, ainsi que les leçons observées et les leçons mises en œuvre ».

Il est important de distinguer trois domaines principaux concernant les relations entre les situations de crise et l'apprenance organisationnelle (en tant que processus) : apprenance pré-situation de crise pour anticiper ; apprenance per-situation de crise à partir des situations et apprenance post-situation de crise.

L'apprenance pour anticiper les situations de crise est axée sur le développement de la capacité à faire face aux évènements déclencheurs lorsqu'ils se produisent¹³¹. Certaines organisations semblent développer des capacités réactives, plutôt que de chercher à prévenir les crises. Dans ce domaine, l'objectif de l'apprenance est de développer une capacité d'intervention. Cette phase de prévention prend en compte plusieurs modélisations et scénarios. Bien qu'un tel processus puisse être entrepris, dans une première étape, il s'agit de reproduire les structures et processus existants en cas de situation de crise. Dans une deuxième étape, une réflexion plus approfondie va améliorer la compréhension des vulnérabilités et dépendances externes¹³².

La modélisation et la simulation peuvent jouer un rôle vital dans l'apprenance pour tester la vulnérabilité des organisations et anticiper les situations de crise futures. Comme l'a montré Nathan¹³³, les organisations souhaitent apprendre des évènements, mais il leur manque souvent la volonté. Une limite constatée dans ce type d'approche est qu'en l'absence d'une situation réelle d'urgence et de menace, il est difficile de trouver la motivation nécessaire, habituellement générée par l'expérience directe d'une situation de crise.

La perspective de recherche qui semble la plus prometteuse concerne la notion d'apprenance informelle sur le terrain. Les organisations sont susceptibles d'apprendre de leurs propres expériences et des expériences des autres. Cette apprenance aide à définir les normes de prévention qu'une organisation doit mettre en place pour générer une plus grande « *résilience organisationnelle* »¹³⁴.

¹³¹ Elliott, D., Swartz, E. et Herbane, B. (2002). *Business Continuity Management : A Crisis Management Approach*. London : Routledge.

¹³² *Idem*.

¹³³ Nathan, M.L. (2004). How past becomes prologue : A sensemaking interpretation of the hindsight-foresight relationship given the circumstances of crisis. *Futures*, 36 (2), 181-199.

¹³⁴ Smith, D. (2005). Business (not) as usual : crisis management, service recovery and the vulnerability of organizations. *Journal of Services Marketing*, 19 (5), 309-320.

L'accumulation de connaissances représente une première étape dans le processus d'apprenance. Les moyens par lesquels ces connaissances sont diffusées et interprétées jouent un rôle vital dans l'influence et l'ampleur du réajustement culturel qui va avoir lieu. Les modèles de réglementation vont déterminer en partie l'efficacité de la diffusion de ces informations¹³⁵. L'interprétation de ces connaissances dépend des capacités cognitives des professionnels et de l'impact des habitudes organisationnelles et individuelles en place¹³⁶.

Le cadre utilisé pour organiser ces connaissances peut conduire à une interprétation déformée de la réalité¹³⁷. Ceci est particulièrement évident après des événements traumatisants et inhabituels où il peut être difficile de trouver du sens sur ce qui s'est passé¹³⁸. Etant donné que les individus retiennent souvent différentes facettes d'un événement et que les notions de réalité sont toujours socialement construites, il est difficile d'envisager une apprenance organisationnelle efficace sans aucune forme d'intervention.

Des recherches complémentaires semblent nécessaires afin de déterminer de quelle manière les organisations peuvent apprendre efficacement pour prévenir les événements de crise. L'apprenance peut se produire au niveau individuel et collectif et il s'agit de reconnaître qu'il reste encore des difficultés complexes à investir, au regard de l'état actuel des connaissances. Une telle reconnaissance permet de poser les bases pour une apprenance plus efficace lors des situations de crise. Comme le signale Smith¹³⁹, la reconnaissance de « *ce qui ne va pas bien* » peut servir de base à une apprenance de second niveau.

Divers auteurs mettent l'accent sur l'apprenance comme un acte d'acquisition de connaissances associé aux changements et à l'évolution des pratiques de travail¹⁴⁰. Dans ce sens, certaines études portent sur les possibilités d'apprenance post-situation de crise, en se focalisant sur les facteurs qui peuvent influencer cette démarche sur le terrain. Ces travaux montrent que l'apprenance, ou les changements apportés par les situations de crises, peuvent se dérouler de différentes manières. Il est possible d'étudier les événements critiques des autres organisations

¹³⁵ Hynes, T. et Prasad, P. (1997). Mock bureaucracy in mining disasters. *Journal of Management Studies*, 34 (4), 601-623.

¹³⁶ Elliott, D. et Smith, D. (2006). Cultural Readjustment after Crises : Regulation and Learning from Crises Within the UK Soccer industry, *Journal of Management Studies*, 43 (2), 289-317.

¹³⁷ Starbuck, W.H., Greve, A. et Hedberg, B. (1978). Responding to Crises. *Journal of Business Administration*, 9 (2), 107-137.

¹³⁸ Weick, K.E. (1995). *Op. Cit.*

¹³⁹ Smith, D. (1995). The Dark Side of Excellence : Managing Strategic Failures, in J. Thompson (ed.) *Handbook of Strategic Management*. London : Butterworth Heinemann, 161-91.

¹⁴⁰ Elliott, D. et Smith, D. (2006). *Op. Cit.*

en essayant d'apprendre de leurs expériences¹⁴¹. Pour d'autres, la valeur ajoutée réside sur l'expérience des professionnels en post-situation de crise¹⁴². Cette approche permet d'analyser les vulnérabilités émergentes tout en développant les capacités individuelles et collectives à travers des retours d'expériences.

Dans ce cadre, Roux-Dufort¹⁴³ a identifié quatre possibilités d'apprentissage post-situation de crise : ne rien apprendre et faire comme si la crise n'avait été qu'un événement exceptionnel dans la vie de l'organisation ; capitaliser sur la crise pour améliorer l'existant ; capitaliser sur la crise pour remettre en cause des présupposés de gestion inadéquats ; et capitaliser sur la crise pour redéfinir l'identité de l'organisation. Certes plusieurs voies peuvent conduire à l'apprenance post-situation de crise, mais encore faut-il que les organisations soient en mesure de le faire.

Ce questionnement a motivé une deuxième catégorie de travaux. Roux-Dufort¹⁴⁴ considère que malgré le potentiel d'apprenance des situations de crises, les organisations n'y accèdent que rarement. En effet, plusieurs éléments peuvent influencer cette démarche. D'une part, les membres de la cellule de crise doivent avoir un comportement ouvert pour absorber de nouveaux savoirs¹⁴⁵. D'autre part, le caractère turbulent, imprévisible et difficile des situations de crises exige un traitement important de l'ensemble des informations¹⁴⁶. Toutefois, cette démarche n'est pas forcément au cœur des préoccupations des organisations, car elles se concentrent le plus souvent sur leur niveau de stabilité, plutôt que sur le changement. Dans ce cadre, le recours aux solutions habituelles, ou l'évitement de la décision, est plutôt la règle¹⁴⁷.

En outre, l'apprenance résultante d'une situation de crise n'est pas toujours facile à cause de l'engagement demandé. Les changements et le développement des nouvelles procédures sont des processus pour lesquels l'organisation manque de temps, car cela demande des efforts considérables et un engagement continu. A partir de ces développements, l'apprenance post-situation de crise apparaît comme une démarche stratégique pour les organisations.

¹⁴¹ Baum, N. (2004). *Op. Cit.*

¹⁴² Lagadec, P., Artus, P., Bachelet, J.-R. et Baralon, P., (2000). *Ruptures créatrices*. Paris : Éd. d'organisation.

¹⁴³ Roux-Dufort, C. (2003). *Gérer et décider en situation de crise*. Paris : Dunod.

¹⁴⁴ Roux-Dufort, C. (2003). *Op. Cit.*

¹⁴⁵ Argyris, C. (1977). *Op. Cit.*

¹⁴⁶ Nonaka, I. et Von Krogh, G. (2009). Tacit knowledge and knowledge conversion : Controversy and advancement in knowledge creation theory. *Organization Science*, 20, 635-652.

¹⁴⁷ Roux-Dufort, C. (2003). *Op. Cit.*

L'apprenance post-situation de crise commence après la mise en place des réponses d'urgence visant à absorber le choc. Toutefois, c'est davantage son contenu que sa temporalité qui distingue cette phase de celle où l'organisation fait preuve de sa capacité de résilience, les deux phases pouvant se chevaucher¹⁴⁸. Elle est en effet le lieu privilégié des apprenances et adaptations de l'organisation¹⁴⁹.

La question du positionnement des professionnels en situation de crise, doit être considérée comme un élément crucial du processus d'apprenance¹⁵⁰. Il est généralement admis que les situations de crise impliquent des actions humaines qui peuvent facilement être amplifiées, allant d'une simple bifurcation jusqu'à une situation de crise majeure. Cette situation de « *crise en mouvement* » crée le besoin de « *produire du sens* » et joue un rôle important dans la genèse de la situation de crise ainsi que dans la gestion et la prévention¹⁵¹.

Comme Weick¹⁵² l'a signalé, « *si nous pouvons comprendre le processus de création de sens en cas de crise, nous pouvons alors former des personnes capables de prévenir les crises de grande ampleur en gérant plus intelligemment les petites crises* ». Les professionnels doivent comprendre leur propre comportement. Le principe de base du processus d'organisation est la reproduction continue de la réalité commune et partagée au moyen de routines et de normes. La seule possibilité qu'une organisation change est lorsque les processus sont mis en cause ou lorsque de nouvelles normes et procédures sont introduites¹⁵³. Parallèlement, pour qu'un processus d'apprenance puisse s'adapter à des conditions changeantes, il est nécessaire de réfléchir sur la création de sens et ensuite seulement, l'organisation est en mesure de changer les croyances et les hypothèses fondamentales, ainsi que sa vision spécifique sur le monde extérieur.

La création de sens représente la capacité du professionnel à comprendre les circonstances en fonction de son interprétation personnelle et de son expérience passée¹⁵⁴. C'est un continuum et une interaction entre interprétation et action. Pourtant, il a été montré que l'action détermine la

¹⁴⁸ Meyer, A.D. (1982). Adapting to environmental jolts. *Administrative Science Quarterly*, 27 (4), 515.

¹⁴⁹ Roux-Dufort, C. (1996). Crises : des possibilités d'apprentissage pour l'entreprise. *Revue Française de Gestion*, 108, 79-89.

¹⁵⁰ Weick, K.E. (1993). *Op. Cit.*

¹⁵¹ Veil, S. R. (2011). *Op. Cit.*

¹⁵² Weick, K.E. (1988). Enacted Sensemaking in Crisis Situations. *Journal of Management Studies*, 25, 4, p. 308.

¹⁵³ Holmqvist, M. (2004). Experiential Learning Processes of Exploitation and Exploration Within and Between Organizations : An Empirical Study of Product Development. *Organization Science*, 15 (1), 70-81.

¹⁵⁴ Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. et Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16 (4), 409-421.

situation, alors que les idées préconçues déterminent l'action appropriée¹⁵⁵. Le processus de compréhension (donner un sens) est facilité par l'action, alors que l'action peut affecter les événements et aggraver la situation. Selon Weick, la cognition se situe dans la voie de l'action, mais l'action précède la cognition¹⁵⁶.

Weick¹⁵⁷ a distingué sept propriétés différentes de la création de sens : la construction d'identité, la mise en acte, le contexte social, la compréhension continue, l'extraction de signaux et la plausibilité. Selon Muhren *et al.*¹⁵⁸, la création de sens représente un cadre cognitif utilisé pour « maîtriser l'environnement extérieur équivoque et sa capacité à de multiples interprétations ». Pour Weick *et al.*¹⁵⁹, des questions comme « que se passe-t-il ? pourquoi cela se passe-t-il ? qu'est-ce que cela signifie ? » sont des questions qui émergent lors du processus de création de sens.

Les composants de base de la création de sens sont la recherche, la création, le traitement et l'utilisation d'informations¹⁶⁰. Ils comprennent également de l'intuition, des opinions, des réponses efficaces, des évaluations et des questions¹⁶¹. Comme Weick *et al.*¹⁶² l'ont précisé, la création de sens consiste à comprendre comment les individus gèrent les interruptions. Ces interruptions, où les professionnels sont confrontés à des problèmes mal structurés et à une certaine ambiguïté, sont particulièrement évidentes dans les situations de crise où la continuité est une exception, la discontinuité devient la règle. C'est une des raisons pour lesquelles, la création de sens revêt une importance particulière.

Le sens d'une situation de crise est guidé par des schémas d'organisation. Les schémas permettent de guider les professionnels lorsqu'ils observent certains aspects de leurs

¹⁵⁵ Staw, B.M., Sandelands, L.E. et Dutton, J.E. (1981). Threat Rigidity Effects in Organizational Behavior : A Multilevel Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 26 (4), 501-524.

¹⁵⁶ Weick, K.E. (1988). *Op. Cit.*

¹⁵⁷ Weick, K.E. (1995). *Op. Cit.*

¹⁵⁸ Muhren, W., Van Den Eede, G. et Van de Walle, B. (2008). Sensemaking and implications for information systems design : Findings from the Democratic Republic of Congo's ongoing crisis. *Information Technology for Development*, 14 (3), 197-212.

¹⁵⁹ Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. et Obstfeld, D. (2005). *Op. Cit.*

¹⁶⁰ Thomas, J.B., Clark, S.M. et Gioia, D.A. (1993). Strategic sensemaking and organizational performance : Linkages among scanning, interpretation, action, and outcomes. *Academy of Management Journal*, 36 (2), 239-270.

¹⁶¹ Savolainen, R. (1993). The sense-making theory : Reviewing the interests of a user-centered approach to information seeking and use. *Information Processing and Management*, 29 (1), 13-28.

¹⁶² Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. et Obstfeld, D. (2005). *Op. Cit.*, p. 5.

expériences et, par conséquent, d'en ignorer les autres¹⁶³. Dans certains contextes, les professionnels continuent à utiliser des schémas obsolètes et ne parviennent plus à trouver des solutions constructives. Ils adoptent dans ce cas, les mêmes comportements qui ont entraîné des conséquences négatives plutôt que de les remettre en question¹⁶⁴.

Les professionnels voient leur environnement à travers leur propre motivation et sur la base de modèles d'expériences passées ce qui influence leur manière de voir les expériences futures : « nous faisons l'expérience du monde en créant des catégories et en établissant des distinctions entre elles, car nous ne reconnaissons que ce que nous attendons et agissons de manière routinière »¹⁶⁵.

1.3.3. Une tentative de conceptualisation de l'apprenance en situation de crise

Une conception intéressante de l'apprenance en situation de crise est celle proposée par Crossan *et al.*¹⁶⁶. Elle consiste à présenter l'apprenance en situation de crise sous la forme de quatre processus : Intuition, Interprétation, Intégration et Institutionnalisation, reliant le niveau individuel, collectif et organisationnel. Cette conceptualisation plaide pour un processus d'apprenance continu et dynamique ou celle-ci ne se produit pas seulement dans le temps, mais va créer « une tension entre assimiler une nouvelle information et exploiter ou utiliser ce qui a déjà été appris »¹⁶⁷.

Cette conceptualisation permet d'identifier les flux d'apprenance : les idées émergent chez les professionnels qui les partagent par la suite entre eux au cours du processus d'intégration. Le processus de dynamique sociale à travers lequel les professionnels interagissent peut faciliter ou inhiber le processus d'apprenance. Quand l'apprenance finit par devenir institutionnalisée, il est très difficile de changer le niveau organisationnel.

¹⁶³ Bartunek, J.M. et Moch, M.K. (1987). First-order, second-order and third-order change and organization development interventions : A cognitive approach. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 483-500.

¹⁶⁴ Nystrom, P.C. et Starbuck, W.H. (1984). To avoid organizational crisis, unlearn. *Organizational Dynamics*, 12, 53-64.

¹⁶⁵ Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Cambridge, MA : Perseus, p. 124.

¹⁶⁶ Crossan, M.M., Lane, H.W. et White R.E. (1999). An organizational learning framework : from intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24 (3), 522-537.

¹⁶⁷ Crossan, M.M., Lane, H.W. et White R.E. (1999). *Op. Cit.*

Au sein d'une organisation qui a subi une situation de crise, la résistance au changement est visible au niveau des structures et des plans, des pratiques et des comportements organisationnels, car ceux-ci sont déterminés par les convictions individuelles et collectives. Seuls les apprenances qui remettent en cause le paradigme organisationnel fondamental constituent la base d'un réajustement culturel complet¹⁶⁸.

Une hypothèse à la base de nombreuses études est que dans les organisations l'apprenance a tendance à suivre une crise. Lorsque les effets immédiats d'une catastrophe ont diminué, il devient possible de se déplacer vers un réajustement culturel complet de type croyances, normes et précautions, pour les rendre compatibles avec la compréhension nouvellement acquise. Sur la base de cette approche, et compte-tenu des travaux fondamentaux de Turner¹⁶⁹ sur le réajustement culturel complet, une apprenance organisationnelle efficace, issue des situations de crise, demande des changements fondamentaux. Toutefois, comme il est nécessaire de croire à la capacité des organisations de s'adapter, Crossan *et al.*¹⁷⁰ estiment que cet objectif n'est pas toujours atteint.

Lorsqu'on analyse les enseignements tirés des phénomènes de crise, il ressort deux processus d'apprenance : un processus d'apprenance de premier niveau appelé « *apprenance en boucle simple* » dans lequel les professionnels détectent et corrigent les failles de l'organisation sans remettre en question les normes de base. Un deuxième processus d'apprenance de deuxième niveau appelé « *apprenance en double boucle* » dans lequel les propositions effectuées par les professionnels prennent la forme d'un renouvellement des normes et hypothèses en vigueur.

L'apprenance de premier niveau ne remet pas en cause les principaux moyens utilisés par les organisations pour évaluer « *ce qu'ils font* ». Par exemple, l'accident nucléaire de Tchernobyl a entraîné des questions sur la sécurité de l'activité principale, les mécanismes de contrôle mis en place en place et l'efficacité de ses plans d'urgence. Par la suite, des pressions ont été exercées sur d'autres sociétés nucléaires et des questions ont été posées sur la sécurité de leurs systèmes centraux.

Plusieurs résultats d'apprenance possibles existent. Tout d'abord, une organisation peut nier avoir un problème en faisant valoir qu'elle possède de meilleurs systèmes, gestion ou

¹⁶⁸ Smith, D. (2002). *Op. Cit.*

¹⁶⁹ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit.*

¹⁷⁰ Crossan, M.M., Lane, H.W. et White R.E. (1999). *Op. Cit.*

technologie. Deuxièmement, l'organisation peut évaluer ses plans et procédures, mais éviter de remettre en question la raison de l'activité principale, c'est-à-dire la production d'énergie nucléaire et les techniques utilisées pour faciliter ce processus. Cette étape est un exemple d'apprenance de premier niveau. L'apprenance a bien eu lieu, mais à un « *niveau superficiel* ». Troisièmement, il y a les organisations qui tiennent compte à la fois des procédures et des processus en place pour trouver des solutions. L'apprenance de deuxième niveau vise une évaluation fondamentale des normes et procédures d'une organisation. Ainsi, l'organisation a la possibilité d'apprendre à plusieurs niveaux et peut remettre en question les hypothèses de départ en appliquant une vision de « *scénarios alternatifs* » à ses propres activités, longtemps après l'accident.

Le choix de chacun de ces processus dépend des questions que les professionnels se posent à la base ; s'agit-il seulement d'une simple réaction à un événement isolé (dans ce cas les actions des professionnels visent uniquement à minimiser les conséquences) ou s'agit-il de faire de la prévention, trouver la cause et s'assurer qu'elle ne se reproduira plus (dans ce cas on vise alors des changements dans l'état des connaissances et comportements et dans les résultats globaux de l'organisation).

Crossan *et al.*¹⁷¹ ont soulevé que, face aux menaces et aux échecs externes, il est plus courant que les professionnels aient tendance à réagir comme une réaction réflexe lors d'une adaptation mécanique, plutôt que de se livrer à des approches analytiques et à la cognition réflexive. Il est possible de tirer des leçons des situations de crise pouvant survenir aux trois étapes de la crise, mais c'est le moment d'après-crise (crise de légitimation) qui représente le moment le plus courant où l'apprenance est censée se produire. Il faut prendre en compte les éventuels processus cognitifs susceptibles de contribuer à l'apprenance organisationnelle et, à l'existence d'obstacles à l'apprenance dans les situations de crise¹⁷². En somme, à partir de ces quatre processus d'intuition, d'interprétation, d'intégration et d'institutionnalisation dans les trois dimensions de l'individu, des groupes et de l'organisation, cette conceptualisation offre de bonnes bases pour l'analyse des éventuels obstacles cognitifs pouvant survenir lors du processus d'apprenance en situation de crise.

¹⁷¹ Crossan, M.M., Lane, H.W. et White R.E. (1999). *Op. Cit.*

¹⁷² Smith, D. et Elliott, D. (2007). *Op. Cit.*

1.3.4. Les obstacles à l'apprenance

Si les travaux sur l'apprenance en situation de crise sont moins nombreux que ceux portant sur la résilience¹⁷³, par exemple, ceux portant sur l'efficacité de l'apprenance sont encore moins nombreux. Or, l'apprenance en situation de crise est censée augmenter la résilience de l'organisation en prévenant les crises, en réduisant leur impact ou en les gérant plus efficacement¹⁷⁴. Les principaux travaux se limitent le plus souvent à l'analyse des changements mis en œuvre, sans se focaliser sur son efficacité, sur la prévention des situations de crise futures. Les études sur les accidents de Challenger et Columbia de la NASA de Farjoun et Starbuck¹⁷⁵ et Vaughan¹⁷⁶ sont une exception. L'analyse de ces accidents montre qu'une apprenance n'est pas nécessairement efficace¹⁷⁷. Ainsi, malgré la volonté de tirer des leçons, une importante collecte d'information, des analyses pertinentes et, de nombreuses modifications organisationnelles, ces auteurs ont montré que, bien que l'apprenance ait pu avoir lieu, elle n'a pas permis d'éviter un nouvel accident¹⁷⁸. Ces recherches montrent que des leçons ne sont pas toujours tirées, notamment concernant les causes les plus profondes telles que l'environnement institutionnel, la structure organisationnelle et la culture¹⁷⁹.

Certains auteurs, notamment Fortune et Peters¹⁸⁰ ou Elliott et Smith¹⁸¹, ont montré que les organisations ont parfois tendance à résister à l'apprenance en situation de crise. De même, plusieurs travaux ont défendu que les organisations ne retirent pas toujours des enseignements des crises qu'elles ont surmontées¹⁸² ou que les modifications organisationnelles restent limitées¹⁸³.

Afin d'apprivoiser les éventuels obstacles à l'apprenance en situation de crise, une réflexion peut être menée sur la complexité du sens que les professionnels attribuent aux situations de

¹⁷³ Ce concept est traité dans le chapitre 1.3.6.3.

¹⁷⁴ Ursacki-Bryant, T.J., Smart, C., et Vertinsky, I. (2008). *Op. Cit.*

¹⁷⁵ Farjoun, M. et Starbuck, B. (2005). Lessons from the Columbia disaster. In W. H. Starbuck et M. Farjoun (Eds.), *Organization At The Limit : Lessons From The Columbia Disaster*, 349-363.

¹⁷⁶ Vaughan, D. (1996). *Op. Cit.*

¹⁷⁷ Vaughan, D. (2005). System effects : On slippery slopes repeating negative patterns and learning from mistake? In W. H. Starbuck et M. Farjoun (Eds.), *Organization At The Limit : Lessons From The Columbia Disaster*, 41-59.

¹⁷⁸ Vaughan, D. (2005). *Op. Cit.*

¹⁷⁹ *Idem.*

¹⁸⁰ Fortune, J. et Peters, G. (1995). *Learning from Failure : The Systems Approach*. Chichester : Wiley.

¹⁸¹ Elliott, D. et Smith, D. (2006). *Op. Cit.*

¹⁸² Bourrier, M. (2002). Bridging research and practice : The challenge of normal operations studies. *Journal of Contingencies et Crisis Management*, 10 (4), 173-180.

¹⁸³ Roux-Dufort, C. (2000). *Op. Cit.*

crise. Une attention particulière peut être portée sur la manière dont les organisations peuvent apprendre efficacement à prévenir les situations de crise. Les freins à l'apprenance sont nombreux¹⁸⁴ et peuvent parfois produire des rationalisations erronées¹⁸⁵. Par exemple, les comportements de défense peuvent limiter la collecte d'information nécessaire à la compréhension. Certains professionnels, ayant souffert, préfèrent oublier, plutôt que se remémorer les événements. D'autres peuvent craindre des poursuites¹⁸⁶. De même, la rigidité des croyances et valeurs peut réduire la création de sens¹⁸⁷.

Pour Farjoun et Starbuck¹⁸⁸, les transformations nécessaires ne sont pas toujours effectuées en raison de difficultés de mise en œuvre ou de conflit avec d'autres priorités. De plus, dans de tels systèmes complexes, les changements effectués peuvent accroître la complexité et favoriser de nouveaux accidents¹⁸⁹. Enfin, la « dés-apprenance » des mauvaises habitudes n'est pas toujours réalisée¹⁹⁰. Selon Roux-Dufort¹⁹¹, les processus de normalisation de la situation de crise peuvent aussi conduire à vouloir chercher un bouc émissaire, plutôt que des explications. Lagadec¹⁹² quant à lui suggère que, pour qu'une organisation puisse apprendre des situations de crise, il faut un véritable engagement de la direction car les « freins potentiel » proviennent souvent du plus haut niveau de la hiérarchie.

Il est également pertinent de mener une réflexion sur le rôle des problèmes cognitifs dans l'apprenance des situations de crise, en particulier le rôle de la représentation mentale de la situation de crise par les professionnels. Il s'agit aussi de mener une réflexion sur la relation avec le processus d'apprenance par la création de sens, les mécanismes de défense individuels et représentations, rationalisations au niveau du collectif de travail et de l'organisation.

Une vigilance sur les éléments cognitifs des organisations et des institutions devient de plus en plus pertinente, notamment sur le rôle des professionnels dans la compréhension et la

¹⁸⁴ Smith, D. et Elliott, D. (2007). *Op. Cit.*

¹⁸⁵ Pearson, C.M. et Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared : A framework for crisis management. *Academy of Management Executive*, 7(1), 48-59.

¹⁸⁶ Bourrier, M. (2002). *Op. Cit.*

¹⁸⁷ Smith, D. et Elliott, D. (2007). *Op. Cit.*

¹⁸⁸ Farjoun, M., et Starbuck, B. (2005). *Op. Cit.*

¹⁸⁹ Vaughan, D. (2005). *Op. Cit.*

¹⁹⁰ Farjoun, M., et Starbuck, B. (2005). *Op. Cit.*

¹⁹¹ Roux-Dufort, C. (2000). *Op. Cit.*

¹⁹² Lagadec, P. (1995). *Risques, crises, ruptures, prévention, gestion de crise*. Paris : Dunod.

signification du contexte social¹⁹³. Ainsi, la construction de la réalité pourrait être déformée par des schémas utilisés pour organiser et interpréter les connaissances¹⁹⁴.

Plusieurs obstacles cognitifs bloquent le processus d'apprenance et représentent un danger pour une organisation enclin aux situations de crise¹⁹⁵. Un premier ensemble d'obstacles est lié à la rigidité des convictions, valeurs et postulats fondamentaux, manque de responsabilité sociale des organisations, autrement dit, la question du déni qui va amener à des problèmes de création de sens¹⁹⁶.

La deuxième catégorie fait référence à des difficultés en matière de communication et d'information, en lien très étroit avec le déni, la centralité de l'expertise, le mépris des tiers¹⁹⁷. Dans ce cas l'information fournie entrave l'identification des vulnérabilités ou le langage est très technique pour les non-experts et l'utilisation de preuves scientifiques est considérée comme nécessaire pour soutenir le paradigme fondamental¹⁹⁸.

Le troisième groupe d'obstacles est constitué par la non-adaptation, la minimisation des menaces et les changements environnementaux, ce qui constitue une propriété émergente des deux premières catégories d'obstacles. Cet ensemble d'obstacles reflète principalement l'utilisation de facteurs à la fois temporels et spéciaux pour nier la possibilité et l'existence du scénario du pire des cas, ou la tendance à accorder une attention très limitée aux leçons tirées d'évènements antérieurs¹⁹⁹.

La fixation sur certains évènements est liée à l'hypothèse erronée selon laquelle les situations de crise sont des évènements uniques entravant ainsi le processus d'apprenance. Le syndrome « *cela ne peut pas arriver ici* » empêche les professionnels d'analyser les indices d'évènements

¹⁹³ Wicks, D. (2001). Institutionalized mindsets of invulnerability : differentiated institutional fields and the antecedents of organizational crisis. *Organizational Studies*, 22 (4), 659-692.

¹⁹⁴ Elliott, D., Smith, D. et McGuinness, M. (2000). Exploring the failure to learn : Crises and the barriers to learning. *Review of Business*, 21 (3), p. 21.

¹⁹⁵ Fischbacher-Smith, D. et Fischbacher-Smith, M. (2009). We may remember but what did we learn ? Dealing with errors, crimes and misdemeanors around adverse events in healthcare. *Financial Accountability et Management*, 25 (4), 451-474.

¹⁹⁶ Goyal, R.K. et Kulkarni, N. (2009). Do we really learn from loss incidents ? *Loss Prevention Bulletin*, 206, 10-18.202.

¹⁹⁷ Reason, J. (1995). *Op. Cit.*

¹⁹⁸ Tombs, S. et Smith, S. (1995). Corporate Responsibility and Crisis Management : Some Insights from Political and Social Theory. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 3 (3), 135-148.

¹⁹⁹ Pauchant, T.C., et Douville, R. (1993). Recent research in crisis management : A study of 24 authors' publications from 1986 to 1991. *Industrial Environment Crisis Quarterly*, 7, 43-66.

se produisant ailleurs²⁰⁰. Les enquêtes qui ne sont pas suffisamment approfondies entraînent l'incapacité des organisations à identifier les véritables menaces, permettant à la culture responsable et aux phénomènes de « *boucs émissaires* » de se développer, empêchant ainsi la recherche de causes.

Outre les obstacles mentionnés, les décideurs dans les situations de crise jouent un rôle important dans le processus d'apprenance et dans la création des cheminements organisationnels de vulnérabilités²⁰¹. Les décideurs ont une grande influence sur le jugement porté sur les niveaux de risque dits « *acceptables* »²⁰². Leurs croyances, leurs valeurs et leurs hypothèses sont considérées comme importantes pour faire émerger le potentiel de crise et générer un système de défense²⁰³. En d'autres termes, ils doivent comprendre la situation de crise pour y faire face²⁰⁴.

Une communication inefficace et des difficultés dans le traitement de l'information peuvent survenir à partir d'un certain nombre de causes. Un premier problème concerne la disponibilité des informations qui peut aider ou empêcher l'identification des vulnérabilités. Le deuxième élément important est que même dans le cas d'une communication importante entre les organisations et leurs parties prenantes, le langage du discours peut être trop technique pour les non-experts. Cela peut entraîner l'exclusion de certaines parties prenantes, en particulier ceux qui ont moins de ressources²⁰⁵. Une expertise « *légitimée* » peut être utilisée pour empêcher certains groupes extérieurs de participer au débat. Le statut des experts intervient pour offrir une meilleure crédibilité de leur avis et leur communication. Un obstacle supplémentaire qui émerge de ces processus est celle de l'évènement. L'hypothèse selon laquelle les évènements catastrophiques sont uniques et contraint dans le temps et l'espace peut entraver le processus d'apprenance²⁰⁶.

Enfin, on peut mentionner deux obstacles additionnels à l'apprenance. Le premier concerne un manque de responsabilité de la part de l'organisation, ce qui entraîne une tendance à se

²⁰⁰ Fischbacher-Smith, D. et Fischbacher-Smith, M. (2009). *Op. Cit.*

²⁰¹ Starbuck, W.H., Greve, A. et Hedberg, B. (1978). *Op. Cit.*

²⁰² Elliott, D., Smith, D. et McGuinness, M. (2000). *Op. Cit.*

²⁰³ Hynes, T. et Prasad, P. (1997). *Op. Cit.*

²⁰⁴ Smith, D. (2005). *Op. Cit.*

²⁰⁵ Smith, D. (1990). *Op. Cit.*

²⁰⁶ Mitroff, I.I., Pauchant, T. C., et Shrivastava, P. (1988). The structure of man-made organizational crisis. Conceptual and empirical issues in the development of a general theory of crisis management. *Technological Forecasting and Social Change*, 33, 83-107.

conformer aux exigences réglementaires. De même, la tendance à nommer un bouc émissaire va également contraindre cette apprenance²⁰⁷. Le deuxième obstacle concerne la tendance des organisations à se concentrer sur une apprenance en boucle simple plutôt que sur une apprenance en double boucle.

Les obstacles cognitifs révélés ne peuvent être abordés et compris qu'à travers le concept de création de sens. Tel que souligné par Weick : « *les actions consacrées à la création de sens jouent un rôle central dans la genèse de la crise et doivent donc être comprises si nous voulons gérer et prévenir les crises* »²⁰⁸. En ne donnant pas de sens à des événements complexes tels que des situations de crise, en oubliant de les mémoriser ou en les qualifiant d'événements non plausibles, les professionnels courent le risque de ne pas tirer les enseignements nécessaires sur les processus qui ont créé les événements indésirables en premier lieu.

Selon Turner²⁰⁹, les rigidités de la croyance conduisent à des malentendus en lien avec des erreurs d'hypothèses. Bien qu'il soit prudent d'éviter de spécifier une quelconque forme de hiérarchie pour les obstacles identifiés. Il est possible d'affirmer que beaucoup de rigidités sont le résultat de convictions profondes et d'une communication inefficace.

Les études sur les accidents de Challenger et Columbia²¹⁰ ont mis en évidence les difficultés de construire un récit d'événement commun avec les personnes impliquées. Ces études illustrent à quel point une vision longitudinale des organisations peut amener une meilleure compréhension des changements de culture et des processus par lesquels les organisations apprennent. Pour Brown²¹¹, le processus de création du sens est influencé par l'hypocrisie et les boucs émissaires, les stratégies au sein desquelles les individus cherchent à préserver leur estime de soi et à diminuer la souffrance psychologique.

Smith et Tombs²¹² ont distingué l'apprenance passive et active, en soulignant les difficultés qui peuvent exister dans le processus de traduction des connaissances en nouveaux comportements. Un certain nombre d'auteurs ont fait valoir que dans l'apprenance, le processus est basé sur la

²⁰⁷ Smith, D. (1999). Crisis as a Catalyst for Change ? Changing Corporate Approaches to Responsibility, in U. Rosenthal, L. Comfort et A. Boin (eds). *From Crises to Contingencies : A Global Perspective*. Springfield, IL : Charles C. Thomas, p. 132.

²⁰⁸ Weick, K.E. (1988). *Op. Cit*, p. 308.

²⁰⁹ Turner, B.A. (1976). *Op. Cit*.

²¹⁰ Vaughan, D. (1996). *Op. Cit*.

²¹¹ Brown, A. (2002). *Op. Cit*.

²¹² Smith, D. et Tombs, S. (1995). Self Regulation as a Control Strategy for Major Hazards, *Journal of Management Studies* 32 (5), 619-36.

culture, la communication utilisée, les structures. Smith²¹³ a identifié cette configuration dans l'approche systémique en montrant que les organisations peuvent voir ces facteurs comme des filtres et voies par lesquelles les informations sont collectées, analysées et traduites en comportement et procédures qui caractérisent une organisation. Pour Elliott et Smith²¹⁴, en se concentrant uniquement sur les éléments techniques, les organisations risquent d'ignorer les aspects humains de la causalité qui sont au cœur de l'incubation de la situation de crise et de l'apprenance.

En somme, l'apprenance organisationnelle efficace des situations de crise nécessite des modifications de croyances, de valeurs et de suppositions fondamentales des membres de l'organisation, qui se traduisent par des changements de comportement durables, grâce à des processus cognitifs intenses. Comprendre et reconnaître le besoin de changement reste une capacité des professionnels à filtrer, interpréter et donner un sens à la situation de crise. Si cela n'est pas fait efficacement, il n'est pas possible de tirer les leçons, ce qui peut créer la vulnérabilité de l'organisation elle-même. Une attention et des recherches additionnelles doivent être menées afin d'évaluer la manière dont les organisations peuvent apprendre efficacement à prévenir les situations de crise, en clarifiant les cadres conceptuels dans lesquels les obstacles sont susceptibles de se produire.

1.3.5. Les émotions, une dimension incontournable des situations de crise

1.3.5.1. Stress aigu

L'impact émotionnel sur les professionnels de santé est une dimension incontournable des situations de crise car les situations se déroulent toujours sous stress individuel et collectif, avec des conséquences sur la dynamique des groupes. Le stress collectif manifesté à grande échelle, vient s'ajouter au stress individuel, en perturbant le moi communautaire de chacun ou le sentiment d'appartenance à l'ensemble.

Crocq *et al.*²¹⁵ ont, entre autres, étudiés les ressentis et les comportements individuels et collectifs des sujets exposés au stress induit par des situations de crise. L'effet de surprise de

²¹³ Smith, D. (1995). *Op. Cit.*

²¹⁴ Elliott, D. et Smith, D. (2006). *Op. Cit.*

²¹⁵ Crocq, L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Op. Cit.*

l'irruption de la situation, avec le poids de la gravité, marqué par le temps accéléré de l'urgence, amène l'individu à un état de stress. Il est donc nécessaire d'analyser ce stress que l'on va subir et savoir qu'il peut devenir nocif, perturbateur, désorganisant, voir paralysant. Ce stress peut être aussi bénéfique et mobilisateur de capacités s'il est bien géré. Ainsi, quand un professionnel est conscient d'être sous stress, c'est déjà un premier pas vers la maîtrise, la canalisation et sa réduction.

Au sujet de la psychologie des situations de crise et du stress, Crocq²¹⁶ note quelques particularités. En premier lieu, la perception de la crise, du risque et du danger qui peut devenir un facteur constitutif de la crise elle-même et aggraver le bouleversement psychologique que sa révélation entraîne. En deuxième lieu, il faut tenir compte du choc émotionnel provoqué par la révélation de la crise, désorganisant dans toutes les capacités cognitives et opérationnelles des individus et des groupes. C'est l'irruption du stress. Ce choc peut affecter les décideurs, les professionnels et les patients eux-mêmes. En dernier lieu, la situation de crise est capable aussi d'augmenter la motivation et les initiatives des professionnels. Le stress peut aussi bien s'avérer mobilisateur que perturbateur.

Lorsque l'on a la connaissance des mécanismes, des effets et des moyens de contrôle, cela peut être facilitateur. Par contre, si le stress est trop intense, durable et répété, il peut évoluer vers un stress dépassé, amenant des conduites inadaptées. Au niveau des groupes, le stress peut aussi bien être bénéfique et faire émerger une certaine solidarité, qu'affoler et amener un état de sidération collective, d'agitation, de désordre ou de fuite.

Dans tous ces phénomènes psychiques, selon Crocq *et al.*²¹⁷, il faut tenir compte de la représentation mentale, intuitive et globale de la crise ; des images et représentations mentales individuelles et collectives ; du discours attendant à la crise dont l'impact peut augmenter le vécu psychologique de gravité ; de la survenue des indices et signes avant-coureurs comme facteurs déclenchant de chocs émotionnels et de désorganisation mentale, augmentés par un effet de médiatisation.

D'après Crocq *et al.*²¹⁸, la psychologie des situations de crise, vécue sur le plan de ses différents critères et au rythme du déroulement de ses phases, se déroule sur les trois plans du psychisme :

²¹⁶ Crocq, L. (1993). *Psychologie de la prise de décision en situation de crise. Les études du cercle*. Paris : Latour Maubourg.

²¹⁷ Crocq, L. (2003). Clinique de la réaction immédiate. *Journal des psychologies*, 208, 48-53.

²¹⁸ Crocq, L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Op. Cit.*

émotionnel, cognitif et de la volonté. Le plan émotionnel est celui des émotions qui accompagne les évènements et vient perturber l'équilibre affectif des professionnels, distillant l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse, voir la dépression. Le plan cognitif, est le plan où se situe la perception des changements de situation, leur évaluation, l'estimation de leur devenir et de leurs conséquences, et la mise en œuvre des capacités de saisie des situations complexes et d'évaluation. Il est enfin le plan où s'exercent les qualités d'anticipation de l'avenir, d'imagination créatrice et d'élaboration des décisions. Le plan de la volonté, c'est le plan où se manifeste l'inhibition de la volonté qui suit immédiatement la révélation de la crise, mais aussi sa reprise, au fur et à mesure que les esprits se ressaisissent, et que les individus prennent conscience qu'ils peuvent avoir une prise sur les évènements.

Les manifestations psychiques qui se produisent dans les trois domaines : cognitif, affectif et volitionnel de l'individu, se traduisent aussi par des comportements, des actes et des paroles, qui sont observables et qui ont des significations. Ces comportements se déploient au milieu des relations entre les individus. Lorsque le professionnel se sent perturbé, inquiet, et qu'il perçoit que ses collègues ou les patients sont en train de vivre les mêmes états psychiques que lui, son psychisme en est modifié.

En situation de crise, c'est l'ensemble des relations qui sont affectées, et qui peuvent subir des modifications structurelles et fonctionnelles. A ce moment-là, les conduites interpersonnelles peuvent évoluer et également se modifier par de la susceptibilité, de l'irritabilité, de l'hostilité, etc. Tous ces changements qui s'opèrent dans le psychisme, lorsque la crise éclate, correspondent à un état bio-neuro-psychologique qui est le stress. Immergé dans la situation de crise, le professionnel prend alors conscience de la gravité de la menace et des enjeux, de l'état de dégradation de la situation, et du peu de temps dont il dispose pour agir.

1.3.5.2. L'apport de l'Intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle se définit par les processus impliqués dans la perception, l'utilisation, la compréhension et la gestion des émotions, pour résoudre les problèmes chargés d'émotions et en réguler le comportement²¹⁹. Ces quatre domaines sont considérés comme

²¹⁹ Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. London : Bloomsbury Publishing, p. 59.

formant une hiérarchie, de plus en plus complexe, de la perception des émotions à la gestion. L'Intelligence émotionnelle globale est la combinaison des quatre capacités.

La première branche de l'intelligence émotionnelle est la capacité de percevoir et d'évaluer avec précision les émotions en soi et chez les autres. Cette capacité comprend la tendance innée des individus à avoir des interactions sociales : la vie sociale n'est possible que parce que les individus possèdent une capacité cognitive complexe pour percevoir et évaluer les autres, inférer leurs intentions et réagir avec des stratégies interpersonnelles élaborées et adaptables. Les professionnels habiles dans la perception des émotions peuvent identifier les émotions dans leurs propres états physiques et pensées, ainsi que dans les expressions faciales, la verbalisation, les postures et les mouvements des autres. Ils sont capables d'exprimer leurs émotions et les besoins qui leur sont liés. Une compétence plus avancée dans ce domaine est la capacité à déterminer si une expression émotionnelle est authentique ou non de par la congruence entre la communication verbale et la communication non verbale. Une fois que les capacités de perception des émotions sont établies, l'utilisation, la compréhension et la régulation des émotions deviennent possibles.

Conformément à un prérequis fondamental de l'intelligence émotionnelle selon lequel les émotions peuvent faciliter le traitement cognitif, la deuxième caractéristique concerne la capacité à tirer parti des émotions pour faciliter la résolution des problèmes. Les professionnels qui possèdent cette compétence peuvent bénéficier de l'émotion qu'ils éprouvent et peuvent aussi générer les émotions les plus susceptibles de faciliter les tâches à accomplir. Par exemple, la recherche de soutien, un lien important entre les émotions agréables et très vives et la pensée créative et originale. Un professionnel habile à utiliser des émotions est plus susceptible de bénéficier d'une émotion agréable et de haute énergie pour réfléchir ou générer de nouvelles approches à une problématique.

La troisième caractéristique des professionnels émotionnellement intelligents concerne la capacité de comprendre les causes et les conséquences des émotions. L'une des compétences de base consiste à étiqueter les émotions avec précision. La recherche dans ce domaine a établi un lien entre une plus grande différenciation des émotions, surtout pour les émotions désagréables, et des niveaux de dépression plus faibles, et une plus grande estime de soi. Ces résultats peuvent être attribués à une meilleure compréhension des causes et des conséquences d'une variété d'émotions, ce qui permet de réagir et de réguler les émotions de manière plus adaptative.

Parmi les autres habiletés, la reconnaissance de la raison pour laquelle certaines émotions se produisent (l'atteinte d'un objectif suscite de la fierté), la prévision de la trajectoire d'une émotion (la tristesse peut se dégrader en désespoir), le changement d'une émotion en une autre (la colère se transforme en satisfaction lorsqu'une injustice est corrigée) et en comprenant comment de multiples émotions peuvent « *se fondre* » pour former une autre émotion (le dégoût et la colère combinés peuvent devenir du mépris).

Pour bien comprendre les émotions, il faut également tenir compte du contexte historique et culturel dans lesquels ces situations sont vécues. L'intelligence émotionnelle évolue et peut être examinée de manière plus approfondie avec des distinctions culturelles et des changements dans les valeurs sociétales au fil du temps. Il est nécessaire de tenir compte du contexte dans l'évaluation des causes et des conséquences des émotions.

La quatrième caractéristique de l'intelligence émotionnelle est la capacité des individus à gérer leurs propres émotions et celles des autres. Elle comprend des compétences telles qu'une ouverture à l'expérience à la fois des émotions agréables et désagréables, une capacité à juger d'une émotion spécifique, et à utiliser des stratégies efficaces de régulation des émotions en tenant compte du contexte situationnel et du résultat souhaité. Les stratégies de régulation des émotions varient en efficacité. Par exemple, des études ont examiné l'efficacité relative de la réévaluation cognitive et de la suppression expressive. Les professionnels qui interprètent différemment dans leur esprit un événement qui pourrait potentiellement provoquer une réaction émotionnelle négative, s'est révélé moins désagréable, et plus efficace, sur le plan des relations interpersonnelles et du bien-être²²⁰.

Les professionnels qui se livrent à la répression expressive (déguisent leurs sentiments) éprouvent des résultats opposés : des émotions plus désagréables, un fonctionnement interpersonnel moins efficace et un bien-être plus faible. En fait, les déficits dans la capacité de régulation des émotions sont la marque de nombreux troubles psychologiques y compris, les troubles de l'humeur. Les professionnels ayant des compétences plus développées en matière de régulation des émotions sont plus susceptibles de choisir des stratégies de régulation efficaces (celles qui ont moins de coûts cognitifs et sociaux)²²¹.

²²⁰ Mayer, J.D. et Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17 (4), 433-442.

²²¹ Mayer, J.D. et Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence ? In P. Salovey, et D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York : Basic Books, 3-31.

1.3.5.3. Le rôle des émotions positives

Les approches traditionnelles de l'étude des émotions ont tendance à négliger et même à ignorer les émotions positives. Fredrickson²²² a développé un modèle alternatif pour les émotions positives qui capture mieux leurs effets uniques. Cet auteur parle de la théorie de l'élargissement et de la construction des émotions positives. Les émotions positives semblent élargir les répertoires pensée-action momentanés des personnes et construire leurs ressources personnelles durables²²³.

Fredrickson²²⁴ oppose ce nouveau modèle à des modèles traditionnels sur les émotions basées sur des actions spécifiques. Les tendances d'actions spécifiques rétrécissent le répertoire pensée-action momentané d'une personne en évoquant une envie d'agir d'une manière particulière. Dans une situation mettant la vie en danger, un répertoire pensée-action restreint favorise une action rapide et décisive qui apporte un bénéfice direct et immédiat.

Les émotions positives ont un effet complémentaire : elles élargissent les répertoires momentanés de pensées-actions des individus, élargissant la gamme des pensées et des actions qui viennent à l'esprit (jouer et créer en faisant l'expérience de la joie, à explorer lorsqu'on éprouve un intérêt²²⁵).

L'hypothèse selon laquelle les expériences d'émotions positives élargissent le répertoire pensée-action momentané d'une personne peut être appuyée par des études qui ont examiné les effets cognitifs et comportementaux des états positifs. Les travaux d'Isen *et al.*²²⁶ et Isen et Daubman²²⁷ ont démontré que les émotions positives produisent des modes de pensée particulièrement inhabituels, flexibles et inclusifs, créatifs et réceptifs. Les émotions positives, en effet, élargissent la gamme de pensées et d'actions qui viennent à l'esprit, tandis que les émotions négatives distinctes effleurent cette même gamme.

²²² Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions ? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.

²²³ Fredrickson B.L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology : The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56, (3), 218-226.

²²⁴ Fredrickson, B.L. (1998). *Op. Cit.*

²²⁵ *Idem.*

²²⁶ Isen, A.M., Johnson, M.M.S., Mertz, E. et Robinson, G. F. (1985). The influence of positive affect on the unusualness of word associations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (6), 1413-1426.

²²⁷ Isen, A.M., et Daubman, K. A. (1984). The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1206-1217.

Les émotions positives semblent « *élargir* » le contexte cognitif²²⁸. Les représentations qui accompagnent les émotions positives, comportent des avantages adaptatifs indirects à long terme parce que l'élargissement construit des ressources personnelles durables. Ces ressources comprennent les ressources matérielles (amélioration de la santé, longévité), les ressources sociales (amitiés, réseaux de soutien social), les ressources intellectuelles (connaissances spécialisées, complexité intellectuelle) et les ressources psychologiques (résilience, optimisme, créativité).

En effet, les ressources personnelles accumulées pendant les états d'émotions positives sont durables. Ils survivent aux états émotionnels transitoires qui ont conduit à leur acquisition. Par conséquent, l'effet souvent accessoire d'éprouver une émotion positive est une augmentation de ses ressources personnelles. Ces ressources peuvent être utilisées dans différents états émotionnels. Ainsi, grâce à des expériences d'émotions positives, les professionnels se transforment, devenant plus créatifs, mieux informés, résilients, socialement intégrés et en bonne santé. Cet effet de « *construction* » des émotions positives est particulièrement utile dans les contextes de stress aigu comme suite à une situation de crise, où ces ressources peuvent souvent s'épuiser. En somme, les émotions positives sont d'importants facilitateurs de l'adaptation et de l'adaptation au stress aigu.

²²⁸ Isen, A.M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 20, 203-253.

1.3.6. Capitalisation de l'apprenance

1.3.6.1. Sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les représentations d'un individu sur sa capacité à atteindre des objectifs ou à faire face à des situations critiques²²⁹. La perception du professionnel sur son niveau d'efficacité peut avoir un effet sur ses pensées, son niveau de motivation, son ressenti et son comportement. Ce sentiment dépend essentiellement de ce qu'il croit pouvoir réaliser « *dans des situations variées* »²³⁰.

Les professionnels qui ont suffisamment de confiance en leurs capacités traitent « *les situations complexes comme des défis à relever plutôt que comme des menaces à éviter* »²³¹. Ces personnes vont de l'avant. Elles sont en capacité de se concentrer sur la démarche à réaliser et vont déployer toutes sortes de stratégies pour surmonter la complexité de la situation. Face à la menace et aux facteurs de stress, ces professionnels sont persuadés qu'ils peuvent agir. Cette vision positive, renforce le niveau de réussite, réduit l'effet du stress et le niveau de vulnérabilité psychologique. Par contre, les professionnels qui commencent à douter, peuvent se retrouver en difficulté et rencontrent des limites.

La perception d'efficacité du professionnel, est basée sur quatre principales sources d'information²³². Tout d'abord, la capacité de « *maîtrise personnelle* » liée au cumul des succès qui augmente le sentiment d'efficacité personnel. Les échecs par contre peuvent le diminuer. Ensuite « *l'apprentissage social* » par l'observation d'autres personnes qui vont réussir et qui sont proche de son profil. Il s'agit d'être en capacité d'analyser ces observations. La troisième source c'est « *la persuasion par autrui* » lors de situations complexes, le soutien et la confiance des personnes présentes. Il est indispensable dans ce cas de penser que l'on va réussir. Et la quatrième source est la capacité à analyser son « *état physiologique et émotionnel* » et savoir utiliser cette évaluation.

Selon Bandura, l'efficacité personnelle est en lien avec « *l'efficacité collective* »²³³. Il y a des liens entre le sentiment d'efficacité ressenti et le niveau de réceptivité de l'environnement.

²²⁹ Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck.

²³⁰ Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. L'Harmattan, *Savoirs*, p. 60.

²³¹ *Idem*, p. 60.

²³² *Idem*, p. 62.

²³³ *Idem*, p. 63.

D'après les travaux de Bandura, l'acquisition de connaissances et compétences s'appuie sur le « *modelage de maîtrise* »²³⁴. Une partie de l'apprentissage se construit par l'observation du comportement d'autres personnes et des limites observées. Ce modelage facilite le développement de « *compétences intellectuelles, sociales et comportementales* »²³⁵. Ce processus, selon Bandura est un moyen de « *capacitation humaine* »²³⁶ importante.

En somme, le concept de sentiment d'efficacité personnelle de Bandura²³⁷ s'inscrit dans une approche sociocognitive. La notion « *d'agentivité* » comprend la capacité à prévoir et à moduler l'action : « *le système de soi est une des composantes de l'individu, il est constitué de cognitions qui reflètent l'histoire du sujet* »²³⁸. Cette approche considère les individus pro-actifs de leur vie. Ils agissent et sont en capacité de se réguler.

1.3.6.2. Croissance personnelle

Nous savons que les professionnels de santé sont exposés à une gamme d'évènements potentiellement traumatisants. Par exemple, Cornile et Meyers²³⁹ ont évalué que les professionnels de santé éprouvaient une moyenne de 7 évènements traumatisants à travers leurs carrières. Crabbe *et al.*²⁴⁰ ont mentionnés les effets négatifs des attentats terroristes, catastrophes naturelles, suicides, agressions par arme blanche, viols, et abus sexuels. On peut donc postuler que l'exposition au traumatisme fait partie intégrante des risques opérationnels des professionnels de santé. Seery *et al.*²⁴¹ appellent cette réalité une « *adversité cumulative* », soit « *le total d'adversité expérimentée par une personne pendant sa carrière* ».

²³⁴ Lecomte, J. (2004). *Op. Cit*, p. 75.

²³⁵ Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

²³⁶ Lecomte, J. (2004). *Op. Cit*, p. 75.

²³⁷ Bandura, A. (2003). *Op. Cit*.

²³⁸ *Idem*.

²³⁹ Cornile, T.A. et Meyers, T. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers : Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1), 15-31.

²⁴⁰ Crabbe, J. M., Bowley, D. M., Boffard, K. D., Alexander, D. A. et Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire ? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medical Journal*, 21, 568-572.

²⁴¹ Seery, M.D., Holman, E.A. et Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us : Cumulative lifetime trauma, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99 (6), p. 1035.

Les effets négatifs d'une exposition à des événements traumatisants sont aujourd'hui bien établis. On peut citer par exemple Seery *et al.*²⁴² qui ont montré que les individus exposés à des périodes prolongées de traumatisme éprouvent fréquemment des niveaux accrus de détresse, de déficience fonctionnelle, de signes de stress post-traumatique et une diminution de la satisfaction de vie. Cadell *et al.*²⁴³ attirent l'attention sur le fait que la recherche a établi une connaissance croissante sur les effets de l'adversité ou du traumatisme, mais les résultats positifs ont été négligés pour comprendre comment les individus répondent à ces situations et que peu de recherche a été entreprise pour examiner les facteurs qui contribuent à la croissance.

Toutefois, des recherches récentes suggèrent que l'exposition à des événements traumatisants peut aussi amener à un changement personnel positif. Des relations interpersonnelles améliorées, la croissance spirituelle, une force personnelle plus grande et des changements positifs relatifs aux valeurs et aux priorités, sont des bénéfices potentiels avancés par certains auteurs, notamment Barrington et Shakespeare²⁴⁴.

Tandis que le terme de la « *croissance dans l'adversité* » est l'expression la plus largement utilisée pour la construction de changement positif après le trauma et l'adversité, un certain nombre d'autres termes ont été développés et sont souvent utilisés de manière interchangeable. Ceux-ci incluent : un changement psychologique positif, des avantages perçus, une croissance causée par le stress, une découverte de signification, des émotions positives, des représentations positives, la découverte d'avantages, un ajustement positif, une adaptation positive, etc.

Les recherches empiriques sur le sujet de la croissance dans l'adversité sont devenues un champ prometteur depuis les travaux de Tedeschi et Calhoun²⁴⁵ et Linley et Joseph²⁴⁶. Aldwin note que pendant longtemps certains chercheurs ont suggéré que des effets positifs peuvent résulter du stress et que cela peut être une condition nécessaire pour des individus, pour grandir en tant qu'êtres humains²⁴⁷. Linley et Joseph soulignent que les individus utilisent des événements

²⁴² Seery, M.D., Holman, E.A., et Silver, R.C. (2010). *Op. Cit.*

²⁴³ Cadell, S., Regehr, C. et Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth : A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (3), 279-287.

²⁴⁴ Barrington, A.G. et Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma : An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26 (1), 89-105.

²⁴⁵ Tedeschi, R.G. et Calhoun, L.G. (1995). *Trauma et transformation : Growing in the aftermath of suffering*. CA : Thousand Oaks.

²⁴⁶ Linley, P.A. et Joseph, S. (2006). The positive and negative effects of disaster work : A preliminary investigation. *Journal of Loss and Trauma*, 11(3), 229-245.

²⁴⁷ Aldwin, C.M. (2007). *Stress, coping, and development : An integrative perspective*. New York : The Guilford Press.

difficiles comme un tremplin pour leur propre croissance et développement²⁴⁸. Ces auteurs ont montré qu'un individu peut ressentir de la transformation à la suite des épreuves amenant à affronter l'adversité.

La croissance dans l'adversité fait référence aux changements positifs que les individus peuvent éprouver après un traumatisme ou d'autres événements stressants²⁴⁹. Conceptuellement, la croissance dans l'adversité décrit trois dimensions. D'abord, certains professionnels reconnaissent que leurs relations sont améliorées d'une certaine façon, par exemple lorsqu'ils valorisent davantage leurs amis et leur famille et ressentent une compassion et un altruisme accru envers les autres²⁵⁰. Deuxièmement, certains individus reconnaissent changer leur perception des événements, par exemple, lorsqu'ils ont un sens plus grand de leur capacité de résistance personnelle (capacité de résilience) avec un niveau d'acceptation plus grand de leurs fragilités et limites²⁵¹. Troisièmement, il est souvent rapporté que des changements dans la philosophie de vie sont susceptibles d'émerger lorsqu'on vit des situations difficiles²⁵².

Staub et Vollhardt²⁵³ considèrent que la croissance dans l'adversité dépend de comment les individus interprètent ou évaluent les événements traumatisants et non de caractéristiques des événements eux-mêmes. On peut en déduire que la croissance dans l'adversité n'est pas imposée extérieurement, mais permet plutôt un développement intra-personnel²⁵⁴. Les recherches dans le domaine de la croissance post-traumatique peuvent donc offrir une compréhension accrue de la capacité des individus non seulement à supporter l'adversité mais aussi à prospérer et devenir plus forts²⁵⁵. En somme, la croissance dans l'adversité se réfère à un changement positif non normatif dans le fonctionnement et a été assimilée à l'utilisation de l'expérience traumatisante comme un tremplin pour atteindre un niveau plus élevé d'épanouissement personnel.

²⁴⁸ Linley, P.A., Joseph, S. et Loumidis, K. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (3), 185-188.

²⁴⁹ Linley, P.A. et Joseph, S. (2004a). Positive change following trauma and adversity : A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11-21.

²⁵⁰ Linley, P.A. et Joseph, S. (Eds.). (2004b). *Positive psychology in practice*. Hoboken : John Wiley et Sons.

²⁵¹ Tedeschi, R.G., Park, C.L. et Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic growth : Conceptual issues. In R.G. Tedeschi, C.L. Park et L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth : Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ : Erlbaum Publishers, 1-22.

²⁵² Park, C.L. et Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section : Growth following highly stressful life events - current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 791-796.

²⁵³ Staub, E. et Vollhardt, J. (2008). Altruism born of suffering : The roots of caring and helping after victimization and other trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 267-280.

²⁵⁴ Linley, P.A. et Joseph, S. (2004a). *Op. Cit.*

²⁵⁵ Park, C.L. et Helgeson, V. S. (2006). *Op. Cit.*

1.3.6.3. Résilience

La résilience est définie comme une adaptation réussie ou l'absence d'un résultat pathologique à la suite d'une exposition à des événements de la vie stressants ou potentiellement traumatisants ou à des circonstances de la vie²⁵⁶. Il s'agit à la fois de la capacité de maintenir un résultat sain après une exposition à l'adversité et de la capacité de rebondir après une expérience négative. La résilience consiste donc à disposer de ressources psychologiques et sociales qui aident les individus à tolérer l'adversité²⁵⁷, mais la capacité de faire face à l'adversité peut elle-même favoriser le développement de la résilience subséquente²⁵⁸. Ainsi, la résilience désigne généralement l'adaptation positive dans le contexte du risque ou de l'adversité. Il s'agit d'un concept large qui englobe un large éventail de phénomènes, y compris la capacité d'un système à résister à des défis importants ou à s'en remettre.

Dans le domaine du développement humain, la recherche sur la résilience s'est concentrée sur trois aspects : bien fonctionner en période d'adversité importante (résistance au stress) ; revenir à un niveau antérieur de bon fonctionnement après une expérience traumatisante ou très perturbante (rebondir) ou atteindre de nouveaux niveaux d'adaptation positifs ou normaux lorsque des conditions défavorables s'améliorent. Dans tous ces cas, la résilience désigne les tendances de bien faire après une exposition à une adversité ou à une menace grave.

Quels types de facteurs peuvent engendrer de la résilience chez les professionnels de santé menacés par l'adversité lors d'une situation de crise ? Comment ces facteurs fonctionnent-ils ? Les travaux sur la gestion des situations de crise apportent un certain nombre d'éléments de réponse à cette question notamment en ce qui concerne la capacité des professionnels à résorber les chocs ainsi que les facteurs de prévention et d'impact relatifs à la vulnérabilité des organisations. Pearson et Mitroff²⁵⁹, par exemple, ont étudié les facteurs qui permettent aux professionnels l'absorption des chocs. Selon Weick et Sutcliffe²⁶⁰, la rapidité de prise de décision des réponses à mettre en œuvre constitue un élément clé : ces réponses concernent

²⁵⁶ Egeland, B., Carlson, E. et Sroufe, L. A. (1993). Resilience as Process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.

²⁵⁷ Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

²⁵⁸ Carver, C. (1998). Resilience and Thriving : Issues, Models and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 245-266.

²⁵⁹ Pearson, C.M. et Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared : A framework for crisis management. *Academy of Management Executive*, 7 (1), 48-59.

²⁶⁰ Weick, K.E. et Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected : Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco : Jossey-Bass.

aussi bien la communication pour satisfaire les demandes externes que les actions visant à résorber le choc. Ces réponses opérationnelles rapides gagnent à être réalisées dans le cadre d'une centralisation temporaire de l'autorité²⁶¹. Toutefois, d'autres travaux montrent une tendance opposée des décideurs qui consiste à éviter de prendre des décisions et laisser à d'autres la responsabilité des opérations²⁶². Pour Meyer²⁶³ les réponses opérationnelles dépendent du mécanisme organisationnel qui fournit les ressources nécessaires durant la pénurie. C'est-à-dire une structure qui facilite la coordination des activités et une « *idéologie participative* » dans le cadre de la « *déclaration de mission* » de l'organisation comme par exemple les cellules de crise.

Pour Hollnagel²⁶⁴, la résilience organisationnelle est la « *capacité d'une organisation à garder ou retrouver un état de stabilité dynamique qui lui permet de poursuivre ses opérations pendant et après un incident majeur ou en présence d'un stress continu* ». D'après de nombreux auteurs, comme entre autres Meyer²⁶⁵, Weick *et al.*²⁶⁶ ou Boin et McConnell²⁶⁷, la résilience organisationnelle est la capacité à surmonter un danger manifeste. Pour Meyer²⁶⁸, cette capacité comporte deux dimensions : la capacité à résister ou à limiter l'impact d'un incident et la capacité à résorber l'impact. Pour Boin et McConnell la définition retenue est donc large dans la mesure où elle ne limite pas la résilience à la résorption de l'impact ou à la réduction des pertes et inclut la capacité à éviter les chocs²⁶⁹. D'après cette définition, toute organisation qui parvient à surmonter une situation de crise fait preuve de résilience faible dans la mesure où une plus forte résilience lui aurait permis d'éviter la crise.

Selon Meyer²⁷⁰, la principale source de réduction de l'impact des turbulences externes, contrairement aux crises d'origine interne, est structurelle et concerne l'interaction des activités

²⁶¹ Meyer, A. D., Brooks, G. R. et Goes, J. B. (1990). Environmental jolts and industry revolutions : Organizational responses to dis continuous change. *Strategic Management Journal*, 11 (4), 93-110.

²⁶² Forgues, B. (1993). *Op. Cit.*

²⁶³ Meyer, A. D. (1982). Adapting to environmental jolts. *Administrative Science Quarterly*, 27 (4), 515-52.

²⁶⁴ Hollnagel, E. (2006). Resilience : The challenge of the uns table. In E. Hollnagel, D. D. Woods et N. Leveson (Eds.), *Resilience Engineering: concepts and precepts*. Burlington : Ashgate, p. 16.

²⁶⁵ Meyer, A. D. (1982). *Op. Cit.*

²⁶⁶ Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. et Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability : Processes of collective mindfulness. In R. I. Sutton et B. M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior. Elsevier Science/JAI Pres*, 21, 81-123.

²⁶⁷ Boin, A. et McConnell, A. (2007). Preparing for critical infrastructure breakdowns : The limits of crisis management and the need for resilience. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15 (1), 50-59.

²⁶⁸ Meyer, A. D. (1982). *Op. Cit.*

²⁶⁹ Boin, A. et McConnell, A. (2007). *Op. Cit.*

²⁷⁰ Meyer, A. D. (1982). *Op. Cit.*

avec l'environnement. Selon cet auteur, des activités diversifiées permettent de réduire l'impact d'une turbulence de l'environnement. Ainsi, pour Meyer, sur un plus long terme, « *une forte résilience qui permet d'éviter les conséquences négatives d'un environnement turbulent requiert des changements continus, nécessitant une veille informationnelle et des expérimentations* »²⁷¹.

Les sources de résilience varient en partie en fonction de l'origine de la crise, interne ou externe. D'après Weick²⁷², dans les situations de crise d'origine interne, les sources de résilience se focalisent sur l'optimisation du système de production pour éviter ou contenir l'incident. Roberts²⁷³ a montré l'importance de l'entraînement, de la simulation, de la redondance. Grabowski et Roberts²⁷⁴ ont montré l'importance d'une culture de conscience du risque et de vigilance collective. Ce sont ces caractéristiques qui permettent aux organisations d'apprendre de façon continue. La résilience en tant que capacité à éviter les situations de crise est ainsi le résultat d'une apprenance continue.

1.4. Conclusion de la partie I : les situations de crise transforment le rapport au savoir

Ce chapitre, avait pour objectif de délimiter le concept de situation de crise en terrain hospitalier, et de proposer une catégorisation de ces situations qui va me permettre, par la suite, de proposer une cartographie. J'ai proposé une approche diachronique des situations de crise en terrain hospitalier qui m'a amené à retenir une approche à la fois processuelle et systémique de ces situations.

J'ai ensuite intégré la notion d'apprenance, puis initié le débat de l'apprenance en situation de crise et notamment la question spécifique des obstacles à cette apprenance. J'ai développé ensuite la thématique de la gestion des émotions, une dimension incontournable et notamment la gestion du stress aigu. Des concepts importants tels que l'intelligence émotionnelle, les émotions positives, le sentiment d'efficacité personnelle, une croissance personnelle et

²⁷¹ Meyer, A. D. (1982). *Op. Cit*, p. 517.

²⁷² Weick, K.E. (1990). *Op. Cit*.

²⁷³ Roberts, K.H. (1990). Managing high reliability organizations. *California Management Review*, 32 (4), 101-113.

²⁷⁴ Grabowski, M. et Roberts, K. H. (1999). Risk mitigation in virtual organizations. *Organization Science*, 10 (6), 704-721.

professionnelle et une résilience suggèrent des pistes de recherche pour les analyses subséquentes.

Comme le dit Giust-Desprairies²⁷⁵, les situations de crises doivent être vues sous l'angle processuel, ce qui signifie : un ensemble d'étapes dans un processus plus vaste. Souvent les crises trouvent leurs sources dans les imperfections organisationnelles. Dans ce sens, les situations de crise sont un lieu de bifurcation dans une séquence d'évènements qui peut résulter d'une convergence de circonstances latentes dans une institution, transformant une situation de travail habituelle en situation inattendue.

Dans l'analyse du concept d'apprenance, je cherche dans quelles étapes l'apprenance peut se manifester aux cours d'une situation de crise. En vérité, je déduis que l'apprenance peut apparaître dans chacune des diverses étapes des situations de crise, certes de manière différente selon que l'on se trouve en pré, per ou post-crise. L'un des principaux obstacles à l'apprenance en situation de crise est le déni de la crise. Cela provient notamment de la rigidité des convictions, valeurs et postulats fondamentaux de la part des décideurs. Une manière de dépasser cet obstacle est la création d'une véritable culture de crise au sens des organisations.

L'apprenance peut se manifester dans des étapes en amont des situations de crises. A ce sujet certaines organisations semblent développer des capacités réactives plutôt qu'à chercher à prévenir les crises. Ces institutions développent une culture de crise. Dans ce sens, l'objectif de l'apprenance est de développer une capacité d'intervention. Cette forme d'apprenance prend la forme de modélisations et construction de scénarios. Cela permet une réflexion approfondie et une compréhension des vulnérabilités de l'organisation. Dans la phase d'éclatement de la situation de crise, elle-même, l'apprenance se manifeste dans l'acquisition de connaissances associées aux changements de pratiques de travail qui sont remises en question. Dans la phase post-crise, l'apprenance se manifeste sous la forme d'une prise de recul par rapport au vécu de la crise. Dans cette phase, il s'agit pour le professionnel de comprendre le processus de transformation de sens, généré par la crise. Le professionnel doit comprendre son propre comportement. La transformation de sens représente les capacités du professionnel à comprendre les circonstances en fonction de son interprétation personnelle, de son expérience et de son vécu.

²⁷⁵ Giust-Desprairies, F. (2019). *Op. Cit.*

Dans ce cadre, la tentative de conceptualisation de l'apprenance en situation de crise a lieu sous la forme de deux processus : un processus d'apprenance de premier niveau dans lequel les professionnels détectent et corrigent les failles de l'organisation sans remettre en question les normes de base et un processus de deuxième niveau dans lequel les propositions effectuées par les professionnels prennent la forme d'un renouvellement des normes et hypothèses en vigueur. Ces deux processus représentent une base pour l'analyse des éventuels obstacles cognitifs pouvant survenir lors d'un processus d'apprenance en situation de crise. Ce processus d'analyse et de correction dans un premier temps puis de propositions nouvelles avec un nouveau fonctionnement dans un second temps, pose la question du rapport au savoir des professionnels face à l'adversité ? Lors de l'enquête de terrain, c'est un axe qui va être exploré.

Les situations de crise confrontent les professionnels à la gestion des émotions variables selon l'intensité et le contexte d'émergence de la crise. Dans le travail d'analyse que je vais faire par la suite, une de mes préoccupations va consister à extraire des récits cette approche émotionnelle du vécu de la crise. Est-ce que les professionnels ressentent le stress aigu et dans ce cas quels en sont les impacts ? Est-ce que les professionnels arrivent à gérer positivement leurs émotions pour les transformer en potentiel d'apprenance ? Les situations de crise confrontent les professionnels à eux-mêmes, est-ce que de cette confrontation, résulte aussi de l'apprenance notamment via un développement ou croissance personnelle ? Est-ce que ce vécu peut générer un sentiment de résilience ? Ces pistes de recherche sont à investiguer lors de l'enquête.

Ces questions, essentiellement d'ordre qualitatif, requièrent une approche de terrain adaptée. Le choix de cette approche, que je vais décrire dans le chapitre suivant, est basé sur mon expérience du terrain hospitalier, un terrain sensible où les spécificités et la culture exigent une démarche d'investigation au plus proche du vécu de la réalité des acteurs. C'est pourquoi j'ai décidé d'aller interroger les professionnels directement sur le terrain.

Partie II

Comment investir le terrain hospitalier ?

2.1. Introduction : posture du chercheur dans une démarche inductive

La deuxième partie de cette thèse décrit la démarche de recherche envisagée pour recueillir les données au plus près des acteurs du terrain d'enquête. Dans un premier temps, j'explique en quoi le terrain hospitalier est un terrain sensible. Je présente ensuite les grands principes de la théorie enracinée, en prenant appui essentiellement sur l'approche de Guillemette²⁷⁶. Cette méthodologie va me permettre de me concentrer sur les données de terrain pour y extraire des connaissances susceptibles de faire émerger des connaissances nouvelles. Ces données théoriques, spécifiques au terrain hospitalier, seront potentiellement généralisables à d'autres terrains dits « sensibles ». Dans un troisième temps, je décris l'organisation de l'enquête de terrain effectuée par étapes successives, avec les obstacles rencontrés, certains transformés en opportunités, étalée sur 3 années, d'octobre 2018 à juin 2021. Je présente dans cette partie le profil des professionnels interrogés et leur parcours professionnel et de formation. Dans un quatrième temps, je propose de mettre en évidence la typologie des situations de crise recensées à partir de l'analyse des « récits d'expérience » des professionnels de santé interrogés. Le classement des situations de crises est présenté sous forme d'une cartographie. Les situations de crises sont classées selon une échelle macro, méso et micro de l'organisation hospitalière, définie selon l'angle d'observation des acteurs interrogés.

La méthodologie de travail proposée consiste à aller sur le terrain interviewer des professionnels de santé ayant été exposés à des situations de crise diverses, principalement en milieu hospitalier. Ma démarche de recherche s'inscrit dans une approche empirique, compréhensive et qualitative. C'est une étude exploratoire car mon objet de recherche sur l'apprenance en situation de crise est relativement nouveau en France. Je m'inscris dans une approche inductive à dimension ethnographique, fondée sur l'analyse des données de terrain.

Mener une recherche qualitative semble tout à fait adaptée à l'exploration de mon objet de recherche dans la mesure où il concerne le vécu des professionnels de santé dans la gestion des situations de crise en terrain hospitalier. En effet, le recueil de récits d'expériences, semble tout à fait approprié pour faire part de l'expérience des situations de crise qu'elles soient enrichissantes (en termes de développement personnel et professionnel), apprenantes, ou déstabilisantes pour les professionnels. Cette méthode apparaît essentielle pour analyser la complexité de ces situations et évaluer l'impact sur les professionnels. L'approche

²⁷⁶ Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory, pour innover ? *Recherches qualitatives*, 26 (1), 32-50.

compréhensive me paraît donc appropriée pour investiguer ce domaine. Elle permet, entre autres, d'aborder les professionnels interrogés en privilégiant tout d'abord une relation de confiance, une écoute active dans une démarche de compréhension et de reconnaissance de leur vécu et ressenti individuel.

Le contexte hospitalier est très encadré, autant d'un point de vue législatif, qu'en termes de formation et développement des compétences. Il s'agit d'un terrain où l'approche déontologique est la pierre angulaire des règles professionnelles et du code de la santé publique²⁷⁷. Le chercheur doit tenir compte d'une part, du respect du secret professionnel²⁷⁸ et, d'une autre part, de la confidentialité des données de santé²⁷⁹. Je vais donc investir un terrain que je considère « *sensible* » et je vais tenter d'en expliquer les raisons.

2.2. Le terrain hospitalier : un terrain sensible

Avant de poursuivre avec la description de la méthodologie utilisée, il est pertinent d'introduire le débat sur l'hôpital en tant que terrain « *sensible* ». Hennequin²⁸⁰ a mené une réflexion pluridisciplinaire, autour des recherches confrontées à la difficulté des sujets sensibles en sciences sociales. L'auteure pose la question suivante : qu'est-ce qu'une recherche sensible ? Elle part du principe que définir ce qui rend une recherche sensible est une démarche complexe. Selon Hennequin²⁸¹ la qualification d'objet sensible pour un projet de recherche n'est pas seulement un problème sémantique mais demande une nécessaire prise en considération de questionnements pratiques et éthiques.

Renzetti et Lee²⁸² mettent l'accent sur les aspects éthiques et de questionnements pratiques, liés à la recherche en sciences sociales et humaines. Ils définissent une recherche sensible, comme celle qui pose pour les personnes impliquées une menace dont l'émergence rend problématique, la collecte, des données²⁸³.

²⁷⁷ Code de déontologie des infirmiers. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016.

²⁷⁸ Article R. 4312-5 du Décret supra cité.

²⁷⁹ Article R. 4312-9 du Décret supra cité.

²⁸⁰ Hennequin, E. (2012). *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles : approches en sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.

²⁸¹ *Idem*.

²⁸² Renzetti, C.M. et Lee, R.M. (1993). *Researching sensitive topics*, CA : Newbury Park.

²⁸³ *Idem*.

Hennequin²⁸⁴ précise que la recherche sensible, peut générer des risques méthodologiques, techniques, éthiques, politiques, légaux et personnels pour le chercheur comme pour les personnes interrogées. Il n'est pas toujours possible d'anticiper ces risques malgré une planification en amont. Ce sont des problèmes potentiels qui peuvent survenir à n'importe quelle étape de la recherche.

Certains sujets sont plus facilement reconnus comme sensibles que d'autres car les menaces potentielles sont évidentes. Ils tendent à être des thèmes qui nécessitent que le chercheur explore des attitudes, des comportements ou des expériences que la plupart des personnes considèrent comme personnels. Ces thèmes impliquent la révélation de pratiques qui peuvent être considérées comme déviantes, qui menacent les positions ou les intérêts des personnes ou d'institutions puissantes. Ils peuvent remettre en question des croyances ou des pratiques d'un groupe ou d'une institution, considérés jusque-là comme sacrés²⁸⁵.

Selon Hennequin²⁸⁶, tout objet de recherche peut induire un conflit, des stigmates, un stress émotionnel, un danger physique et une probabilité d'être considéré comme sensible. La majorité des chercheurs reconnaissent la nature sensible de ces thématiques de recherche, mais accordent moins d'importance au fait que la façon dont un sujet de recherche est caché ou dont les variables sont opérationnelles, peut faire apparaître des questions de sensibilité.

Hennequin²⁸⁷ répertorie certains risques autant pour les participants à l'étude comme pour le chercheur. Un des aspects qui ressort est la nature émergente de la menace et de la sensibilité. Certains sujets ou méthodes semblent sensibles en termes de menaces sur le plan émotionnel et ou physique, et la sensibilité apparaît lors du projet de recherche de manière inattendue. Divers types de contraintes apparaissent à des stades différents : lors de la relation d'enquête qui concerne la place et la reconnaissance de l'ethnologue sur son terrain ; lors des échanges avec les institutions ; dans l'interprétation des données et la restitution des résultats auprès de divers publics.

Les terrains reconnus comme sensibles ont-ils l'exclusivité de la complexité et des questionnements réflexifs ? Tout terrain, peut-il comporter des biais et des obstacles ? Les expériences de terrain, montrent des limites méthodologiques, épistémologiques et éthiques

²⁸⁴ Hennequin, E. (2012). *Op. Cit.*

²⁸⁵ Renzetti, C.M. et Lee, R.M. (1993). *Op. Cit.*

²⁸⁶ Hennequin, E. (2012). *Op. Cit.*

²⁸⁷ *Idem.*

spécifiques, que tout chercheur en sciences sociales peut rencontrer, du recueil de données à l'interprétation et à la restitution.

Selon Bouillon *et al.*²⁸⁸ le qualificatif de terrain sensible inclut plusieurs sens. Un terrain est sensible lorsqu'il révèle une souffrance sociale, de l'injustice, de la domination, de la violence. Il peut être sensible quand il amène à délaissé le protocole d'enquête initial. L'ethnographe doit inventer, en maintenant une rigueur scientifique. Le terrain peut s'avérer sensible quand il provient d'enjeux socio-politiques, notamment au regard de certaines institutions. On peut se questionner sur les terrains dits sensibles, apportent-ils plus d'opportunités d'apprentissages ?

Plusieurs questions émergent sur l'identification du chercheur sur son terrain, la place du contre-don dans la relation ethnographique et l'implication du chercheur sur le terrain. La question essentielle que l'on peut se poser comme chercheur : est ce que l'on est identifié sur le terrain ? Comment cette identité influence la pratique d'enquête ? Bouillon *et al.*²⁸⁹ dressent à ce titre une typologie des contre-dons : l'aide (régularisation administrative pour des étrangers par exemple), et notamment l'écoute car l'ethnographe offre la possibilité d'expression et la gratification symbolique liée à l'image d'une contribution à des travaux scientifiques. Dans la relation ethnographique, ce contre-don ressemble plus à un lien d'interaction qu'à du savoir. Le chercheur est le bénéficiaire de son enquête et les participants ne vont pas forcément gagner quelque chose au regard de leur situation. Les pratiques de don qui proviennent de la relation ethnographique sont vues sous l'angle de marqueurs de l'implication du chercheur.

On peut ainsi mener un questionnement : est-ce que le chercheur doit tenir une position d'extériorité ou d'intériorité sur son terrain d'enquête ? L'implication comporte des risques pas toujours maîtrisés lorsque les participants surinvestissent l'aptitude du chercheur à donner des informations et des éventuelles solutions. Le chercheur peut être déstabilisé et se retrouver dans une situation sensible, il est impliqué de manière indirecte. Certains anthropologues ont le sentiment qu'il faut donner de sa personne pour recueillir les données provenant du terrain.

En vue des considérations précédentes, la question que je me suis posé est la suivante : le terrain hospitalier peut-il être considéré comme un terrain dit « *sensible* » ? En effet, dans le cadre de ma recherche sur le terrain, j'ai rencontré divers types de difficultés, des menaces et des

²⁸⁸ Bouillon, F., Fresia, M. et Tallio, V. (2005). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'Anthropologie*. Paris : EHESS.

²⁸⁹ *Idem.*

contraintes. Sur certaines situations, notamment relatives aux patients ou aux professionnels impliqués lors d'évènements indésirables ou des situations de harcèlement au travail, j'ai reçu des demandes de confidentialité, de la part des professionnels interrogés.

Dans le cadre de mes entretiens sur site, j'ai pu observer que certaines situations génèrent un stress émotionnel et des réactions physiques et psychologiques ainsi qu'une souffrance parfois exprimée lors du récit. On observe donc la sensibilité de mon objet de recherche sur les situations de crise, qui fait remonter à la surface tellement d'éléments parfois jamais exprimés, emprisonnés pendant de nombreuses années dans la mémoire de ces soignants. Très souvent, ils m'ont dit que c'était la première fois que quelqu'un s'intéressait à ces situations. Certains professionnels m'ont dit qu'ils n'avaient jamais relaté par exemple une situation qui remontait parfois à 30 ans en arrière et qu'ils étaient impressionnés de ressentir encore tant d'années après l'évènement autant d'émotions, positives comme négatives (fierté de réussir à gérer ou souffrance vécue).

Mon objet de recherche est parfois difficile à aborder avec les professionnels car ils me disent que ce ne sont pas des situations simples à aborder, et cela leur demande une réflexion préalable pour savoir quelles situations ils vont pouvoir me présenter et avec quel niveau de détail. Dans ce sens, j'ai été amenée à investir l'histoire récente des établissements hospitaliers sur lesquels je vais enquêter pour savoir quel type de situations, ils ont eu à gérer par le passé. Cela m'a amené à faire une pré-enquête informelle afin de pouvoir m'y préparer et ensuite mieux comprendre le contexte d'émergence de la situation.

A titre d'exemple, j'ai eu un professionnel interrogé qui m'a précisé dès le début de l'entretien qu'il ne pourra pas me parler de son activité actuelle (activité en centre de crise spécialisé) car il a un devoir de réserve. Par contre, il a accepté de me parler de ses expériences antérieures et des apprentissages sur ses activités actuelles sans me donner plus de détails, pour respecter cette injonction. Pourtant il m'en avait parlé librement quelques semaines précédant l'entretien de manière informelle lors d'un premier contact. Les limites émergent donc de manière inattendue et il faut s'y adapter tout en préservant la relation de confiance nécessaire pour pouvoir recueillir l'expérience des professionnels.

En terrain hospitalier, un terrain où la confidentialité des données doit être respectée, la marge de manœuvre pour le chercheur sur ce terrain est étroite car il faut constamment être vigilant à ne pas compromettre des informations relatives aux patients ou aux données de santé. C'est

pourquoi la connaissance et la culture de ce terrain sont indispensables pour le chercheur qui veut rentrer dans cet espace très fermé à toute personne extérieure au milieu. Mon expérience depuis 30 ans dans le monde hospitalier d'abord comme infirmière puis cadre formateur me permet de mieux appréhender le contexte d'intervention et de faire des choix éclairés sur la méthodologie et aux adaptations régulières à mettre en œuvre. Les professionnels interrogés m'ont d'ailleurs dit que le fait d'être une professionnelle de santé et d'avoir vécu des situations similaires, facilitait l'expression des données. Ils me disaient que je pouvais les comprendre et respecter la part de confidentialité relatée. Une relation de confiance s'est alors instaurée. Pour mettre en place cette relation de confiance, j'ai parfois dû travailler des mois cette interaction avec la future personne à interroger afin de venir la voir au bon moment et recueillir le plus de données significatives avec son accord.

Dans ma recherche, lorsque les professionnels me relataient les récits d'expérience de situations de crise particulièrement marquantes, j'ai eu en effet à gérer des émotions très fortes, exprimées par les professionnels. Ayant été formée à la relation d'aide dans divers contextes de crise, j'ai pu proposer une écoute active ainsi qu'une réassurance à certains moments car parfois ils hésitaient à continuer leur récit.

Des symptômes physiques (de type douleur dans la poitrine par exemple) et émotionnels (émotions positives et négatives) sont apparues lors de ces entretiens. Les professionnels étaient parfois obligés de s'arrêter de parler tellement l'émotion (pleurs, appréhension, angoisse, fierté, etc.) était forte, ils attendaient qu'elle passe. Les professionnels me disaient souvent à la fin des entretiens qu'ils étaient fatigués émotionnellement, mais qu'ils se sentaient « *libérés du poids de cette situation* » qu'ils portaient depuis si longtemps. Ils m'ont dit souvent de manière informelle, qu'ils n'osaient pas en parler par peur du regard des collègues ou de la hiérarchie ou du fait qu'ils considéraient qu'ils devaient gérer toutes ces situations car, c'était leur métier. Ils m'ont dit : « *il faut assurer et passer à autre chose, on est là pour les patients* ». Certains m'ont dit qu'ils n'avaient pas de lieu d'expression pour parler de ces situations dites « *sensibles* » et que cela entraînait un cumul des situations qui pouvait devenir problématique à un moment donné. Cette « *sensibilité émotionnelle* » observée lors des récits des professionnels, démontre le niveau de sensibilité de ce sujet et du terrain investi.

Le respect de l'anonymat de certaines personnes, services ou établissements selon les récits, m'a été clairement demandé régulièrement par la majorité des professionnels interrogés car ils ne souhaitent pas nuire à l'image du service, de leurs supérieurs hiérarchiques, ou de

l'établissement en question. La peur de libérer ces informations était constante et j'ai dû m'engager régulièrement lors de ces entretiens à ne pas transmettre ces données. Ces données confidentielles recueillies m'ont permis d'analyser les situations de manière plus globale et de comprendre les enjeux sous-jacents.

Ces constats spécifiques au vécu des professionnels de santé interrogés, s'appuient aussi sur les observations participatives relevés en terrain hospitalier par Peneff²⁹⁰ et Vega²⁹¹. Peneff²⁹² présente l'étude d'un service hospitalier basée sur une méthode d'observation participante en référence à la sociologie interactionniste²⁹³. L'approche de Peneff consiste à étudier l'hôpital comme une organisation, analysée sous l'angle de la sociologie du travail. Il avait pour objectif de décrire le contenu réel du travail et les organisations implicites de l'interaction entre les agents²⁹⁴. Ses analyses portent principalement sur le travail des aides-soignants, des agents de service, des infirmiers, et des médecins. Il analyse entre autre les conditions de travail, l'organisation et la division du travail, les rapports d'autorité.

Dans mon étude, je porte une attention particulière au discours des acteurs et aux observations empiriques de terrain. Peneff de son côté s'intéresse à l'organisation « réelle » du travail dans un service hospitalier, à travers les relations entre les différents groupes de professionnels. Il observe notamment comment ces groupes de professionnels tentent d'augmenter leur autonomie les uns envers les autres. Il décrit la collaboration au sein des équipes de travail avec des difficultés de répartition du travail et de cohésion. Cette étude permet de mieux comprendre le fonctionnement de l'hôpital de l'intérieur, de mieux comprendre l'organisation informelle et les malaises exprimés par les professionnels.

De son côté, Vega²⁹⁵ réalise une chronique d'une semaine dans un service de neurologie d'un établissement hospitalier parisien. Elle révèle avec objectivité, les conversations, les ambiances de travail, les pratiques informelles, autour d'une analyse de l'ethnologue. L'auteur décrit les représentations dominantes, les enjeux du soin et le contexte de l'activité de l'infirmier avec les

²⁹⁰ Peneff, J. (2005). *L'Hôpital en urgence*. Paris : Éditions Métailié.

²⁹¹ Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Edition des archives contemporaines.

²⁹² Peneff, J. (2005). *Op Cit*.

²⁹³ Peneff a accumulé des notes d'observation qui représentent une base empirique de sa monographie sur le travail dans les hôpitaux. Comme Peneff, j'ai utilisé l'observation participante et j'ai noté sur un carnet de bord mes observations de terrain.

²⁹⁴ Peneff, J. (2005). *Op. Cit*, p. 11.

²⁹⁵ Vega, A. (2000). *Op. Cit*.

dysfonctionnements institutionnels qui s'y rattachent. Elle porte un regard sur les dynamiques du terrain hospitalier avec les rituels de protection du personnel. Elle évoque notamment les représentations prépondérantes du mal, de la contagion, de la personne et de la parole. On observe dans cette étude, l'organisation du travail, empreint de tensions, de malentendus, mais aussi de collaborations, et d'interactions verbales autour des soins. L'activité liée aux soins, demande des efforts d'adaptation aux autres, aux personnes soignées, à l'organisation et aux pratiques de soins. Vega, parle de « *malaise infirmier, de souffrance* », souvent inhibée au regard des conditions de travail²⁹⁶.

2.3. L'approche de la Théorie enracinée : un choix adapté au terrain hospitalier

La recherche en terrain hospitalier m'a amené à faire le choix de la théorie enracinée car elle s'adapte parfaitement à l'expérience des acteurs sur le terrain. Je vais présenter les points clés de cette méthodologie et pourquoi elle s'ajuste à ma recherche. En parallèle, je mène une réflexion sur les stratégies méthodologiques à investir sur un terrain sensible où les relations humaines et la culture orale occupent une place prépondérante.

L'objet de cette recherche concerne les professionnels de santé et les apprenants professionnels, dans un lieu préservé. Il s'agit avant tout d'un terrain plus ou moins fermé car les données de santé sont confidentielles. C'est pourquoi cette approche de la théorie enracinée va me permettre d'explorer le phénomène à étudier, c'est-à-dire le vécu des professionnels de santé lors de la gestion des situations de crise. Au regard de cet environnement, cette méthodologie semble adaptée car elle favorise la découverte et la compréhension de la signification d'expériences vécues²⁹⁷. Cette recherche qualitative a pour objectif l'élaboration d'une théorie, qui va mettre en évidence un processus qui permet aux professionnels interrogés de donner un sens à leur environnement de travail.

Selon Glaser et Strauss²⁹⁸, cette approche facilite l'émergence de nouvelles connaissances en sciences humaines et sociales car les professionnels agissent d'après le sens qu'ils attribuent aux événements. C'est une approche inductive, qui part de l'expérience des professionnels

²⁹⁶ Fille d'une infirmière, elle a eu l'opportunité de travailler à l'hôpital lorsqu'elle était étudiante. Vega a conscience des projections dont elle peut être l'objet et des siennes dans cet environnement contrasté.

²⁹⁷ Strauss, A.L., et Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research (2e ed.)*. Thousand Oaks, CA : Sage.

²⁹⁸ Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL : Aldine.

interrogés, sur la gestion des situations de crise. Dans cette étude, il s'agit de définir la réalité du vécu des professionnels de santé et d'expliquer leurs comportements dans un contexte de crise.

Cette méthodologie a pour finalité l'innovation avec un enracinement de l'analyse des données en terrain hospitalier. Je vais donc m'immerger dans le contexte social des professionnels de santé, c'est-à-dire, sur site, dans les établissements de santé ou structures attenantes, pour tenter de comprendre le phénomène étudié. Je vais prendre en considération le contexte interpersonnel et social qui englobe le processus de crise et me focaliser sur l'expérience des professionnels et les processus sociaux observés.

Je vais pour cela réaliser une comparaison régulière entre les éléments de l'analyse et les données empiriques recueillies. Il s'agit de se concentrer sur le vécu des professionnels de santé à propos des situations de crise. L'analyse des récits d'expérience des professionnels de santé interrogés est réalisée à partir de questionnements qui proviennent du terrain. Le processus de validation m'a amené d'octobre 2018 à juin 2021, à me rendre régulièrement en terrain hospitalier.

Selon Guillemette : « l'attention portée à l'émergence entraîne des analyses dans des voies de théorisation qui n'ont peut-être pas encore été explorées »²⁹⁹. Il me semble important de mettre de côté les cadres théoriques existants de manière temporaire. L'objet de recherche avait au départ de cette étude un caractère provisoire et a été modifié et ajusté aux données du terrain. En tant que chercheuse, j'ai essayé de garder tout au long de cette enquête, une ouverture à la découverte de nouvelles données, lors de mon immersion sur le terrain. Cette attention m'a permis de mieux comprendre le vécu des situations de crises.

J'ai pu régulièrement retourner sur le terrain, afin de réaliser des observations participantes dans le cadre de mes activités de formateur référent de divers terrains de stage. Ces observations m'ont permis de réajuster mon questionnement de base et de réactualiser constamment les données pour avoir une meilleure compréhension des situations de crises. J'ai pu ainsi procéder régulièrement à de nouvelles collectes de données pour développer les processus observés. J'ai pour cela, utilisé des codes provenant du discours des acteurs. Strauss et Corbin³⁰⁰ parlent d'une

²⁹⁹ Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory, pour innover. *Recherches qualitatives*, 26 (1), p. 33.

³⁰⁰ Strauss, A.L., et Corbin, J. (1998). *Op. Cit.*

« écoute » des données. En tant que chercheuse, j'ai essayé de mettre de côté les savoirs acquis sur l'objet d'étude pour être plus sensible aux nouvelles données qui émergent du terrain. J'ai donc mis par écrit mes représentations de départ sur un « *carnet de bord* » afin de prendre volontairement de la distance avec mes propres connaissances ou lectures réalisées sur mon sujet d'étude.

J'ai réalisé l'analyse inductive en prenant appui sur les données empiriques. L'objectif était de faire parler les données empiriques en les comparant, voir quels regroupements réaliser, et déceler « *les similitudes, les différences et les contrastes* »³⁰¹. Glaser et Strauss³⁰² affirment qu'un niveau de saturation théorique est visible quand il n'émerge plus aucun élément nouveau des données. A ce sujet, Strauss³⁰³ précise que la « *sensibilité théorique* » du chercheur, c'est la perspective selon laquelle il « *perçoit* » les données empiriques. Plus l'analyse inductive se développe, plus cette sensibilité s'affine. D'après mon expérience de chercheur, il me semble important de se rendre sur le terrain d'enquête avec des éléments de connaissance permettant de sélectionner les situations pertinentes.

En somme, l'approche de la théorie enracinée permet d'étudier les phénomènes d'après l'expérience qu'en font les acteurs. Selon Guillemette³⁰⁴ « *l'honnêteté intellectuelle et la rigueur scientifique invitent à mettre au jour la relation entre les intuitions du chercheur (faites de savoirs antérieurs et de références à des théories existantes) et les suggestions qui proviennent des données de terrain* ». J'ai tout à fait conscience que j'ai appréhendé les phénomènes observés avec une certaine sensibilité et qu'elle est riche de connaissances antérieures. Mon objectif dans cette démarche de recherche a été d'entrer sur le terrain hospitalier à explorer avec le moins possible de représentations. J'ai essayé autant que possible d'éviter certaines limites qui peuvent faire obstacle à la découverte de ce qui émerge du vécu social des professionnels de santé. Selon Glaser³⁰⁵, les « *biais* » les plus récurrents naissent des préconceptions du chercheur qui doit prendre de la distance avec ses « *préférences* » théoriques afin de s'ouvrir à des perspectives d'innovation scientifique. Une capacité d'ouverture et un

³⁰¹ Strauss, A.L., et Corbin, J. (1998). *Op. Cit.*

³⁰² Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *Op. Cit.*

³⁰³ Strauss, A.L. (1993). *Continual permutations of action*. Hawthorne, NY : Aldine.

³⁰⁴ Guillemette, F. (2006). *Op. Cit.*, p. 45.

³⁰⁵ Glaser, B.G. (1978). *Op. Cit.*, p. 3.

esprit de découverte, est nécessaire à une posture du « *chercheur explorateur* » d'un terrain empreint de connaissances³⁰⁶, invisibles jusque-là.

2.4. Contexte et contraintes

Cette recherche fait suite à une longue réflexion menée, d'après mes observations du terrain hospitalier, auprès des professionnels de santé rencontrés, lors de mes visites de stage. Ces observations ont eu lieu tout au long de mon expérience de cadre formateur en charge de terrains de stages divers tels que des services de chirurgie, de médecine, de réanimation, salles de réveils, urgences etc. J'ai pu me rendre régulièrement depuis une vingtaine d'années sur le terrain, de par mes activités dans le domaine de la formation en alternance des étudiants en soins infirmiers, sur divers groupes hospitaliers principalement dans mon institution et plus récemment avec l'arrivée de la crise sanitaire Covid-19 sur divers types de structures. De même, l'analyse régulière des situations complexes rencontrées par les étudiants, exploitée dans des séances de « Groupes d'analyse de la pratique » et séances de « Retour de stage », m'a permis d'en retirer de nombreux enseignements et de mener un questionnement au long cours.

Je mène des recherches sur la notion d'apprenance des professionnels de santé en situation de crise ; depuis octobre 2013 où j'ai démarré une première approche exploratoire lors de l'élaboration de mon mémoire de recherche en Master 2. Ce premier travail de recherche mené sur l'université de Paris Nanterre a été réalisé sous la direction d'Alain Vulbeau. Pour valoriser les premiers résultats de ma recherche, j'ai soumis un article scientifique dans la revue *Savoirs* qui a été retenue et publié en octobre 2016 intitulé « *Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance* »³⁰⁷. Sur la même période, j'ai continué à analyser les résultats de cette recherche avec 5 autres articles publiés dans des revues professionnelles spécialisées sur les thématiques suivantes : « *Stratégies de communication dans un contexte de crise* »³⁰⁸ ; « *Situations de crises à l'hôpital : opportunités d'émergence de l'apprenance* »³⁰⁹ ; « *L'observatoire des situations de crise : un impératif pour d'hôpital de*

³⁰⁶ Vulbeau, A. (1998). En terrain de connaissances. Texte éditorial dans « Hommes et femmes de terrain ». *Informations sociales*, 72, 4-13.

³⁰⁷ Duarte, A.P. (2016). Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance. *Savoirs*, 41, 55-59.

³⁰⁸ Duarte, A.P. (2014). Stratégies de communication dans un contexte de crise, *Revue de l'infirmière*, 206, 51-52.

³⁰⁹ Duarte, A.P. (2014). Situations de crises à l'hôpital opportunités d'émergence de l'apprenance, *Gestions hospitalières*, 540, 542-545.

demain »³¹⁰ ; « Intelligence émotionnelle en situation de crise »³¹¹ et « Management post-situation de crise : l'apport de l'intelligence émotionnelle »³¹².

L'écriture de ces divers articles m'a permis de prolonger l'analyse réalisée dans le mémoire de recherche de Master 2, pour aboutir à l'élaboration d'une nouvelle problématique et objet de recherche. J'ai souhaité poursuivre cette recherche sur les situations de crise avec une démarche d'investigation plus importante en termes d'impacts sur les professionnels de santé. Je me suis alors engagée à partir de novembre 2017, dans une démarche de recherche doctorale sous la direction d'Alain Vulbeau, à l'université de Paris Nanterre.

Par la suite, lorsque j'ai démarré la phase des entretiens, les professionnels interrogés ont beaucoup apprécié le fait que je mène cette recherche de manière complètement autonome et indépendante et non pour une commande de mon institution. Cela s'est révélé un vrai atout pour le recueil de données. En effet, les professionnels me faisaient comprendre clairement qu'ils s'exprimaient aussi librement parce que je n'avais aucun conflit d'intérêt avec les diverses institutions investies. La garantie que les données allaient rester confidentielles dans le seul but de servir cette recherche et de contribuer à mettre en évidence les apprentissages provenant du terrain, a donné sens à leurs interventions.

A titre d'exemple, certains professionnels m'ont clairement posé la question suivante : est-ce que ces travaux de recherche étaient commandés par le service des « Ressources humaines » de l'institution ? Ce contexte aurait limité fortement leur authenticité dans les réponses, m'ont-ils précisé. Les professionnels interrogés ont été touchés par l'engagement que je portais dans cette recherche, à savoir, comment valoriser le travail des professionnels sur le terrain et mettre en évidence les compétences observées mais souvent informelles et non reconnues. Cette relation de confiance a pu se faire plus facilement grâce à mon expérience de professionnel de santé car j'ai été reconnue comme un pair professionnel. Le fait que je réalisais une recherche indépendante, non financée par une institution quelconque démontrait qu'il n'y avait pas d'enjeux autres que celui de la recherche scientifique. De même, certains professionnels m'ont clairement fait comprendre que le fait que ma recherche soit purement académique les motivait pour faire émerger un maximum de connaissances. Ils souhaitaient partager et transmettre leur

³¹⁰ Duarte, A.P. (2015). L'observatoire des situations de crise un impératif pour d'hôpital de demain, *Gestions hospitalières*, 543, 92-95.

³¹¹ Duarte, A.P. (2015). Intelligence émotionnelle en situation de crise, *Soins cadres*, 94, 56-58.

³¹² Duarte, A.P. (2015). Management post-situation de crise l'apport de l'intelligence émotionnelle, *Gestions hospitalières*, 546, 273-276.

expérience acquise sur le terrain. Ils estimaient que ces connaissances informelles n'étaient pas réellement reconnues et valorisées par l'organisation hospitalière et que cela avait de la valeur en termes de transmissions des savoirs.

Cette démarche de recherche, totalement indépendante des éventuels conflits d'intérêts, m'a permis de prendre du recul par rapport à ma fonction d'enseignante. Cette situation n'a fait que renforcer ma détermination à mener jusqu'au bout les recherches sur les situations de crise. Au final, ces diverses contraintes et obstacles rencontrés ont contribué, de mon point de vue, à renforcer ma posture de chercheur avec plus d'objectivité vis-à-vis de l'objet traité. Mon engagement à investir un terrain sensible, par cette recherche doctorale, donne un sens aux enseignements retirés en termes d'approche méthodologique spécifique au terrain hospitalier.

La transmission de l'expérimentation des pratiques de terrain, était une demande importante des professionnels rencontrés qui se sont impliqués pour me donner le maximum de connaissances en sachant que ces données allaient être utiles à d'autres. Certains ont dépassé largement le temps convenu pour l'entretien. Pour des raisons professionnelles, j'ai eu l'occasion de revoir certains professionnels interrogés. Ils n'ont pas hésité à me rendre compte de situations complexes vécues, sachant que je continuais ma recherche, et cela de manière volontaire sans que je les interroge. Dans le cadre des entretiens, j'ai eu aussi l'occasion d'échanger sur la formation, un intérêt commun aux professionnels interrogés.

Cette recherche s'est déroulée en plusieurs étapes, la première année en 2018, j'ai réalisé des entretiens dits exploratoires, dans lesquels j'ai testé mon guide d'entretien semi-directif et la technique d'approche des interviewés, dans l'optique d'affiner ma technique d'entretien. J'ai, à ce stade, compris qu'il fallait établir une relation de confiance importante dès le début de la rencontre avant même de commencer à négocier la possibilité d'un entretien. En effet, aborder le sujet des situations de crise à l'hôpital reste un sujet sensible et complexe. Un sujet délicat à traiter car les situations sont difficiles à vivre pour les professionnels et font resurgir un certain nombre d'émotions ou de souffrance souterraine, parfois oubliée pendant de nombreuses années, car jamais exprimées.

Le contexte de confidentialité des données est complexe à traiter pour les professionnels interrogés car ils ont un devoir de réserve. C'est pourquoi afin de garantir la confidentialité des acteurs interrogés, j'ai remplacé, dans mon analyse, les prénoms des professionnels et des apprenants, par des prénoms de substitution. Au regard de la demande des professionnels

interrogés, j'ai également exclu tout élément d'information permettant d'identifier la structure concernée.

Une pré-étape informelle de prise de connaissance de l'autre, de ses préoccupations, de sa disponibilité, est importante, pour poser les préalables à un échange constructif. J'ai parfois attendue plusieurs semaines, voire des mois, pour certains professionnels, avant de leur demander un entretien. J'avais la volonté d'essayer de repérer le meilleur moment pour venir les interroger et de veiller à ce qu'ils soient prêts à m'en parler. J'ai donc toujours pris un temps pour expliquer le cadre pédagogique de cette recherche en précisant l'intérêt de transmettre les savoirs informels des professionnels de santé, accumulés sur la gestion de situations de crise. Il faut également beaucoup de délicatesse et de temps pour appréhender un sujet sensible car les professionnels gardent une certaine culpabilité de ne pas avoir pu faire parfois le maximum par manque de temps, de moyens ou de choix à réaliser dans un « *timing serré* », précisent'ils et un contexte d'urgence et de menace.

Cette étape de prise de connaissance du professionnel, et d'observation du terrain d'enquête a été essentielle pour savoir comment appréhender le contexte spécifique de chaque professionnel. L'enjeu de ces entretiens était d'obtenir l'authenticité du professionnel interrogé sur un sujet complexe, difficile à revivre car parfois générateur d'appréhensions diverses. L'objectif poursuivi étant d'obtenir un recueil de récits d'expériences, suffisamment riche.

J'ai constaté qu'avec l'avancée du nombre d'entretiens réalisés, la communication avec les interviewés devenait plus fluide et j'ai laissé les personnes s'exprimer plus librement. Elles avaient le choix de traiter des situations qui leur semblaient les plus pertinentes de leur point de vue. Ma posture de chercheur sur le terrain a évolué, j'étais plus décontracté et plus à l'écoute de leur expression et plus flexible. J'ai constaté, entre autres, que je me détachais plus facilement de la ligne de conduite définie dans le guide d'entretien, pour laisser un espace de libre expression aux professionnels et les laisser choisir des aspects qui leur semblaient les plus importants. Les personnes sont devenues plus disponibles. L'entretien, prévu de manière générale pour une heure, est passé, pour certains, à plus de deux heures, tellement ils manifestaient le besoin de s'exprimer. J'ai donc mené des entretiens selon la disponibilité des professionnels en 2018 et 2019 en terrain hospitalier successivement.

Dans une dernière étape, j'avais planifié la fin de mes entretiens entre mars et juin 2020 mais il se trouve que cette période a coïncidé avec l'émergence de la crise sanitaire Covid-19. J'avais

programmé plusieurs entretiens qui ont dû être annulés du fait du confinement et des limites en termes de déplacement. Certes, mon sujet avait pris de l'ampleur mais des contraintes additionnelles se sont rajoutées du fait que les professionnels étaient moins disponibles sur le terrain. Il a été fortement déconseillé de mener des entretiens dans un contexte de surcharge de travail importante du personnel soignant sur cette période, avec le manque de personnel, le manque de matériel de protection et le risque de contamination. La plupart des services étant transformés en service Covid. Des consignes des ARS³¹³ concernant les enquêtes en milieu hospitalier ont été données dans le cadre de la formation initiale des étudiants infirmiers, annulant les entretiens exploratoires qu'ils devaient réaliser dans le cadre de leur travail de mémoire de fin d'études. Ce contexte contraint a posé des limites à la poursuite de mon investigation sur site hospitalier.

J'ai donc modifié la démarche initiée et je me suis tournée vers des professionnels ayant une expérience du monde hospitalier, et experts sur le plan pédagogique en charge de la formation des futurs professionnels de santé. Les témoignages que j'ai pu recueillir pendant la première vague Covid ont eu lieu avec des professionnels qui étaient en deuxième ligne et donc plus disponibles pour parler de ce sujet sensible dans un contexte de crise sanitaire exceptionnelle. J'ai interrogé des professionnels de santé dans le domaine de la formation initiale en soins infirmier. Ils ont été pour la plupart réquisitionnés sur cette première vague de la crise sanitaire, à l'hôpital pour des missions diverses en renfort Covid, comme cadres ou infirmiers. Ces entretiens ont pu être menés en visio-conférence au sein de leur Institut de formation sur un site universitaire, en province.

En parallèle de ces entretiens en institut de formation en soins infirmiers en région, j'ai saisi l'opportunité de recueillir des récits d'étudiants sur leur expérience d'intégration en stage sur une crise sanitaire. Il s'agissait d'étudiants en soins infirmiers de deuxième année en stage pendant la crise sanitaire Covid-19, sur la période de mars à juin 2020 avec le recueil de 154 récits. J'ai eu l'opportunité de récupérer un complément de 10 récits sur la période d'avril à juin 2021, avec toujours des étudiants en soins infirmiers en stage sur la crise sanitaire en cours. Ces récits correspondent à une période où les étudiants ont été réquisitionnés en « *Renfort Covid* », des équipes soignantes. Des 164 récits recueillis au total, j'ai pu en exploiter 68 avec 58 récits

³¹³ ARS : Agence Régionale de Santé.

analysés sur l'expérience de la crise sanitaire en 2020 et 10 récits analysés datant de 2021 sur le même registre.

En octobre 2020, j'ai été réquisitionnée comme cadre pour une mission de management et de formation, sur une plate-forme de télésurveillance des patients Covid³¹⁴ avec des équipes pluri professionnelles (médecins, cadres, psychologues, etc.) et des étudiants en santé (étudiants en soins infirmiers, étudiants en médecine, étudiants kiné, etc.). Dans ce cadre, j'ai pu recueillir, en observation participante, un certain nombre de récits des professionnels (médecins, psychologues), étudiants et cadres de santé réquisitionnés et le vécu des patients. Cette expérience sur le terrain de la crise m'a permis d'observer et d'analyser les effets de la crise sanitaire sur les patients, les professionnels et les étudiants sur une période donnée dans une structure nouvelle au plus près des besoins du terrain.

En parallèle de cette recherche je me suis engagée en tant qu'expert sur divers travaux au Haut conseil de la santé publique³¹⁵ notamment au sein de la Commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients³¹⁶. Les travaux d'évaluation sur diverses thématiques (Stratégie nationale de santé, plan national de santé publique, service sanitaire des étudiants en santé) m'ont permis de prendre de la hauteur vis-à-vis de mon objet d'étude avec une vision plus globale des différentes approches méthodologiques observées lors des divers travaux. J'ai, entre autres, eu l'occasion de capitaliser les connaissances acquises dans le cadre de ma recherche, sur des recommandations produites au sein des groupes de travail et sur l'élaboration d'articles. A titre d'exemple, j'ai coordonné avec un expert du Haut conseil de la santé publique, un numéro intitulé : « *Prendre soin des professionnels* » dans la revue de l'Adsp (Actualité de

³¹⁴ Cette plateforme de télésurveillance des patients atteints de Covid-19 a été mise en place en 2020 pour faire face à l'épidémie. A l'automne 2020, lors de la « 2ème vague », plus de 500 étudiants en médecine ou étudiants en soins infirmiers sont venus en renfort sur cette plateforme, encadrés par 30 cadres mis à disposition par les instituts en soins infirmiers. Plus de 420 professionnels dont des médecins libéraux ont également été mobilisés. La plateforme de télésuivi permet un suivi à distance des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation. Ce dispositif permet de sécuriser le suivi de l'ensemble des patients porteurs ou suspectés Covid-19 qui sont à domicile et d'intervenir au moindre signe d'aggravation de la maladie.

³¹⁵ Le HCSP a pour missions de : contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé ; fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ; proposer des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ; contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. L'ensemble de ses travaux sont publiés sur le site internet www.hcsp.fr.

³¹⁶ La commission spécialisée « système de santé et sécurité des patients » réunit l'expertise à l'analyse des risques liés à l'organisation du système de santé ou à des pratiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.

Santé Publique) de mars 2020, portant sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé³¹⁷. Cette thématique est en lien direct avec le vécu des professionnels.

Suite à la crise Covid, et afin de partager mes premiers résultats d'analyse de cette recherche, j'ai proposé, en tant que membre du comité de lecture de la revue Adsp, un article portant sur l'analyse des récits d'expérience de situations de crise des professionnels de santé sur la période de la crise sanitaire, pour un numéro à paraître en décembre 2021³¹⁸.

2.5. Spécificités du terrain et profil des acteurs

Pour mener cette enquête de terrain, j'ai ciblé la population qui semble être la plus concernée par la gestion des situations de crise à l'hôpital. D'abord les infirmiers qui sont au plus près des patients et qui sont présents aux premiers instants de l'émergence de ces situations. Ensuite les Cadres de Santé qui sont amenés à faire un encadrement de proximité des équipes soignantes. Enfin, avec l'arrivée de la pandémie Covid-19, j'ai également pu recueillir des témoignages d'un panel plus large de professionnels de santé (médecins, psychologues, professionnels de santé divers) ainsi que des étudiants en soins infirmiers, en médecine et en kinésithérapie réquisitionnés en renfort sur la crise sanitaire.

Au niveau des outils de l'enquête, j'ai décidé de privilégier une approche basée sur des entretiens semi-directifs, favorisant un recueil de données au plus près de la réalité et des acteurs concernés. J'ai construit un guide d'entretien avec une première partie de l'entretien décrivant le parcours professionnel et de formation et une deuxième partie abordant le vécu des professionnels de santé en situation de crise. Le guide d'entretien initial, qui se présentait sous forme de questions semi-ouvertes, a évolué par la suite sous la forme de thèmes et de sous-thèmes. J'ai fait le choix d'utiliser le même guide d'entretien pour tous les professionnels interrogés, que j'ai adapté en fonction de la disponibilité des personnes et des contraintes de service.

³¹⁷ Duarte, A.P. (2020). Prendre soin des professionnels de santé : quels besoins émergent en situation de crise ? In Prendre soin des professionnels de santé, *Revue ADSP*, 110, 50-52.

³¹⁸ Duarte, A.P. (2021). Apprenance en situation de crise : l'expérience de la pandémie Covid 19. In Covid 19 : Une crise sanitaire Inédite. *Revue ADSP*, 116, 59-61.

En plus de la collecte d'informations sur la base d'entretiens semi-directifs, j'ai également fait appel aux observations participantes, à des mémos et à un journal de bord ou encore tout support qui m'a permis d'obtenir des informations complémentaires : comptes-rendus de réunions, rapports, retours d'expériences, journal interne, etc. Avec l'arrivée de la pandémie Covid-19, j'ai adapté ma démarche de recueil de récits, pour faire face à ce nouveau contexte. En effet dès avril 2020, les étudiants en soins infirmiers ont été réquisitionnés comme renforts dans les services de soins et moi-même j'ai été réquisitionnée dans une structure de prise en charge des patients Covid en octobre 2020. En conséquence, j'ai sollicité des étudiants en soins infirmiers un recueil de récit écrit de leur expérience en stage sur cette période. Au niveau de la structure Covid, j'ai saisi l'occasion de mener une observation participante en étant à l'écoute des professionnels.

Les entretiens semi-directifs ont permis aux professionnels interrogés d'exprimer à chaud (pour ce qui concerne la crise sanitaire Covid-19) ou à distance (pour les autres types de situations de crises plus lointaines) leurs vécus avec des expériences fortes émotionnellement. Le recueil de récits d'expérience s'est déjà révélé très pertinent lors d'une première enquête qualitative menée sur ce sujet³¹⁹. S'immerger sur le terrain, afin de mieux comprendre le phénomène à l'étude et rencontrer les professionnels, les écouter, parler de leur vécu, semble particulièrement adapté au recueil de données en terrain hospitalier.

L'objectif des entretiens est de connaître le point de vue et les perceptions des professionnels de santé directement impliqués par la gestion des situations de crise en terrain hospitalier. Un principe fondamental dans cette approche est que je pars du postulat que le professionnel interviewé possède une expertise que je n'ai pas. Les entretiens vont débiter avec des questions d'ordre général, afin de ne pas suggérer des réponses ou représentations. Au fur et à mesure que les hypothèses émergent des analyses et que la théorie se construit, le schéma de l'entretien peut se modifier et les questions deviennent de plus en plus spécifiques pour tester les hypothèses. Le guide d'entretien évolue au même rythme que la théorie.

L'une des caractéristiques de la théorisation enracinée est l'alternance constante de la collecte et l'analyse des données. L'analyse des données s'effectue au fur et à mesure que je vais réaliser les entretiens. Le choix des participants est déterminé par les résultats des analyses des entretiens antérieurs. Pour que la théorie puisse tenir compte de tous les aspects du phénomène

³¹⁹ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit.*

étudié et de la diversité des processus en cause, j'ai sélectionné un échantillon large de manière à obtenir le point de vue d'acteurs ou de groupes d'acteurs très diversifiés. L'échantillonnage des participants est construit en fonction de la théorie qui émerge. Lorsque la théorie semble saturée, le processus de collecte de données prend fin. C'est-à-dire qu'aucune nouvelle information n'est obtenue par les entretiens les plus récents et les hypothèses sont confirmées.

Dans l'analyse des données, j'ai rassemblé, sous différentes catégories, les informations présentes dans les entretiens et élaboré des hypothèses concernant les relations entre les catégories, telles que suggéré par Glaser³²⁰. Les codes attribués aux catégories peuvent provenir des écrits, du vocabulaire propre aux participants, soit du chercheur. J'ai utilisé la méthodologie proposée par Strauss³²¹, lors de l'analyse des données qui se réalise en trois étapes. D'abord, la codification ouverte consiste à analyser les premiers entretiens en profondeur (ligne par ligne et parfois mot par mot), en dégager les catégories pertinentes au phénomène étudié. Il s'agit de garder l'esprit ouvert et éviter de se laisser influencer par des catégories provenant d'un cadre conceptuel précis. Il faut énumérer toutes les catégories possibles. Ensuite, la codification axiale permet d'approfondir les catégories en fonction de quatre dimensions : les conditions de réalisation, les conséquences, les stratégies liées à cette catégorie et les types d'interactions apparaissant entre les catégories. Il faut identifier une ou deux catégories centrales. Elles sont identifiables selon certains critères : elles apparaissent fréquemment dans les données, sont reliées à plusieurs autres catégories, permettent de développer une théorie globale et expliquent un maximum de variations du phénomène. Enfin, la codification sélective permet de déterminer les liens regroupant la ou les catégories centrales aux autres catégories et d'affiner la théorie. Les catégories n'ayant aucun lien avec la théorie en émergence sont mises de côté.

Parallèlement à la collecte et à l'analyse des données, tout au long de la recherche, j'ai mis à jour un journal de bord dans lequel j'ai tenté d'explicitier mes idées préconçues, valeurs et croyances pour minimiser l'impact sur la compréhension du phénomène. J'ai aussi inscrit dans des mémos les observations, les hypothèses, les étapes de développement de la théorie, le processus de sélection des participants et les questions d'entretiens afin de justifier ma démarche analytique. Afin de bien « *enraciner* » la théorie dans les données, une comparaison constante entre toutes les sources d'information a été réalisée. J'ai entre autres, comparé les

³²⁰ Glaser, B.G. (1978). *Op. Cit.*

³²¹ Strauss, A.L. (1987). *Op. Cit.*

participants entre eux, les prises de notes, les réponses des participants, les informations disponibles dans les écrits et celles fournies par les professionnels.

La recension des écrits a été constamment mise à jour, au fur et à mesure de l'émergence des catégories pour comparer les résultats de l'étude aux écrits. Cette recension permet de vérifier si une théorisation enracinée a déjà été élaborée sur le sujet de recherche. Par la suite, elle est axée sur des thèmes émergeant de l'analyse de données, mais qui avaient été négligés lors de la première recension. La théorie résultant de l'analyse est articulée autour d'une ou deux catégories apparaissant comme centrales en regard du phénomène étudié. Le cadre conceptuel provient des données et non des écrits. Toutefois, il est important de bien définir le contexte social de l'étude, car cette théorie ne peut être appliquée qu'à des contextes similaires à celui de l'étude en cours.

La période de l'enquête s'est déroulée de novembre 2018 à juin 2021, en continu. L'enquête exploratoire a débuté en novembre 2018, puis a été suivie des entretiens en milieu hospitalier (infirmiers, cadres, médecins). Dans une deuxième phase, j'ai mené des entretiens complémentaires auprès d'experts dans le domaine de la formation. Ces entretiens se sont déroulés sur la période juin 2020 (auprès de cadres formateurs en Institut de formation).

Le recueil de données a été réalisé auprès des professionnels de santé qui ont déclarés avoir vécu des situations de crise. Ils ont été interrogés sur l'ensemble de leur parcours professionnel afin de récupérer leurs bagages expérientiels concernant un ensemble de situations de crises vécues. Les entretiens ont eu lieu sur site favorisant une observation participante directement sur le terrain de l'enquête. Le terrain hospitalier englobe des structures diversifiées internes ou attenantes aux divers groupes hospitaliers investis : services hospitaliers, médecine de santé au travail, centres de crise, instituts de formation en soins infirmiers, formation continue, etc.

La plupart des entretiens, étant réalisés sur site, une observation participante du contexte et de l'environnement du professionnel interrogé est réalisée en amont ou en aval des entretiens à différents moments. Cette observation a lieu sur les temps de prise de rendez-vous, un temps informel avec des interactions et un recueil d'informations sur le contexte actuel du professionnel. Ce recueil de données est souvent réalisé sur le temps d'attente avant l'entretien ou d'interruption de l'entretien par les nombreux aléas hospitaliers, et sur la période post-entretien où parfois l'échange informel se prolonge. Toutes ces informations informelles vont

être utiles pour faire le lien avec le contexte du lieu de travail du professionnel et de ses conditions d'exercice.

Lorsque les professionnels relatent les situations de crise vécues, ils disent qu'ils n'imaginaient pas avoir encore autant d'émotions, de ressenti, de détails, de sonorités (bruits), et enfin de visualisation de la situation. Ils disent qu'ils ont l'impression d'y être. La temporalité change, car le professionnel peut retourner de nombreuses années en arrière pour revivre, ressentir un évènement marquant vécu antérieurement. C'est une expérience un peu hors du temps, ils ont l'impression d'être ailleurs, dans un espace virtuel que seuls ils peuvent voir et ressentir. C'est une démarche d'introspection intérieure, invisible pour les autres, mais pleine de sens pour les professionnels. Lorsqu'ils relatent la situation de crise vécue récemment ou depuis de nombreuses années, ils disent tous qu'ils ont l'impression d'être dans la situation et de la revivre comme s'ils y étaient. La culpabilité de ne pas avoir pu faire le maximum est souvent exprimée et ronge encore les professionnels interrogés. On constate une souffrance informelle exprimée. La prise de conscience et prise de considération de cette souffrance souvent oubliée, ou cachée, émerge au moment de l'expression de la situation.

La plupart des professionnels interrogés ont dit qu'ils n'avaient pas encore eut l'occasion de relater ces situations de crise. Ils sont même étonnés que je puisse m'intéresser à ces situations, ils disent qu'ils pensaient qu'il ne fallait pas en parler. Une pudeur transparait. En parler, c'est reconnaître parfois une situation considérée comme un échec car ils ont toujours l'impression de ne pas avoir pu faire le maximum. Souvent ils n'ont pas eu les moyens d'aller jusqu'au bout de la démarche de prise en charge des patients, ils n'ont pas toujours pu individualiser et c'est difficile à vivre.

L'enquête de terrain a été menée auprès de professionnels de santé de divers établissements hospitaliers essentiellement dans le secteur public, en Ile-de-France et en région Bourgogne-Franche-Comté et effectués principalement sur site. La durée moyenne des entretiens individuels était de 1 heure à 1h30, jusqu'à 2h30. Certains professionnels ont bénéficié de plusieurs entretiens successifs à distance. J'ai rencontré, à plusieurs reprises, les professionnels afin de tisser un lien de confiance avant d'effectuer les entretiens.

Ces entretiens présentent une diversité en termes de statut et d'expériences différentes relatif aux parcours des professionnels, ce qui enrichit le recueil de données. Les spécialités sont variées : chirurgie cardiaque, médecine du travail, secteur de crise spécialisé en psychiatrie,

médecine, unité de soins intensifs de cardiologie, soins de suite et de rééducation, maison de retraite, Ehpad. Les professionnels ont tous une certaine expérience professionnelle et ont pu exprimer de nombreuses situations rencontrées avec pour la plupart 20 à 35 ans d'expérience en milieu hospitalier (pour les cadres et les médecins). Les infirmiers ont des profils variables, plus jeunes ou très expérimenté. L'analyse dans cette recherche a démarré dès les premiers épisodes de collecte des données, c'est-à-dire, depuis octobre 2018, et se poursuit dans un processus de validation qui m'a conduit à revenir constamment sur les données déjà collectées, et aux nouvelles données recueillies, jusqu'en juin 2021.

J'ai récupéré également des récits d'étudiants de deuxième année en soins infirmiers sur une structure de formation en région parisienne sur la période de crise sanitaire Covid-19 (*première vague*) sur leur stage du semestre 4³²². Les récits recueillis portaient sur leur vécu d'intégration en stage sur une période de crise sanitaire. J'ai recensé 164 récits écrits, dont 68 ont pu être exploités.

Lorsque la crise sanitaire Covid-19 a émergé en milieu hospitalier courant mars 2020, les étudiants dont j'ai recueilli les récits, étaient déjà affectés en stage depuis début mars. Ces étudiants ont été réquisitionnés en fonction des besoins des établissements dans le secteur public, prioritairement en établissement hospitalier mais aussi en secteur privé, comme les Ehpad, maisons de retraites etc. La plupart de ces étudiants de deuxième année ont dû quitter le service ou l'établissement dans lequel ils étaient affectés pour prêter main forte dans les services où il y avait des besoins plus importants en personnel au regard de l'afflux de patients Covid-19. Les étudiants en stage en province ont dû revenir sur la région parisienne et réaffectés sur un autre stage.

Certains étudiants par exemple en stage extrahospitalier étaient rappelés pour venir en priorité sur l'hôpital. D'autres étudiants sont restés dans leur service en sachant que la spécialité a changé dans le cours du stage, puisqu'ils étaient transformés la plupart du temps en service Covid ou réaffectés dans d'autres spécialités. Certains services étaient divisés en deux avec un accueil différencié des patients pour séparer les patients Covid positif, des autres patients. L'organisation du service devenait alors plus complexe pour prendre en charge les patients

³²² Stage d'une durée de 10 semaines où ils ont été réquisitionnés en Renfort Aide-Soignant ou renfort des équipes soignantes comme stagiaires selon les services et les établissements. La plupart des étudiants ont commencé leur stage début mars 2020 et pour la grande majorité, ont été amenés à changer de service ou de structure.

Covid qui demandaient une prise en charge beaucoup plus lourde avec de nouvelles thérapeutiques.

En termes de contexte au regard de la formation des étudiants de deuxième année, certains étudiants pendant la crise sanitaire sont restés dans leur stage initial avec un statut de stagiaire. Mais pour la plupart, ils étaient réquisitionnés sur d'autres spécialités comme renfort aide-soignant pour alléger l'activité des infirmiers surchargés par la prise en charge intensive des patients Covid avec de nouvelles activités. Ce contexte a été générateur de tensions.

La grande partie des étudiants recensés dans cette étude étaient réquisitionnés en renfort à la suppléance parfois pour une période donnée ou pour l'ensemble de leur stage, afin d'aider les services en sous-effectif. En effet de nombreux professionnels ont été eux-mêmes contaminés par le Covid-19 surtout sur la période de la première vague (mars-juin 2020). Cette situation a été vécue parfois de manière brutale car sur ce semestre 4, de la deuxième année de formation, les étudiants se préparent à faire de nombreux soins pour se préparer au passage en 3^{ème} année où ils savent que le niveau d'exigence en termes de soins techniques et de connaissances va être élevé. Le fait d'être réquisitionné comme aide-soignant, signifie pour la grande majorité qu'ils n'ont plus le droit de réaliser des soins infirmiers mais qu'ils prennent en charge des patients et qu'ils doivent se concentrer sur les soins de confort et de bien-être. Quelques étudiants ont réussi en étant réquisitionnés comme aide-soignant à négocier pour continuer à faire quelques soins, mais cela était rare du fait de la surcharge de travail des infirmiers dans certaines unités.

Peu d'étudiants avaient l'opportunité de continuer les 10 semaines de stage dans leur spécialité initiale et de rester stagiaire en soins infirmiers car pour la plupart ils devaient passer en renfort aide-soignant. Cette situation complexe où tous les étudiants n'avaient pas le même statut, a fait émerger des inégalités de traitement. En effet une minorité d'étudiants restaient sur le même terrain de stage comme stagiaires et pour la grande majorité, ils devaient changer de service.

Sur cette période de la première vague (mars-juin 2020), les équipes pédagogiques de chaque promotion d'étudiants en lien avec la coordination des stages et les équipes de direction de chaque institut de formation, étaient chargées de contacter les étudiants pour les prévenir des nombreux changements de service ou de structure, au fil de l'eau en fonction de la situation sanitaire. Cette démarche était réalisée en coordination avec les groupes hospitaliers et les structures en convention avec l'institut de formation en question. Cette organisation, en coordination avec l'ARS (Agence régionale de santé) de chaque région, recensait les besoins

tant sur le secteur public que privé et pour les étudiants recensés sur cette étude, sur l'ensemble de la région Ile-de-France.

De plus, lors de la première vague (en mars 2020) les étudiants présentés dans cette recherche, n'étaient pas préparés à la crise car elle est survenue de manière inattendue et ils avaient déjà commencé leur stage du semestre 4. Ils n'étaient pas dans leur structure de formation accompagnés par leurs formateurs référents de leur promotion, qui auraient pu les préparer psychologiquement à ce changement brutal. Ils se sont retrouvés avec des personnes qu'ils ne connaissaient pas, dans des spécialités pour lesquelles ils ne s'étaient pas préparés en termes de connaissances préalables au stage ayant été réaffectés du jour au lendemain dans d'autres services. Parfois mêmes, réaffectés dans d'autres structures ou établissements avec une réorganisation de leurs trajets ou vie personnelle dans un contexte très contraint au vu de la crise sanitaire et du contexte de confinement.

Certains étudiants, par exemple en promotion professionnelle (anciens aides-soignants...) avec des enfants à charge, se sont retrouvés à devoir réorganiser toute la période de stage, la situation étant complexe à gérer. Ce contexte de montée en puissance du niveau d'exigence en termes d'efficacité attendue par les services a représenté pour les étudiants concernés une charge mentale et physique importante et un niveau de responsabilité générateur de stress. De nombreux étudiants se posaient la question de savoir s'ils allaient pouvoir assurer.

Certains se sont retrouvés sur des missions non prévues initialement par la typologie du stage car des services nouveaux sont apparus comme par exemple des missions de santé publique pour lesquelles ils n'avaient pas été préparés initialement. Ces organisations nouvelles ont prévu des formations très courtes d'une ou deux journées, mais selon les étudiants le contenu était centré plus sur de l'information que de la formation, m'ont-ils dit au retour de stage. Ces conditions de travail en stage (avec notamment le manque de personnel, de matériel, ainsi que des changements permanents) étaient tout à fait inattendues pour eux, et donc génératrices de stress.

Tableau 1
Récapitulatif des professionnels/étudiants rencontrés

Structure	Profession	Nombre de Personnes
Hôpital public	Médecins (<i>dont 1 médecin du travail</i>)	2
	Cadres de santé	3
	Cadres de santé	2 **
	Infirmiers (<i>dont 1 infirmière de santé au travail</i>)	6
Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)	Cadre Supérieur, Adjointe à la directrice	1
	Cadres Formateurs (<i>réquisitionnés crise Covid-19</i>)	3
	Etudiants en soins infirmiers (<i>2^{ème} année</i>)	68 *
EHPAD	Infirmière de coordination	1 **
Maison de retraite	Infirmière de coordination	1 **
TOTAL Echantillon		87

* *Recueil de récits écrits (production écrite)*

** *Observation participante avec un recueil informel de récit d'expérience.*

2.6. Cartographie des situations de crise recensées

Avant d'initier l'analyse des entretiens réalisés, il est important de répertorier les divers types de situations de crise rencontrées. La cartographie des situations de crise que je propose vient compléter celle déjà initiée dans Duarte³²³. Elle permet de donner une représentation plus large et aussi significative que possible de l'échantillon analysé et ainsi participer à l'élaboration des connaissances nouvelles sur les situations de crises à l'hôpital, non recensées à ce jour.

En accord avec la catégorisation proposée au chapitre 1.1.2, les situations de crise répertoriées apparaissent à 3 niveaux d'échelles d'observation : un niveau macro, méso et micro de l'organisation. Le tableau 2 ventile l'ensemble des récits recueillis, par catégorie, soit 89 récits de macro-situations de crise, 14 récits de méso-situations de crise et 23 récits de micro-situations de crise.

³²³ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit.*

Tableau 2
Cartographie des situations de crise répertoriées

Typologie de situation de crise	Nombre de récits recueillis	Nombre de récits dans Duarte ³²⁴
Macro-situations de crise	89 récits	36 récits
Méso-situations de crise	14 récits	0 récits
Micro-situations de crise	23 récits	40 récits
TOTAL	126 récits	76 récits

2.6.1. Macro-situations de crise

Les macro-situations de crise concernent des situations qui touchent l'ensemble d'un établissement hospitalier, plusieurs établissements ou groupes hospitaliers, l'ensemble des hôpitaux au niveau national, plusieurs pays ou avec un impact mondial. L'impact sur les patients et les professionnels est particulièrement important et concerne souvent l'accueil massif de patients dans un établissement ou groupe hospitalier, dans une région (par exemple, les attentats de novembre 2015 sur Paris) ou sur plusieurs régions (une catastrophe naturelle) ou plusieurs pays (par exemple, la canicule de 2003) ou au niveau mondial, comme la crise sanitaire Covid-19 depuis 2020.

Ces phénomènes sont peu prévisibles. Ils sont souvent médiatisés car l'impact est perceptible et inquiète la population et les pouvoirs publics. L'exemple actuel de la crise sanitaire Covid-19 est particulièrement impactant à un niveau national, européen et mondial sur l'ensemble des établissements hospitaliers et autres structures de soins plus élargies (ex. Ehpad, soins libéraux, plateformes téléphoniques d'appels, maisons de santé, etc.). Le tableau 3 recense l'ensemble des macro-situations de crise recueillies, avec 89 récits au total.

³²⁴ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit*, p. 47.

Tableau 3.**Macro-situations de crise**

Catégories de Macro-situations de crise	Nombre de récits recueillis	Nombre de récits dans Duarte ³²⁵
Crises sanitaires majeures : pandémie Covid-19, grippe H1N1	81 Récits	4 Récits
Actes terroristes : RER Port Royal 1993, Bataclan 2015	7 Récits	3 Récits
Conditions climatiques extrêmes : La canicule de l'été 2003	1 Récit	24 Récits
Événements indésirables de grande ampleur	0 Récits	5 Récits
TOTAL	89 Récits	36 Récits

Crises sanitaires majeures : pandémie Covid-19, grippe H1N1

La crise sanitaire Covid-19 a démarré en France de manière significative en mars 2020. Elle a exigé la mobilisation de tout le système hospitalier au niveau national. Une grande majorité des services de soins ont été transformés pour accueillir les patients Covid dans des services de soins critiques. Les services de réanimation ont connu une tension sans précédents. Un élargissement du nombre de lits de réanimation a été nécessaire. Le personnel soignant a été particulièrement sollicité, y compris les étudiants en santé et notamment les étudiants en soins infirmiers, réquisitionnés d'office sur les différentes vagues. D'autres catégories de personnel ont également été réquisitionnées (par exemple les cadres formateurs, et autres catégories de personnels selon les besoins émergents).

La crise sanitaire H1N1 s'est déclarée en France dans la période de l'hiver 2009. Les centres de formation en soins infirmiers ont été réquisitionnés en France pour assurer le fonctionnement des centres de vaccination (Cadres formateurs et étudiants en soins infirmiers). D'autres catégories de personnel ont été aussi réquisitionnées pour vacciner le personnel soignant à l'hôpital. Les médecins traitants, les médecins et infirmiers retraités et autres personnels, les militaires sur le plan de l'organisation ; sont venus également en renfort dans les centres de vaccination. Le plan blanc au niveau national a été déclenché. La médiatisation de la maladie a créé une véritable situation de panique. L'appel de la ministre de la santé à se faire vacciner va conduire à une situation de confusion généralisée dans la population. Il est aussi demandé aux professionnels de santé de se faire vacciner et une organisation sur chaque site hospitalier se met en œuvre pour que le personnel puisse y accéder sans quitter son service. La peur d'une éventuelle contagion est présente sur toute cette période. La population est divisée entre ceux

³²⁵ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit*, p. 48.

qui veulent se faire vacciner et ceux qui ne sont pas convaincus. C'est un véritable problème de santé publique, avec de nombreuses rumeurs sur les vaccins. Les étudiants infirmiers sont impactés directement sur leur formation. Ils ne peuvent plus suivre les cours étant réquisitionnés avec les équipes de formateurs dans les centres de vaccination. Les formateurs doivent en parallèle de leur réquisition continuer à assurer les enseignements.

Actes terroristes

Un acte terroriste majeur, comme par exemple celui du Bataclan en 2015, génère une situation de crise aiguë à différents niveaux. Il faut d'abord secourir les victimes sur place puis les transférer le plus rapidement possible avec un afflux important de victimes dans les hôpitaux environnants. Cette situation engendre une alerte générale de tous les services de secours qui doivent agir au premier plan et en même temps gérer la population présente sur les lieux. Des choix difficiles doivent être réalisés dans la rapidité de l'action. C'est une crise majeure qui touche la sécurité de la population. Les services de sécurité de l'Etat à différents niveaux sont impactés, les services de secours ainsi que les hôpitaux. Nous pouvons constater que lorsqu'un événement de cet ordre est annoncé, le choc de l'annonce est terrifiant. L'impact sur les personnes reste désarmant. Faire face aux victimes et accompagner les familles est une épreuve difficile à vivre qui peut générer un stress post-traumatique.

Conditions climatiques extrêmes : la canicule de l'été 2003

La canicule est une situation de crise majeure survenue en France fin juillet et début août 2003 en pleine période de congés d'été. Les organismes officiels ont recensé plus de 15 mille morts en France directement liés à cet événement, essentiellement des personnes âgées. De par le nombre de décès, cette crise a eu un impact médiatique très important dans l'opinion publique française. Les professionnels de santé ont été particulièrement mis à l'épreuve suite au nombre conséquent de décès des patients sur plusieurs semaines consécutives. Une fatigue importante des professionnels a été observée au regard des conditions climatiques, dans un contexte contraint en termes de personnel sur une période de congé d'été.

Événements indésirables de grande ampleur et à fort effet médiatique

Une situation de crise concernant un événement indésirable de grande ampleur et à fort effet médiatique génère un impact important au niveau des équipes touchées et de l'organisation en question. Un exemple cité, est le décès d'un enfant dans un grand groupe hospitalier suite à une

erreur de dosage³²⁶. Parmi les professionnels interrogés, certains ont mentionnés avoir été impactés indirectement par cette situation de crise. L'effet a été immédiat puisque tous les postes de soins ont bénéficié de contrôles et audits à répétition. Dans cette situation le circuit du médicament a été entièrement revu avec des procédures mises en place et des formations. Tous les infirmiers du groupe hospitalier ont bénéficié de tests de calcul de dose. Les recommandations de bonnes pratiques ont été réactualisées.

2.6.2. Méso-situations de crise

Les méso-situations de crise émergent de manière transversale à un établissement ou à l'intérieur d'un même groupe hospitalier. Elles touchent différentes catégories de personnel, pour une même situation rencontrée (même typologie), et dans divers services. L'observation se fait souvent sur une même catégorie de professionnels, ou un ensemble de professionnels, selon la nature de l'impact.

Ces situations sont peu visibles au niveau de l'organisation et parfois que par une catégorie de personnel, avec des missions transversales. L'exemple type, c'est la médecine du travail qui observe différentes catégories de professionnels ou différents statuts (équipes administratives, équipes de direction, corps médical, professions paramédicales ou de formation, étudiants...) et mène une observation sur des problématiques complexes sur différents services ou différentes structures appartenant au même groupe hospitalier ou à la même institution. L'impact est important mais souvent dans des situations très spécifiques et donc pas toujours généralisable. Y accorde-t-on une grande importance ?

Cette catégorie, concerne par exemple des situations de souffrance psychologique de divers professionnels dans un même groupe hospitalier ou des situations de harcèlement au travail observés dans une même équipe avec différentes catégories de personnel ou encore des situations d'épuisement professionnel ou accidents sur le lieu de travail. Ces situations peuvent aller jusqu'au suicide du personnel dans un contexte de surcharge mentale avec parfois des problématiques personnelles. Dans cette enquête, 14 récits concernent des méso-situations de crise avec 3 catégories différentes (cf. tableau 4).

³²⁶ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit*, p. 48 (Cf. Tableau 5) « Récits recueillis sur l'affaire Saint Vincent de Paul : 5 récits analysés.

Tableau 4**Méso-situations de crise**

Catégories de Méso-situations de crise	Nombre de récits recueillis	Nombre de récits dans Duarte ³²⁷
Suicides des professionnels de santé	3 récits	0 récits
Situations critiques de management	9 récits	0 récits
Situations de souffrance prolongée du personnel	2 récits	0 récits
TOTAL	14 récits	0 récits

Suicide des professionnels de santé

Les situations de suicides sont des situations déstabilisantes pour le personnel et les équipes pluriprofessionnelles. L'annonce ou la rencontre avec une telle situation crée souvent un état de choc ou de sidération des personnes exposées au premier plan et parfois de l'ensemble de l'équipe. Les professionnels sont affectés par le sens des responsabilités et la culpabilité de ne pas avoir vu les signes annonciateurs. Faire face à la mort d'un collègue reste une étape difficile dans le parcours d'un professionnel surtout lorsqu'elle est subite et imprévisible. L'approche culturelle, philosophique et éthique du professionnel se manifeste par un questionnement sur le sens du travail et la cohésion de l'équipe. Ce type de situation peut faire référence à notre propre mort ou à la mort de proches.

Situations critiques de management

Ce type de situation peut provenir, par exemple, d'évènements indésirables ou de situations complexes, concernant le management d'une équipe de professionnels de santé. Lorsque l'un des professionnels ne réagit pas de manière adaptée aux besoins de la situation, cela peut entraîner un dysfonctionnement important tant au niveau de l'équipe, que de la prise en charge efficiente du ou des patients. Par exemple, il peut s'agir de la prise en charge d'un patient au bloc opératoire qui nécessite une communication et collaboration sans faille de la part de toute l'équipe. Certains niveaux de complexité de prise en charge des patients impliquent un niveau d'exigence, de compétence et d'attention élevée de la part de tous les membres de l'équipe. Si l'un des membres présente une défaillance, l'impact est immédiat au niveau de la prise en charge du patient et du collectif de travail.

³²⁷ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit.*

Situations de souffrance prolongée du personnel

Certains récits mentionnent des situations critiques de souffrance prolongée du personnel dans un contexte de tension très importante, nécessitant, la plupart du temps, un départ d'un ou plusieurs membres d'une même équipe sur la même période ou de manière successive. Ces évènements se manifestent quel que soit la catégorie de personnel et le statut (de l'infirmier à l'équipe de direction). Ils sont particulièrement déstabilisants, voire incapacitants l'équipe toute entière de fonctionner efficacement. Une souffrance individuelle et collective éclate au grand jour lorsque le cumul des incidents devient insupportable (situation de harcèlement au travail, situation d'épuisement professionnel, etc.). C'est l'évènement de trop qui vient déclarer cette souffrance individuelle et le plus souvent collective.

2.6.3. Micro-situations de crise

Les micro-situations de crises, sont moins visibles, car elles émergent souvent dans un service spécifique, quelle que soit la spécialité, et n'ont pas toujours d'impact médiatique et sont donc peu connues du grand public. Ces situations, pourtant nombreuses ont des effets sur les professionnels qui les vivent mais sont la plupart du temps méconnues et donc peu prises en compte. Ces situations de crise, comme par exemple des situations de suicide des patients, s'observent à l'échelle du micro dans un service. Il peut s'agir par exemple d'une situation de violence en psychiatrie ou une d'une situation de maltraitance qui touche un service spécifique. Ces micro-situations de crise émergent dans 23 récits et apparaissent dans 8 catégories différentes (cf. tableau 5).

Tableau 5
Micro-situations de crise

Catégories de Micro-situations de crise	Nombre de récits recueillis	Nombre de récits dans Duarte ³²⁸
Suicides ou tentatives de suicide de patients	5 récits	9 récits
Situations de violence de patients et personnel	6 récits	11 récits
Situations de maltraitance	0 récits	9 récits
Incendies	0 récits	2 récits
Incidents liés aux intempéries localisées	0 récits	3 récits
Situations de prise en charge complexe d'un patient	7 récits	0 récits
Situations de restructuration	1 récit	0 récits
Evènements indésirables	4 récits	4 récits
TOTAL	23 récits	38 récits

Suicides ou tentatives de suicide de patients

Lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide se produit dans un établissement hospitalier ou toute autre structure de soins, le personnel est particulièrement touché et a tendance à culpabiliser. Ce type de situation génère souvent une souffrance psychique importante chez les professionnels de santé pouvant aller d'un simple état de sidération, jusqu'à un état de fatigue par compassion, voir même de stress post-traumatique. Ces situations émergent souvent dans un service de manière localisée.

Situations de violence de patients et personnel

Les situations de violence extrême envers les professionnels de santé surviennent de manière imprévisible. Le professionnel ne s'y attend pas. Avec l'expérience, les professionnels interrogés disent que certains signes annonciateurs peuvent être détectés. Le temps est souvent compté, il faut être très réactif au risque de se faire agresser verbalement ou physiquement par le patient (souvent avec des problèmes cognitifs liés à certaines pathologies ou dans un contexte psychiatrique) ou parfois par les proches aidants. Les infirmiers sont souvent en première ligne pour gérer au plus vite la situation et éviter tout débordement sur la prise en charge des autres patients. Le sens de la collaboration est déterminant dans la gestion de la violence. Un niveau de réactivité important est demandé aux professionnels impliqués et cela peut générer une fatigue intense, une perte d'énergie importante qui demande un temps de récupération. Un stress

³²⁸ Duarte, A.P. (2014). *Op. Cit*, p. 50.

post-traumatique peut apparaître avec le cumul de ces situations si le professionnel n'a pu s'exprimer ou être accompagné au regard de ses besoins.

Situations de maltraitance

La maltraitance d'un patient ou un conflit majeur dans une équipe soignante ou médicale, peut induire une souffrance morale et parfois même physique. L'atteinte à la personne a un impact psychologique traumatisant nécessitant souvent une prise en charge psychologique de la personne concernée ou la mise en place d'une cellule de crise ou appel d'un organisme externe pour gérer l'ampleur des conséquences secondaires. Les situations de conflit d'intérêt liées notamment aux transformations des services ou restructurations ont un impact important sur les professionnels qui le vivent. Des démarches de médiation sont proposés mais n'aboutissent pas forcément et peuvent induire un suicide du personnel touché. Une vigilance et prévention de ces situations doit être développée avec l'appui de la formation.

Incendies

Un incendie dans un établissement hospitalier, où les patients présentent souvent des pertes d'autonomie (par exemple un établissement pédiatrique ou gériatrique), est une véritable situation de crise. Il faut agir vite et de manière coordonnée avec les différentes catégories de personnel. La prise de décision d'évacuer ou pas le service doit se faire dans l'urgence et il faut dans ce cas, se coordonner avec les équipes spécialisées qui vont donner le feu vert pour évacuer ou pas. Prévenir les bonnes personnes dès l'annonce de l'évènement est alors vital pour la survie et la protection des personnes hospitalisées. Il faut gérer aussi les familles et l'ensemble des équipes pluridisciplinaires en présence. Tout mouvement de panique est à gérer dans l'immédiat pour éviter l'impact auprès des patients qui doivent pouvoir être évacués dans le calme et par ordre de priorité (selon l'état de dépendance du patient, par exemple un patient intubé-ventilé ou sous oxygène). La capacité de maîtrise de la gestion du stress est nécessaire pour faire face à une situation qui peut déborder facilement tant le niveau d'angoisse chez les patients et le personnel est présent.

Incidents liés aux intempéries localisées

Les intempéries sont des situations qui peuvent désorganiser une région et impacter les établissements de santé environnants. Le plan blanc prévoit des procédures à mettre en œuvre par le Préfet. Dans une première étape, les établissements concernés font face avec les moyens

du bord. Les différentes catégories professionnelles participent à la prise en charge des patients et à leur transfert tant la demande est importante et il faut réagir rapidement. L'esprit de collaboration et de coordination renforcée interdisciplinaire est nécessaire à ce type d'intervention.

Situations de prise en charge complexe d'un patient

Cette catégorie concerne des événements divers induisant un dysfonctionnement dans la prise en charge d'un patient. Certaines situations imprévues et qui affectent particulièrement le personnel sont complexes à gérer de par le choc émotionnel généré. Par exemple, un patient qui est décédé subitement et l'équipe soignante ne comprend pas ce qui a pu se passer. Elle n'a pas vu les signes annonciateurs et culpabilise. Ces diverses situations perturbent le fonctionnement du service et induisent une remise en question des pratiques amenant souvent, après analyse de nouvelles procédures à mettre en œuvre. Ces professionnels ont besoin d'une démarche d'accompagnement spécifique à chaque situation et contexte d'émergence.

Situations de restructuration ou fermeture d'établissement

La restructuration d'un service, d'un établissement, d'un groupe hospitalier ou d'une structure de formation, génère une déstabilisation générale du personnel concerné, induisant de nombreuses craintes et vagues de rumeurs. L'annonce brutale de la fermeture fait émerger un processus de résistance dans une première phase puis d'acceptation et de deuil qu'il va falloir gérer à plus ou moins long terme. Le processus de détachement se fait souvent dans la douleur psychique et même parfois physique. Il se manifeste le plus souvent par une perte de sens du travail, dans un contexte de tensions généralisées et des conditions de travail dégradées. Il n'y a plus de perspectives d'avenir, une désorganisation générale dans un contexte d'injonctions paradoxales peut survenir progressivement, par étapes. Des problèmes de santé peuvent apparaître, une fatigue accrue et des malaises liés à l'angoisse de l'avenir et de la complexité de la situation à vivre, avec des préoccupations récurrentes. Une démarche d'accompagnement des personnels est nécessaire, notamment par le soutien de la direction et des équipes des ressources humaines. Un soutien psychologique peut être nécessaire et des démarches de prévention doivent être une priorité.

2.7. Conclusion de la partie II : recueil de données en terrain sensible

Dans ce chapitre, j'ai présenté la démarche de recherche envisagée pour recueillir les données au plus près de la réalité du terrain d'enquête. J'ai présenté les grands principes de la théorie enracinée. Dans un deuxième temps, j'ai décrit l'organisation de l'enquête de terrain effectuée par étapes successives. Dans un troisième temps, j'ai proposé de mettre en évidence la typologie des situations de crise sous forme d'une cartographie où les situations de crises sont classées selon une échelle macro, méso et micro de l'organisation hospitalière.

La méthodologie de travail proposée consiste à aller sur le terrain interviewer des professionnels de santé ayant été exposés à des situations de crise diverses en milieu hospitalier. Ma démarche de recherche s'inscrit dans une approche empirique, compréhensive et qualitative. Dans ma démarche de recherche, j'ai rencontré un certain nombre de limites et de contraintes qui m'ont amenée à me questionner sur la signification et la délimitation d'un terrain sensible. J'ai donc mené un questionnement tout au long de mon enquête de terrain sur la base d'un carnet de bord du chercheur et conduit une réflexion sur la sensibilité de mon sujet et du terrain investigué. En effet, je considère que mon objet de recherche est sensible car d'une part, j'ai été confronté à l'expression de la souffrance des professionnels de santé (peurs, angoisses, appréhensions, culpabilité) et, d'autre part, le milieu hospitalier est caractérisé par des contraintes éthiques, déontologiques et de confidentialités des données qui rendent le travail du chercheur difficile.

En effet ces professionnels vont exprimer des données sensibles relatives aux patients, aux professionnels impliqués, aux pratiques, à l'organisation hospitalière dans un espace de communication limité par la protection des données de santé³²⁹. Les situations rencontrées sur ce terrain peuvent avoir un impact autant sur les patients, que sur les professionnels, que sur l'organisation. Le recueil de données est donc une étape délicate, car il faut tenir compte systématiquement du contexte, des acteurs et du lieu d'émergence. Ces situations sont spécifiques, contextualisées, localisées, avec une temporalité propre. C'est la raison pour laquelle, j'ai souhaité délimiter mon objet de recherche à un nouveau champ que je nomme « les situations de crises », caractéristique du terrain hospitalier. Ensuite pour analyser ces situations et en retirer des apprentissages, il est important de conserver cette notion de

³²⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Titre II : Démocratie Sanitaire, Chapitre 1er : Droits de la personne, Article 3 (Droits de la personne) : Art. L. 1110-4. – « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

« *situation* », puisqu'il faut situer la crise. Je ne la considère pas que comme un évènement mais comme un ensemble de particularités qui génèrent un processus de crise spécifique au terrain d'émergence, aux acteurs en présence et à sa temporalité qui va rythmer sa gravité.

Un élément déterminant pour réussir à obtenir des récits d'expérience malgré toutes les contraintes a été le fait que j'ai pu établir une relation de confiance avec les professionnels interrogés. Cette relation de confiance a pu se faire plus facilement grâce à mon expérience de professionnel de santé dans la mesure où j'ai été reconnue comme un pair professionnel. Le fait que ma recherche était indépendante, non financée par un organisme ou une institution quelconque a été facilitateur pour mettre en place cette confiance. Il n'y avait donc pas de conflit d'intérêt. Cette indépendance et cette neutralité ont été déterminantes dans la réussite des entretiens effectués et la qualité du recueil de données.

Cette méthode d'approche des acteurs interrogés, apparaît essentielle pour analyser la complexité de ces situations et évaluer l'impact sur les professionnels. Une démarche compréhensive me paraît essentielle pour investiguer ce domaine. Elle permet, entre autres, d'aborder les professionnels interrogés en privilégiant une écoute active et prise en considération de leur vécu, de leur ressenti. Ce ressenti est subjectif mais il doit être pris en compte car ce vécu est personnel à chaque individu en fonction de sa capacité à gérer et à faire face. Cette capacité à écouter l'autre de manière complètement neutre facilite l'expression de la souffrance, de la culpabilité, et des non-dits.

Partie III

Emergence de dynamiques d'apprenance

3.1. Introduction de la démarche d'analyse inductive

Je propose, dans cette troisième partie, l'analyse inductive des récits des professionnels de santé, puis des apprenants interrogés, concernant leurs vécus des situations de crise, en terrain hospitalier. L'analyse des récits des professionnels, principalement qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs, présente l'expérience des professionnels sur la gestion des situations de crise autour des principales thématiques, qui ont émergé des récits. Les expériences vécues vont se révéler tout au long de leurs trajectoires professionnelles sur différentes fonctions, spécialités ou structures variées. Ce déroulé de récits cumule des savoirs pratiques, théoriques, et met en perspective les résultats dans une approche compréhensive, du vécu en situation de crise.

Les professionnels présentent les situations, qu'ils ont à l'esprit au moment où je les interroge et me relatent les événements tels qu'ils les ont vécus. Ils me racontent le contexte d'émergence de la crise, le lieu d'émergence, les interactions sociales avec les acteurs en présence, les facilités ou obstacles rencontrés. Ils font part de leur ressenti (stress, émotions) du moment et des difficultés rencontrées. Ces expériences parfois oubliées, reviennent à l'esprit naturellement lorsque le professionnel relate son parcours professionnel. Ce laps de temps lui permet de se remémorer les situations, à son rythme, et lui laisse un temps de réflexion pour savoir quelles situations il va me présenter.

L'analyse inductive des récits des professionnels et des apprenants permet de mettre en évidence 3 axes de recherche majeurs : un axe sur la compréhension des dynamiques d'agression, protection et repli, générées par les situations de crise ; un axe d'émergence de dynamiques d'apprenances multiples et un axe sur les répercussions sur la formation des apprenants professionnels. Je vais analyser, dans les chapitres qui suivent, chacun de ces axes.

3.2. Compréhension des dynamiques générées par les situations de crise

L'analyse des récits met en évidence un processus de compréhension des dynamiques d'agression, de protection et de repli, induit par les situations de crises. J'ai regroupé ces dynamiques en 4 catégories : les situations de crise génèrent un stress aigu, les effets du stress aigu sur les professionnels de santé, l'émergence d'un processus de compréhension du vécu et les stratégies mises en place par les professionnels.

3.2.1. Les situations de crise génèrent un stress aigu

Les situations de crise recensées représentent, pour les professionnels interrogés, des situations inconnues jusque-là, non étudiées en formation initiale ou continue. Ils disent tous qu'ils n'étaient pas préparés à l'intensité du choc émotionnel, au niveau de confrontation de la révélation de la crise. L'ampleur de la situation à gérer les a aussi surpris. La situation semble au départ impossible à gérer car elle dépasse l'entendement et les connaissances acquises jusque-là.

Les professionnels rencontrés disent qu'il faut aller chercher dans leurs propres ressources expérientielles des savoirs formels ou informels qu'ils peuvent utiliser. Les savoirs informels sont souvent issus de leur parcours de vie ou du cumul expérientiel de situations de crise vécues et analysées. Ces savoirs informels sont jusque-là inconnus du professionnel lui-même qui les découvre spontanément devant la difficulté de mise en œuvre où ils apparaissent subitement sans que le professionnel en prenne conscience. Ils émergent de manière non consciente et le professionnel prend en compte ses ressources, ressources qu'il n'imaginait pas jusque-là. L'effet de l'irruption de la situation de crise, fait émerger une notion de gravité qui demande une prise de décision rapide et peut amener le professionnel à un état de stress aigu, intense qui risque de le déstabiliser.

Les professionnels interrogés signalent que les situations de suicide sont parmi les plus traumatisantes et culpabilisantes. De même, les situations de violence peuvent s'avérer particulièrement traumatisantes. Le stress aigu se révèle, selon eux, dans un contexte où les professionnels n'arrivent pas à comprendre pourquoi ils ne l'ont pas détecté à temps malgré le niveau de surveillance et de vigilance. Ils disent se sentir impuissant face à ce type de situation, ils se sentent dépassés. Le niveau de culpabilité exprimé, parfois 10 ou 20 ans après l'évènement, est encore ressenti par le professionnel lors du récit.

Comment évaluer, chez les professionnels ce niveau de culpabilité ? Par exemple, une échelle de 1 à 10 pourrait aider le professionnel à réaliser le niveau de stress aigu atteint. Cela peut permettre à l'organisation de prendre en charge l'accompagnement de ces professionnels. L'évaluation de l'impact de ces situations de crise, peut contribuer à prévenir certains effets secondaires et un éventuel épuisement. D'après un professionnel :

« La prise en charge des patients, lorsque le rétablissement n'est pas possible, est difficile à vivre et à accepter car c'est culpabilisant. A l'identique, les situations où il y a peu ou pas d'espoir, par exemple des patients atteints de maladie grave, cela nous touche encore plus et génère une souffrance psychologique, affective et émotionnelle »
(Marine, Infirmière de coordination, maison de retraite).

Le stress aigu est une conséquence des situations de crise, il perturbe et épuise les professionnels avec 3 catégories de symptômes et impact sur la santé physique et mentale. Des symptômes physiques apparaissent comme l'accélération du rythme cardiaque et respiratoire, un des premiers signes, l'élévation de la tension artérielle, des frissons, une pâleur, une sensation de faiblesse, des manifestations de signes perturbateurs, une gêne thoracique, avec une sensation de « *nœud dans l'estomac* », des spasmes viscéraux. Des symptômes psychologiques, tels que la sensation de vivre une situation irréaliste, une impression de tension psychique liée à la prise de conscience de la gravité de la situation, une appréhension sur la suite des événements. Des symptômes en termes de dextérité et de communication, comme la lenteur, des tremblements ou une imprécision des gestes, l'altération de la voix, ou un bégaiement.

La gestion du stress du personnel dans des contextes de changements importants est difficile à accompagner. Une infirmière s'exprime ainsi :

« Les situations sont tendues, du fait d'une surcharge de travail. J'ai pu observer qu'il y a beaucoup de tension entre les cadres. Une adjointe dans une structure est arrivée en larmes. J'ai déjà eu aussi des directrices et que ce soit des grandes équipes ou petites structures. Les équipes ne savent pas quel niveau d'activité elles vont avoir. Cette situation est génératrice de stress, c'est le stress au travail. C'est les professionnels qui font la démarche de venir nous consulter à la médecine du travail lorsqu'ils rencontrent une situation difficile. C'est une démarche individuelle, et c'est très difficile car cela risque d'être intrusif. J'essaye de me rendre disponible en corrélation avec le médecin du travail. Pour ces situations complexes, lorsque je suivais d'autres types de personnel, on avait mis en place une consultation avec un sophrologue qui venait une fois par semaine pour les aider à gérer le stress professionnel. On les orientait ensuite vers des psychologues disponibles dans l'institution ou et en plus un suivi en ville ou par le médecin du travail. Celui-ci pouvait prononcer une inaptitude temporaire pour les protéger. Il était alors considéré comme inapte au travail. Puis on passait le relais au médecin traitant qui prend le relais pour l'arrêter. Lorsqu'il y a une inaptitude, il

revient à la médecine du travail avant la reprise » (Martine, Infirmière de santé au travail, Hôpital public).

Les évolutions incessantes de certaines structures, services ou sites hospitaliers impactent directement ou indirectement les professionnels. Les effets des évolutions permanentes génèrent une crise chez les professionnels qui le vivent. L'infirmière de santé au travail, insiste à trois reprises sur le niveau de tension généré : « *situations sont tendues, du fait d'une surcharge de travail...il y a beaucoup de tension... est arrivée en larmes...c'est, tendu* ». Les restructurations permanentes des organisations perturbent le fonctionnement habituel et génère un processus de stress au niveau du personnel qui s'inquiète de la charge de travail que cela va engendrer, car il n'a pas encore toutes les informations. L'infirmière dit : « *ne savent pas combien elles vont avoir d'activité. Cette situation est génératrice de stress, c'est le stress au travail* ».

Les professionnels savent qu'ils peuvent venir à la médecine du travail lorsqu'ils sont en difficulté pour bénéficier d'une écoute : « *c'est les professionnels qui font la démarche de venir... c'est une démarche individuelle, et c'est très difficile car cela risque d'être intrusif. ... situations complexes* ». L'infirmière précise que ces situations sont délicates à gérer. Le passage de relais se fait auprès d'experts si nécessaire.

Il s'agit, d'après les observations de terrain auprès des divers professionnels interrogés, de perturbations au niveau de l'organisme qui peuvent avoir des répercussions sur la psychologie des professionnels. Cela peut se traduire par un épuisement des capacités physiques et intellectuelles et se manifester par une « *fatigue intense* », une perte de maîtrise de ses émotions, et une diminution de la capacité à décider et agir, disent les professionnels. On observe différents symptômes : une fatigue physique et psychique, des courbatures liées à une suractivité, une baisse de l'attention, avec parfois des pertes de mémoire, une diminution de la capacité de raisonnement, une moindre maîtrise émotionnelle, de l'irritabilité, une altération de la motivation, une incapacité à agir, ou encore un découragement.

La confrontation avec un évènement de crise engendre des réactions différentes selon les professionnels interrogés et selon le contexte d'incidence. D'après les récits recueillis, les comportements non-adaptés des professionnels en stress aigu sont parfois associés à « *des personnes psychologiquement vulnérables, non préparés ou fragilisés par divers évènements antérieurs* ».

Les manifestations de stress recensées dans cette recherche apparaissent sous 5 formes. Un état de paralysie émotionnelle : le professionnel est en état de choc, il est comme paralysé, il ne peut plus réagir, il n'est plus maître de ses émotions qui le submergent. Un état de perturbation : le professionnel ne sait plus quoi faire, il s'agite, sa détresse est perceptible, il ne sait plus quoi faire et comment se diriger. Un évitement de la situation : le professionnel essaye de trouver une solution pour fuir face à la confrontation de la situation de crise, il est dans l'incapacité de gérer, c'est un mécanisme de protection. Une réaction de type réflexe : le professionnel n'arrive plus à réfléchir, il réagit selon ses réflexes habituels mais ce n'est pas approprié à la situation. Une réaction de stress traumatique : l'évènement fait resurgir une souffrance intérieure, non visible jusque-là, l'effet peut être violent.

L'état de paralysie émotionnelle saisit le professionnel, au niveau de ses facultés. Sur le plan de la compréhension, il n'arrive plus à percevoir son état émotionnel et n'en a pas conscience. Il est incapable d'identifier et d'exprimer ce qu'il ressent. Il ne sait plus où il se trouve, il a la sensation d'être perdu. Après récupération, les professionnels parlent d'un état de désorientation. Sur le plan émotionnel, au-delà de la peur, le professionnel dit flotter dans un « *autre monde* ». Certains professionnels disent : « *j'étais tétanisé de peur* », d'autres disent : « *j'avais l'impression de ne plus être présente* ». Sur le plan de la maîtrise de soi, le professionnel n'est plus en état de prendre des décisions ni d'agir. Il n'est plus à l'écoute des autres. Sur le plan de l'attitude, il n'est plus réactif face au danger et n'est plus capable de se protéger. Cet état peut être plus ou moins long selon l'impact, il est en état de choc émotionnel.

Les professionnels de santé en terrain hospitalier ont-ils un temps de repos suffisant pour récupérer des situations complexes et difficiles à vivre ? D'après un médecin du travail interrogé, « *seul un temps de repos d'au moins six heures et avec une reconstitution des réserves permet au professionnel de revenir à son niveau d'efficacité* ». La durée prolongée de la situation de crise peut entraîner un manque de repos, et des perturbations du sommeil : « *au bout de quarante-huit heures sans sommeil, tout professionnel a perdu une grande partie de ses capacités cognitives et décisionnelles. Au bout de soixante-douze heures sans sommeil, il n'est plus efficace et il peut même avoir des hallucinations* » (Jean-Marie, médecin du travail, hôpital public).

Pour les professionnels de santé qui travaillent la nuit ou font des gardes, avec parfois des horaires de garde la veille, et en horaire du matin le lendemain, même s'ils se sont aménagé quelques courtes heures de sommeil, ils sont en état de moindres capacités mentales, cognitives

et affectives, car le temps de repos est insuffisant, disent-ils. Les conditions de travail mais aussi les conditions de récupération du personnel semblent déterminantes pour la qualité des soins et la qualité de vie des professionnels interrogés. L'analyse des événements indésirables graves en terrain hospitalier peut amener des connaissances sur les perturbations de la vigilance et de l'efficacité des professionnels non entraînés à des rythmes denses et prolongés, et qui peuvent perturber la prise en charge des patients et du service.

L'état de perturbation des facultés habituelles peut parfois submerger certains professionnels face aux situations de crise. Le professionnel stressé a envie d'agir, mais son stress est trop intense pour lui permettre de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision. Alors il présente une tension anxieuse. Il peut se mettre à crier par exemple, lors d'une situation d'urgence où il panique, et va s'agiter dans tous les sens, il peut dire des propos parfois incohérents. La peur et l'affolement sont visibles sur son visage, et sa relation aux autres est perturbée : il n'est plus à l'écoute. Cet état peut être éphémère, de quelques minutes ou prolongé, de quelques heures.

L'évitement de la situation est une des réactions relatées, pour se protéger du choc émotionnel qui peut survenir. Il est possible, pour un professionnel qui a été exposé à une situation de crise extrême, de vouloir s'éloigner par la fuite. Cette impulsion peut devenir contagieuse, par imitation et provoquer une panique collective. Cette attitude a une temporalité variable, jusqu'à l'épuisement physique du professionnel.

Une réaction de type réflexe est une autre catégorie de réaction mentionnée. Le professionnel n'attire pas l'attention car il semble avoir un comportement normal : il répond aux ordres de manière automatique. On peut observer des gestes répétitifs et inutiles. Celui-ci manifeste peu d'expression au niveau du visage, il n'est pas en capacité d'écouter. Il n'est pas capable de se souvenir de ce qui s'est passé. Enfin cette réaction, correspond à un réflexe du professionnel de vouloir appliquer une procédure, sans avoir besoin de réfléchir.

D'après les professionnels, il est assez exceptionnel de constater les formes de stress dépassé, mais on peut observer des formes moins visibles, qui fragilisent les capacités du professionnel et nuisent au fonctionnement et à l'efficacité des membres de l'équipe. Ainsi l'état de paralysie émotionnelle ou état de sidération, d'après les professionnels interviewés, peut se manifester par un bref instant d'arrêt de la pensée. Le professionnel peut présenter une baisse de l'attention, une difficulté à mémoriser, une impossibilité à se concentrer et appréhender la situation. Cet

état peut amener des erreurs d'évaluation, de jugement, de raisonnement. Une immobilité silencieuse peut dissimuler un état d'égarement parfois durable. Ce stress dépassé peut se traduire aussi par un état d'agitation, par un désordre mental qui empêche l'esprit de procéder logiquement, et un manque de constance, dans la pensée, qui laisse échapper les actions en cours, l'émotion n'est pas stable. Pour un professionnel, cela induit un manque de suivi et peut l'amener à donner des ordres contradictoires.

D'après les observations de terrain, le stress présente des effets psychologiques chez les professionnels. Il focalise l'attention sur la situation menaçante. Il mobilise les capacités d'attention, de mémorisation, d'évaluation, de raisonnement. Il incite à la prise de décision et à l'action. Sur le plan psychologique, on constate que l'alerte et la mobilisation se manifestent sur le plan cognitif et affectif et sur la motivation et le comportement du professionnel. On identifie 4 processus à l'œuvre. L'émergence d'un processus réflexif qui apparaît spontanément, avec une augmentation du niveau de vigilance du professionnel, une attention et augmentation des capacités d'évaluation et de raisonnement, avec une prise de décision. La capacité de perception augmente l'attention aux signaux pertinents. Toute l'attention du professionnel est focalisée par la situation de danger, et les pensées sont mises en attente. Une analyse des signaux et une sélection se met en route. La faculté de jugement, d'évaluation, de mémorisation et de raisonnement (anticipation des conséquences de la décision) sont augmentées afin de répondre à l'urgence de la situation avec une prise de décision. Cette réaction présente trois caractéristiques principales : elle focalise l'attention, mobilise l'énergie et incite à agir. Elle permet de se défendre ou de se mettre en retrait et de se protéger.

L'émergence d'un processus émotionnel se traduit par une décharge émotionnelle, en gardant un état d'alerte, un sentiment d'appréhension (contrôlée), et aussi de combativité, voire d'indignation et de colère. La relation à l'autre se traduit sous forme d'empathie, d'entraide, tout en gardant un esprit de combat contre la menace. Avec l'émergence d'un processus dynamique et motivationnel, la réaction instantanée se traduit par la volonté de passer à l'action. Le professionnel ressent une tension interne qui diminue lorsqu'il passe à l'action, il fait un choix de prise de décision. Il intervient car il a confiance en lui.

Avec l'émergence d'un processus comportemental, la réaction de stress positif se traduit par une attitude et des gestes adaptés à la situation. On note une attitude d'alerte et de préparation à faire face, avec des gestes de défense ou de retrait, dont l'objectif consiste à réduire ou à faire

disparaître la menace, soit de se protéger. Les gestes sont rapides, harmonieux et efficaces, mais moins « décontractés ».

Le stress aigu répond à l'émergence de la crise. Mais en réalité, on observe un stress prolongé, lorsque la crise perdure. Dans les situations de crise durables, une fois la découverte de la crise qui peut occasionner un stress aigu et intense, c'est un stress prolongé, perturbant, qui apparaît. Certaines situations de crise touchent différentes catégories de personnel. Une infirmière en mission transversale sur différentes structures, relate ses observations lors de restructurations importantes :

« Actuellement, il y a beaucoup de besoins, de nombreuses personnes sont très inquiètes avec les nouvelles restructurations des groupes hospitaliers. Cela génère beaucoup de stress, c'était exprimé dans les réunions avec le service central de la médecine du travail. Les organisations syndicales ont lancé des alertes, les professionnels ne voient pas sur quoi se projeter, ils ont peu d'information sur leur devenir » (Martine, Infirmière de santé au travail, Hôpital public).

La transformation du secteur de la santé émerge dans le discours des professionnels par les propos recueillis à la médecine du travail. Celle-ci apparaît comme un lieu d'écoute et d'échange avec différentes catégories de personnel. Quel type d'accompagnement mettre en place pour promouvoir la santé et le bien-être de ces professionnels et notamment la gestion du stress face à un processus de changement ? Quelles actions de prévention et de promotion de la santé mener tant sur le plan individuel que collectif pour les accompagner dans les nombreuses transformations à venir ?

3.2.2. Les effets du stress aigu sur les professionnels

Il semble important de connaître les effets ou risques potentiels du stress aigu que l'on peut subir en situation de crise afin de prévenir leurs effets nocifs, perturbateurs ou paralysants. Le principal risque pour les professionnels est le stress post-traumatique. Le stress aigu peut inquiéter et provoquer un état de sidération ou de « *paralysie émotionnelle* ». Si le stress est trop intense, répété et durable, il peut évoluer vers un stress post-traumatique avec des conduites inadaptées. Selon plusieurs professionnels interrogés, le stress post-traumatique découle « *d'évènements qui menacent la vie des individus tant au niveau de l'intégrité physique que psychologique* ». Cette expérience de la crise, fait évoluer les représentations initiales.

Un professionnel exposé à un stress post-traumatique s'est confronté à une situation qui menace l'intégrité physique individuelle et collective. Ce vécu interroge sa manière de comprendre le monde et sa place. Les séquelles apportent de nouvelles réalités, et amènent le professionnel à modifier ses représentations de départ et à créer de nouvelles significations de son environnement de travail et sur lui-même. Selon les professionnels interrogés le stress post-traumatique peut présenter des formes variables : un sentiment de vulnérabilité, une perte de contrôle, une forme de menace. Un des professionnels définit le stress post-traumatique comme « *une menace inattendue et extrême, associée à un sentiment d'impuissance face à la confrontation de l'évènement, avec des conséquences à court, moyen et long terme* ».

Le stress post-traumatique peut se manifester comme une souffrance particulièrement pénible qui peut, momentanément, submerger les ressources du professionnel. Une infirmière nous relate la gestion du stress post-traumatique suite aux attentats du Bataclan et sur les terrasses, d'après le vécu du personnel ambulancier intervenu auprès des victimes, en novembre 2015 sur Paris :

« Je me suis occupé de la santé au travail des ambulanciers, c'était différent, il y avait beaucoup de problèmes suite aux attentats intervenus au Bataclan et sur les terrasses. Suite à ces évènements, j'ai demandé une formation pour m'aider à les prendre en charge sur le stress post-traumatique. Sur 150 ambulanciers, un a développé une sclérose en plaque et une pathologie psychiatrique grave. Il m'a dit lors de sa visite à la médecine du travail, après les évènements : ça ne va pas, je peux plus bosser, quand j'amène mon fils au cirque, je vois un dresseur avec un fouet par terre, cela m'a rappelé les tirs. Ces ambulanciers sont venus pour une visite à la médecine du travail au bout

de 15 jours. Plusieurs semaines après les évènements, j'ai récupéré la liste des noms des personnes intervenus pour je puisse faire le lien avec ce qui s'était passé. Ils sont arrivés proche de la sidération. L'un d'entre eux me dit qu'il ne dort pas, qu'il y pense en permanence, qu'il ne peut pas travailler. Il me dit : quand je vois un camion du SMUR ça me rappelle les évènements et je ne peux plus passer dans le quartier où les évènements des attentats ont eu lieu. Deux des 4 ambulanciers affectés ont pu reprendre leur activité. J'ai aussi un collègue Chef de service qui m'a dit que son fils manipulateur radio sur le groupe hospitalier, a été très choqué par les blessures observées lors des attentats » (Martine, Infirmière de santé au travail, Hôpital public).

L'infirmière relate un impact au niveau de la santé mentale de ces professionnels atteints psychologiquement car en première ligne lors des attentats, pour récupérer les personnes blessées sur place. Ces situations, particulièrement dramatiques et non habituelles, ont marqué ces ambulanciers au plus près du terrain de la crise, ici les attentats. Le stress post-traumatique peut s'observer sur cet ambulancier avec un impact physique : la sclérose en plaque, et un impact psychologique : une pathologie psychiatrique.

L'ambulancier s'exprime sur son vécu : « *ça ne va pas, je peux plus bosser, quand j'amène mon fils au cirque, je vois un dresseur avec un fouet par terre, cela m'a rappelé les tirs* ». Comment dépasser toutes ces peurs, ces angoisses, ces rappels à l'évènement qui marquent ce professionnel, non seulement au niveau de son ressenti, mais aussi par les bruits qu'il entend. La scène traumatisante observé lors de l'évènement le rattrape en permanence, la vision, le bruit, le ressenti en termes d'émotions fortes vécues lors de l'évènement. Le traumatisme subi a atteint plusieurs sens (la vision, l'audition, le ressenti physique, etc.). Ce professionnel n'arrive plus à se détacher de l'évènement trop fort en émotion et en images traumatisantes. Comment l'accompagner ? Combien de temps va-t-il mettre pour récupérer ? Certains récupèrent d'autres plus difficilement. Deux des 4 ambulanciers affectés ont pu reprendre leur activité selon les propos de cette infirmière.

Un autre ambulancier dit, qu'il ne dort pas, qu'il y pense en permanence, qu'il ne peut pas travailler. Il dit « *quand je vois un camion du SMUR ça me rappelle les évènements et je ne peux plus passer dans le quartier où les évènements des attentats ont eu lieu* ». Le processus d'impact sur cet ambulancier le met en grande difficulté professionnellement puisque à la vue du camion du SMUR ou lors de son passage dans le quartier où cet évènement traumatique est arrivé, il ne peut plus le regarder ou y passer. Comment retravailler comme ambulancier ? Faut-

il prévoir des reconversions professionnelles afin de permettre à ces personnes de ne plus faire référence à ce vécu, trop difficile, et leur permettre de prendre de la distance ? L'infirmière observe également ce stress post-traumatique sur d'autres catégories de personnels qui ont aussi décrit des impacts visuels sur des patients difficiles à soutenir (et tellement invraisemblables qu'ils ont eu des difficultés à le gérer). Un choc émotionnel a eu lieu. L'infirmière dit qu'elle « a aussi un collègue chef de service qui m'a dit que son fils manipulateur radio sur le groupe hospitalier a été très choqué » par les blessures lors de l'accueil des victimes des attentats dans son service.

Les traits de caractère de la personne peuvent influencer sur une forme de vulnérabilité au stress post-traumatique dans son milieu de travail. Cela peut expliquer les niveaux élevés de symptômes de détresse que certains professionnels éprouvent. Par conséquent, l'adéquation entre les traits de caractère des professionnels et leur fonction peut entraîner un stress plus ou moins grand. Les urgentistes ou les pompiers par exemple, considèrent généralement que l'exposition au stress post-traumatique fait partie intégrante de leur fonction, et leurs réactions aux situations traumatisantes sont perçues sous cet angle. Il est donc possible que ces professionnels constituent un groupe prédisposé à accepter l'exposition au stress post-traumatique. Ils ont souvent choisi leur métier en fonction de leur tolérance au stress aigu et de leurs traits de caractère. Une forme de résilience face à l'adversité se met en place dans certaines catégories de professionnels.

Un autre aspect qui ressort des récits, est le phénomène de stress post-traumatique indirect vécu par les professionnels sur le terrain au contact de la souffrance des patients. Ce stress résulte de l'implication en termes d'attitude d'aide qui demande une implication émotionnelle des professionnels dans la prise en charge du stress traumatique des patients ayant vécu des situations traumatisantes (plaies par balle, plaies par arme blanche, brûlures...). De nombreux indicateurs dans l'expression d'un médecin démontrent un certain nombre de signes visibles ou invisibles, parfois souterrains :

« Après des semaines de mobilisation contre le coronavirus, les médecins sont à bout de nerfs et d'énergie...Le médecin...alerte sur les conséquences, notamment psychologiques, du coronavirus sur les médecins généralistes et autres médecins libéraux qui craignent pour leur santé et leur vie...on est en burn-out permanent...Qu'est-ce qui me retient ? Notre santé mentale est mise à rude épreuve... il y a de quoi se jeter d'un pont...le coronavirus peut avoir de graves conséquences sur

l'état psychique des médecins...Mais le médecin ne tombe pas en dépression tout de suite. Il tombera en dépression après la crise...Ils ne s'en sortent plus, et ils vivent donc un stress vital. Il faut ajouter à cela le stress pour ses patients. Moi, j'ai déjà perdu dix patients du Covid-19. Et c'est éprouvant. Ce sont des gens que je connaissais depuis longtemps. Ça fait de la peine. C'est dur de dire qu'on se reverra plus. Les médecins sont des humains aussi fragiles que les autres » (André, Médecine libérale)³³⁰.

Dans ce récit le médecin parle de « *stress pour ses patients* », il dit qu'il a perdu 10 patients et que c'est éprouvant. On observe ici une souffrance psychique exprimée. Il dit également qu'il les connaissait depuis longtemps, « *ça fait de la peine, c'est dur de dire qu'on se reverra plus* ». Une fatigue peut apparaître que l'on peut nommer la « *fatigue par compassion* » (ou de compréhension de l'autre, de la maladie). Celle-ci désigne, selon les professionnels interrogés, un « *sentiment important de souffrance, de tristesse ou de sympathie envers le patient qui peut mener le professionnel jusqu'à l'épuisement, avec la volonté d'atténuer la souffrance de l'autre* ». La fatigue par compassion se manifeste par des troubles négatifs de l'humeur, un état émotionnel négatif persistant et le sentiment de détachement des autres, des troubles de la réactivité, comme l'irritabilité et des difficultés d'attention.

Certaines situations marquent les esprits, une infirmière s'exprime sur son vécu lorsqu'elle travaillait en néphrologie dans un autre établissement hospitalier :

« J'ai rencontré des situations difficiles comme une tentative de suicide d'un patient en réanimation néphro³³¹. Un patient branché sous dialyse³³² avait débranché le retour sous le lit. Il voulait en finir. Il se vidait, il a présenté une baisse de tension importante. Il voulait se suicider. On l'a vu à temps et les infirmières l'ont rebranché. J'ai pu aussi constater des situations de suicide de professionnels. J'ai appris le suicide chez eux pas sur l'établissement, en 2013, quatre professionnels en un mois. C'étaient des professionnels qui avaient des problèmes personnels et professionnels » (Martine, Infirmière de santé au travail, Hôpital public).

³³⁰ Prénom de substitution, propos recueillis par le quotidien 20 minutes le 21 avril 2020. Disponible sur <https://www.20minutes.fr/sante/2764311-20200421-video-coronavirus-paca-quoi-jeter-pont-detresse-medecins-liberaux>.

³³¹ « Néphro » : spécialité de néphrologie

³³² La dialyse est une technique médicale, qui permet d'assurer artificiellement les fonctions d'épuration du sang qu'effectuent en temps normal les reins.

On peut observer dans le récit de cette infirmière dans un premier temps, la confrontation du personnel soignant à la souffrance des patients avec des prises en charge thérapeutiques lourdes de conséquences. En effet, ce patient est très dépendant des appareillages, comme par exemple ici, la dialyse, qu'il doit subir plusieurs fois par semaine. Cette situation peut le décourager car la prise en charge actuelle ne donne pas forcément de perspectives d'évolution de sa situation ou de guérison, car c'est un traitement palliatif.

Ces situations de crise, concernant le suicide d'un patient ou d'un professionnel, questionnent la capacité des organisations à être réactives et à l'écoute permanente des besoins. Une perte d'espoir peut s'installer et demander une grande vigilance et attention de la part des professionnels parfois impuissants devant cette souffrance physique et psychologique. Cette infirmière fait bien référence à une fatigue par compassion. L'infirmière compatit avec la souffrance du patient. Les termes utilisés par l'infirmière sont forts : « *en finir* », « *se suicider* », cela exprime le souhait de mourir plutôt que de continuer à supporter ce traitement. On observe toute la souffrance du patient qui est à bout de souffle, et qui n'arrive plus à exprimer cette souffrance de manière verbale, et l'exprime par du non verbal par des gestes de fin de vie.

Les infirmières ont repéré les signaux d'alarme : « *il se vidait, il a présenté une baisse de tension importante...on l'a vu à temps* » puis ont pris en charge la situation. Comment accompagner les patients atteints de pathologies chroniques ? Comment le personnel est formé pour accompagner dans le temps ces patients qui attendent longtemps une possibilité de greffe rénale ? Comment se protéger des dommages collatéraux provenant de l'interaction constante avec les patients ?

La souffrance des soignants s'exprime également dans ce récit par une série de suicides sur la même période et interroge les modalités d'accompagnement de ces professionnels, parfois abandonnés à leur propre sort. Ces professionnels se retrouvent-ils isolés sans pouvoir exprimer la souffrance qui émerge sur leur lieu de travail ? L'infirmière dit : « *constater des situations de suicide de professionnels. ...suicide chez eux..., en 2013, quatre professionnels en un mois* ». Cette infirmière fait un lien entre le poids des problèmes personnels et professionnels qui associés se cumulent et peuvent mettre le professionnel en danger et le mener, à son tour, vers un risque de suicide.

Ces situations sont souvent douloureuses pour les proches et pour les équipes impactées par un suicide. Un contexte tendu sur le lieu de travail et dans son environnement familial engendre

une situation de vulnérabilité pour ces professionnels qui vivent parfois sous tension permanente selon ce témoignage : « *c'était des professionnels qui avaient des problèmes personnels et professionnels* ». Le cumul de problématiques tant personnelles que professionnelles peut épuiser le professionnel de santé et le rendre plus vulnérable.

Ces situations sont sensibles et démontrent un besoin réel de soutien et d'appui. Le soutien psychologique des professionnels de santé apparaît dans ce récit comme une nécessité à mettre en place systématiquement pour pouvoir prévenir ces situations de désespoir. Certaines fragilités peuvent apparaître dans le parcours de vie comme sur le parcours professionnel, peut-on dissocier les deux trajectoires ? Une prise en charge globale doit être prise en compte car un professionnel heureux, épanoui dans sa vie personnelle a peut-être plus de ressources pour faire face aux situations complexes qu'il rencontre. Des fragilités non exprimées risquent un jour d'émerger de manière spontanée et non contrôlable par la personne qui le vit. La promotion d'une bonne santé psychologique et physique apparaît comme une priorité, afin d'améliorer la santé des professionnels, comme des patients.

Suite à des situations de crises majeures, comment les organisations réagissent-elles ? Quelles organisations émergent et quelles démarches de recherche met-on en place pour les prévenir ou mieux les accompagner ? Pour prendre en charge les patients qui ont subi des traumatismes, des centres se sont développés pour étudier les effets post-traumatiques sur les individus, selon les propos d'un médecin interrogé :

« Des Centres universitaires de résilience post-traumatique ont été montés en novembre 2018, pour les traumas suite aux attentats. Ces Centres, ont vu le jour dans 10 villes universitaires en France. Des psychologues et des scientifiques réfléchissent sur les effets des traumatismes. Par exemple à Nice, à Marseille, dans certains groupes hospitaliers suite aux attentats du Bataclan. Ce sont des Centres de résilience post-traumatique » (Jean-Marie, Médecin du travail, Hôpital public).

Les effets du stress post-traumatique peuvent-ils apparaître bien plus tard ? Un cadre nous parle de son expérience, les professionnels peuvent être affectés à distance de l'évènement, pas forcément sur le moment :

« Les effets du post-traumatique, ce n'est pas tout de suite, mais plusieurs semaines après, un mois après, trois mois après. A chaud, on va en parler, mais c'est après qu'il

faut s'interroger sur quel degré vous a atteint. D'abord on débriefer tout de suite, mais il faut redébriefer un mois après, deux mois après. Il faut en parler et voir comment les soignants le vivent. Il faudrait un accompagnement, on met tout sous le tapis, on pense que ça a disparu, ça ne disparaît pas. Il y a récurrence, le traumatisme apparaît. S'exprimer sur le moment, lors de la rencontre de situations complexes et traumatisantes est utile, mais nécessite une gestion dans le temps car les signes de décompensation peuvent aussi apparaître dans une deuxième étape et peuvent même s'étaler dans la durée. Des modalités d'accompagnement au long court deviennent nécessaires. La médecine du travail a un rôle important de proximité pour prendre en considération les besoins des professionnels. Libérer les tensions générées par des situations stressantes et permettre aux professionnels d'exprimer leur ressenti émotionnel devient essentiel » (René, Cadre en Psychiatrie, Hôpital public).

Ce cadre préconise le rôle de la médecine du travail, qui peut se rendre sur le terrain pour apprécier l'état des professionnels et prendre en considération les besoins de l'ensemble de l'équipe. L'équipe soignante a besoin d'un regard extérieur dans un premier temps afin de reconnaître leur vécu puis de les éclairer. Ils ont besoin que l'on prenne en considération l'expression de leur souffrance. Ils attendent une reconnaissance symbolique de l'impact de la situation de crise. Ils ont besoin d'une écoute et d'un espace d'échange pour évacuer ce trop plein d'émotions, inhérent à ce type de situations.

Reconnaître l'expression des professionnels, c'est libérer le professionnel de son vécu, de son ressenti. C'est commencer un travail d'analyse sur ce qui s'est passé et de compréhension des phénomènes observés. C'est également reconnaître la parole des professionnels. Il s'agit en effet, de prendre en considération leur expérience et les éventuels obstacles rencontrés. Libérer le vécu des professionnels, c'est libérer le professionnel de la surcharge mentale et émotionnelle que comporte toute situation de crise. L'expression de l'évènement qu'il vient de vivre intensément et qui l'a peut-être perturbé, interpellé, va lui permettre de se décharger d'une partie de ses préoccupations.

Cette expérience de la crise, fait parfois bousculer les représentations individuelles et collectives et génère une intense dépense d'énergie et d'efforts pour la surmonter. Il faut rechercher une solution, trouver la personne clé et l'information prioritaire pour résoudre la situation. La gestion d'une situation de crise laisse souvent un goût amer, une amertume, des doutes, des interrogations. Elle remet en question les pratiques et les procédures habituelles qui

ne sont plus adaptées au contexte d'émergence de la crise. Celle-ci questionne les acquis, les savoirs jusque-là reconnus.

Une approche collective est préconisée dans des situations particulièrement difficiles à vivre pour les professionnels car l'impact est souvent collectif. Faut-il que ce soit la médecine du travail comme préconisée, ou d'autres professionnels spécialisés sur la gestion des situations de crise ou encore l'intervention de psychologues. Chaque établissement est à même de recenser les ressources disponibles et qui peuvent être un renfort en termes de soutien. Une prise en charge par une cellule d'urgence médico-psychologique peut être nécessaire dans un premier temps afin de faciliter l'expression du personnel et voir comment il réagit, comment il le vit, et voir s'il y a récurrence du traumatisme. La formation continue du personnel, peut aussi intervenir et aider les équipes à analyser ce vécu et prendre ainsi de la distance par rapport aux événements.

Un troisième risque qui ressort des récits, c'est l'épuisement professionnel observé en terrain hospitalier quel que soit le statut des professionnels touchés. L'épuisement professionnel peut être défini selon le discours des professionnels de terrain, comme « *un état d'épuisement physique, psychologique et mental généré par l'expérience de situations émotionnellement éprouvantes* ». Il peut se manifester par, une perte d'espoir, un sentiment d'être dépassé, une diminution de l'efficacité et de l'estime de soi et parfois une dépersonnalisation.

Ainsi l'épuisement professionnel prend souvent la forme d'un épuisement psychologique, émotionnel et physique global. Les professionnels font références à : « *une fatigue intense avec une diminution de l'énergie après avoir géré la situation de crise, avec parfois un effet d'endurance lorsque la crise se prolonge, car il faut tenir sur la durée* ». Une infirmière relate l'accompagnement mis en place dans des situations de « *burn-out* » :

« Comme infirmière en santé au travail, j'ai rencontré de nombreuses situations d'épuisement avec des professionnels à différents niveaux de l'organisation hospitalière. J'ai eu en charge dans le service de médecine du travail, des agents hospitaliers avec des tâches difficiles. Ce sont des personnes lassées de leur travail avec de nombreux gestes répétitifs et n'ayant pas de perspectives professionnelles. J'avais beaucoup de cas d'épuisement professionnel. J'ai eu aussi des situations d'épuisement professionnel au niveau des équipes de direction. On m'a signalé le cas d'un directeur qui voulait tout contrôler avec des stratégies de pouvoir sur son équipe de direction.

Toute son équipe est partie, et l'équipe a continué à tourner beaucoup. J'ai pu observer des situations d'épuisement chez des directeurs financiers, directeurs des ressources humaines, postes d'adjoints au directeur. On les dirige vers un service où ils pourront bénéficier de psychologues du travail. Ce sont des personnes qui ont été amenés à changer de poste par la suite » (Martine, Infirmière de santé au travail, Hôpital public).

L'épuisement menace les professionnels quel que soit leur statut ou les conditions de travail. Les professionnels qui ont des conditions de travail particulièrement difficiles sur le plan physique avec des « gestes répétitifs » et un manque de « perspectives professionnelles » tendent vers une forme de vulnérabilité, de fragilité car ils ne peuvent pas se projeter dans un avenir meilleur. Un questionnement est à mener sur des perspectives éventuelles de formation continue pour ces professionnels.

Les hauts managers avec un niveau de responsabilité important sont aussi concernés par une forme d'épuisement professionnel car les enjeux de pouvoir, les injonctions paradoxales et parfois les conflits d'intérêts. Ce contexte, peut générer une souffrance au travail. On observe dans ce récit, le départ des professionnels à la suite de situations complexes liées au mode de management. On constate aussi un épuisement dans des postes à responsabilité au niveau de la direction. A ce propos, un médecin d'un grand groupe hospitalier témoigne du vécu de la crise sanitaire Covid-19 et de l'impact sur le personnel :

« Des infirmières qui s'effondrent parce qu'elles n'arrivent pas à poser leur congé de maternité faute de personnel pour les remplacer. Celles qui habitent à plusieurs heures de transports de l'hôpital public et celles qui, épuisées, abandonnent l'hôpital public. Après cette crise, beaucoup vont être abîmées, parce que là on compte les morts. Donc si rien n'est fait, on va avoir des dizaines de défections » (Paul, Médecin, Hôpital public)³³³.

Comment pérenniser ce type d'accompagnement qui demande un investissement important des équipes de cadres, souvent déjà surchargés avec des problématiques de service pour réussir à gérer le quotidien ? Faut-il prévoir des services spécialisés pour orienter ces professionnels qui ont certainement besoin d'écoute avec des spécialistes divers et complémentaires comme les

³³³ Prénom de substitution. Témoignage d'un médecin sur une enquête du collectif Inter-Urgences du 24 avril 2020. Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemaq.fr/article/pour-les-paramed-la-gestion-du-covid-est-la-crise-de-trop>.

psychologues, psychiatres, assistante sociale ? La crise sanitaire Covid-19, amène un médecin généraliste à craquer, poussé à bout par les nombreux décès dont il a dû s'occuper. Un de ses collègues témoigne, courant avril 2020 :

« Il est habitué aux journées de travail à rallonge entre consultations à son cabinet, à domicile et gardes de nuit. Mais là, il n'a pas tenu. Et ça n'est pas la fatigue qui a poussé à bout, mais la situation inédite et dramatique dans laquelle il s'est retrouvé. Installé près de..., ce médecin généraliste, a craqué, le 27 mars dernier, alors que l'épidémie de coronavirus contamine de plus en plus de monde et fait de plus en plus de morts. J'ai eu des crises d'angoisse, j'ai appelé mes collègues et je leur ai dit : Je ne peux pas assurer ma garde. D'habitude, des certificats de décès, j'en fais trois par mois. Là, j'en ai fait six en une semaine. L'accumulation elle a été trop importante pour moi, en plus de la surcharge de travail. Grâce à sa famille et à une aide psychologique, ... il est parvenu à retrouver le moral et à reprendre des forces. Après presque un mois d'arrêt, il recommence le travail demain, vendredi 24 avril. Un souci constant pour lui : soigner, tout en se protégeant au maximum du virus. Le médecin généraliste et ses associés se sont débrouillés seuls pour se procurer le matériel nécessaire. Tout mon matériel est dans des sacs en plastique. Je peux tout désinfecter et j'ai toujours ma réserve de masques FFP2. (Adrien, Médecin généraliste)³³⁴.

On observe dans ce témoignage que ce médecin est habitué à une charge de travail intense, il dit qu'il a des : « journées de travail à rallonge ...gardes de nuit ». Et pourtant « ...il n'a pas tenu. Et ça n'est pas la fatigue qui a poussé... » ce médecin « à bout, mais la situation inédite et dramatique dans laquelle il s'est retrouvé ».

Ce médecin exprime son désarroi, son impuissance pour faire face à une situation qui le dépasse. Cette situation de crise intense, inattendue, qui menace la vie des patients et des soignants est un affront terrible pour ce professionnel qui a atteint les limites de ce qu'il peut supporter. Il tient malgré les difficultés rencontrées et met à l'épreuve ses capacités de résistance à la menace. Il prend le temps de prévenir ses collègues afin qu'une prise de relais puisse être assurée afin de maintenir la continuité des soins. Son sens des responsabilités est visible, il

³³⁴ Prénom de substitution. Témoignage d'un médecin généraliste sur un reportage de la chaîne LCI le 20 avril 2020. Disponible sur <https://www.lci.fr/sante/video-coronavirus-burn-out-le-temoignage-d-un-medecin-ereinte-par-les-deces-dus-au-covid-19-2151813.html>.

préfère les prévenir afin qu'ils puissent s'organiser sans lui. Son sens de l'engagement persiste malgré l'impact de la situation, les valeurs professionnelles sont visibles.

Une souffrance psychologique transparait dans ses propos, il dit qu'il : « ...a craqué, le 27 mars dernier, alors que l'épidémie de coronavirus contamine de plus en plus de monde et fait de plus en plus de morts ». De plus, des signaux d'alarmes sont visibles lorsqu'il affirme : « j'ai eu des crises d'angoisse, j'ai appelé mes collègues...Je ne peux pas assurer ma garde ».

L'angoisse ici est le signe visible et physiquement, il n'en peut plus. Il a dépassé la limite de ses ressources habituelles bien qu'il soit habitué à faire des gardes avec de nombreuses heures de travail. Mais à cet instant, il a identifié un obstacle émotionnel important qui signale qu'il a dépassé la ligne rouge. C'est une limite qui apparaît à ce moment-là et qui lui permet de comprendre qu'il peut se mettre en danger sur le plan psychologique, s'il persiste. C'est une démarche consciente et exprimée. Cet obstacle au bon déroulement de sa capacité psychique à supporter des situations complexes est un signal d'urgence pour lui, une mise en alerte consciente. Ce signal représente l'étape à ne pas dépasser, car il pourrait s'effondrer.

Cet obstacle identifié et exprimé montre qu'il n'en peut plus mais qu'il peut encore réagir et prendre une décision. Il est encore autonome dans ses choix puisqu'il a identifié la difficulté qu'il traverse. Il maintient une clairvoyance sur ses facultés, ce qui démontre sa capacité d'autoréflexivité. Il se connaît et il est en capacité d'identifier ses propres limites. Ce passage de relais est tout à fait spécifique au monde hospitalier et révèle une culture d'entraide du collectif de travail.

Lorsqu'un professionnel va identifier une difficulté où il a le sentiment qu'il ne va pas pouvoir gérer une situation qui s'aggrave, il passe le relais mais dans un cadre bien défini. Le principe fondamental du maintien de la continuité des soins, c'est de ne pas mettre en difficulté la prise en charge des patients. On suppose par ce passage de demande de relais qu'il exprime, qu'il sait qu'il peut compter sur son équipe, un soutien important dans ces moments difficiles. L'esprit d'entraide émerge dans ce récit comme un prérequis au bon fonctionnement de ces équipes habituées à la confrontation de prises en charges complexes d'un point de vue émotionnel.

On constate également qu'il connaît l'origine de cet épuisement : il « sait, selon lui, ce qui a déclenché cet état », il en connaît l'origine : « certificats de décès, j'en fais trois par mois. Là,

j'en ai fait six en une semaine. L'accumulation elle a été trop importante pour moi, en plus de la surcharge de travail ». La charge émotionnelle ici trop intense de situations de fin de vie, dans un délai relativement court et inhabituel et dans un contexte de surcharge de travail intense car le nombre de patient à prendre en charge augmente, l'a épuisé, et même traumatisé.

L'objectif prioritaire pour tout professionnel est de préserver la vie des personnes, l'étape de la fin de vie demande donc une grande capacité de compassion et de résilience. Cette capacité en temps normal lorsqu'elle arrive ponctuellement est difficile à vivre mais les professionnels ont le temps de récupérer pour arriver à surmonter cette charge émotionnelle intense. Ils ont l'habitude d'échanger sur ce vécu avec l'équipe qui représente de manière générale un soutien important.

Dans cette crise sanitaire, les professionnels de santé n'avaient plus le temps de s'arrêter et d'échanger. Le cumul de ces situations de fin de vie a été trop intense dans une temporalité inédite pour ce médecin, il n'a plus retrouvé ses repères habituels. La situation a été trop négative pour lui, il était impuissant devant cette situation. Cette impuissance à ne pas pouvoir agir sur un phénomène, sur une situation, épuise les professionnels, fatigue, perturbe le raisonnement. Faire une pause pour se ressourcer est une stratégie de protection et d'adaptation que ce médecin a choisi pour mieux revenir.

Les situations de décès sont des situations difficiles à vivre pour les soignants en général, car il y a toujours une notion d'attachement au patient et aux proches. Il y a aussi la culpabilité de ne pas réussir à sauver le patient malgré la prise en charge initiée, et le sens des responsabilités est remis en cause. Ce ressenti peut générer une souffrance au travail. De plus, le constat de ces nombreux décès inhabituels pour ce médecin, le met face à une situation d'échec ce qui fait émerger de nombreux doutes. Ces doutes peuvent faire baisser son niveau de confiance sur ses capacités à résoudre ce type de situation. Cette baisse de confiance peut générer une baisse du sentiment d'efficacité. Ces situations de fin de vie, soulèvent de nombreuses questions éthiques, humaines, spirituelles et culturelles. Le professionnel se remet en cause et remet en cause le processus de prise en charge qui n'a pas été efficient, selon son niveau d'exigence. Une démarche réflexive se met alors en place, jusqu'à trouver un sens à cette situation. Cet engagement pour les autres, pour les patients entre autres, est une force, un soutien, une source d'espoir et d'épanouissement qui va lui permettre de retrouver de la confiance. Le cumul de situations critiques a été très difficile à vivre et l'a déstabilisé sur le plan émotionnel et sur le

sens de son travail. Une souffrance d'ordre psychologique émerge à ce moment-là. L'impact de la menace ici représenté par le nombre de décès inhabituel perturbe ce professionnel.

L'entourage, les proches de ce médecin, sont une source de soutien dans les moments difficiles et l'éclairage d'experts lui ont permis de récupérer : « *grâce à sa famille et à une aide psychologique, ...parvenu à retrouver le moral et à reprendre des forces ...un mois d'arrêt, il recommence le travail demain* ». Cette faculté à se ressourcer auprès de personnes importantes pour lui, qui lui indiquent pourquoi il est là, redonne sens à sa vie et à son environnement de travail. Dès qu'il a récupéré, il a souhaité reprendre son travail, une activité qui a du sens pour lui. On note l'engagement de ce professionnel qui se sent prêt à repartir quoi qu'il en coûte. C'est une des caractéristiques communes de l'ensemble des professionnels interrogés. Un autre exemple, avec un médecin en région qui alerte sur la détresse et l'angoisse des généralistes et médecins libéraux face au manque de moyens, pour lutter contre le coronavirus, il s'exprime en avril 2020 :

« Il faut se mettre à la place d'un médecin libéral aujourd'hui. Il va devoir se battre seul et sans arme face à une maladie qu'on ne connaît pas. C'est inadmissible pour nous. Beaucoup de médecins, proches de la retraite, ont brutalement fermé leurs cabinets, sans donner aucun signe de vie. Et pourquoi ? Parce qu'ils ont peur de mourir du coronavirus. Et vous savez, la mort, on sait ce que c'est, on y est confronté depuis nos études de médecine. Mon associé par exemple a 65 ans. Il y a quelques mois, on lui a diagnostiqué un cancer. Il a dit qu'il se sentait capable de tenir jusqu'à la retraite, en décembre prochain. Mais depuis la crise, il s'est mis à mi-temps et il envisage de s'arrêter avant. Nous avons douze médecins qui sont partis à la retraite en deux ans. Si en plus, une demi-douzaine s'arrête, c'est la catastrophe complète. On n'arrive déjà pas à répondre à la demande. Le monsieur que vous avez au bout du fil, aussi se pose des questions. Il a 67 ans. Il travaille depuis quarante ans. Il a oublié de s'arrêter. Il gère plein de choses, et avec le Covid, on est en burn-out permanent, alors que l'Etat n'a aucune considération pour les médecins libéraux. A quoi bon mourir sur scène, alors qu'on n'a pas de gants, pas de masques ? A quoi bon exercer dans ces conditions et ne pas profiter de sa retraite ? A quoi bon finir sa vie en mourant du Covid dans son cabinet sans pouvoir être enterré par ses enfants ? Qu'est-ce qui me retient ? Pourquoi dites-vous manquer de considération ? Quand vous avez une maladie, vous faites quoi ? Vous appelez votre médecin traitant. Les médecins généralistes sont donc

automatiquement les premiers sur la ligne de front par rapport à cette maladie... On nous a attribué chaque semaine six masques FFP2 et 12 masques chirurgicaux. Ce matin, j'ai bousillé deux masques en deux minutes devant un patient mort de rire, car l'élastique d'occasion a craqué. Et vous savez pourquoi ? Parce qu'on nous donne des masques périmés. C'est comme si, dans les années 1940, on nous donnait comme fusil des baïonnettes face aux Allemands suréquipés. On a des blouses cousues par des couturières ! C'est d'un ridicule... Mais ce ridicule tue en France des médecins (André, Médecine libérale)³³⁵.

On observe que cette situation de crise sanitaire sans précédents, génère un impact important sur l'avenir professionnel des médecins puisqu'elle incite leur départ en retraite selon ce témoignage. Elle bouscule et interroge leur projet professionnel. L'impact de la crise, amène à une prise de décision inhabituelle. On constate un effet de « *fuite panique* », avec des conséquences graves sur l'offre de soins de proximité.

Les termes utilisés par ce médecin démontrent le niveau d'inquiétude, la quantité de médecins qui partent avec une vision à long terme dramatique si cette fuite continue : « *s'inquiète du nombre de médecins... qui prennent une retraite anticipée... nous avons douze médecins qui sont partis... Si en plus, une demi-douzaine s'arrête, c'est la catastrophe... On n'arrive déjà pas à répondre à la demande...* ».

Cette crise transparaît avec des termes très forts qui font référence à une « *guerre* » déclarée. Le professionnel semble traverser une période de crise aigüe, il est au « *front* », et se « *bat* » seul face à des adversaires qu'il ne connaît pas, représenté ici par le Covid mais sans matériel ou avec du matériel non protecteur : « *guerre sanitaire, soldats en première ligne... devoir se battre seul et sans arme face à une maladie qu'on ne connaît pas. Les médecins généralistes sont les premiers sur la ligne de front... masques périmés* ».

Cette crise fait peur, elle révèle la peur de mourir. Elle indique une fin, la fin d'une époque, elle indique donc un paramètre qui est la temporalité de « *la crise sans fin* ». La mort est un indicateur de gravité. Elle peut avoir un impact sur la santé et se pose comme un obstacle à la vie : « *par peur de mourir du coronavirus... craignent pour leur santé et leur vie, ont peur de*

³³⁵ Prénom de substitution, propos recueillis par le quotidien 20 minutes le 21 avril 2020. Disponible sur <https://www.20minutes.fr/sante/2764311-20200421-video-coronavirus-paca-quoi-jeter-pont-detresse-medecins-liberaux>.

mourir du coronavirus, la mort, on sait ce que c'est, on y est confronté depuis nos études de médecine ». Habituellement ce médecin est en effet confronté à la maladie et à ses conséquences : la mort mais pas à la mort du professionnel qu'il représente. Le risque de mort devient une menace. Il appréhende d'être sacrifié pour sauver les patients. Il s'interroge sur le sens de son travail devant ce contexte catastrophique.

Des limites sur la prise en charge des patients, se posent, le contexte éthique et le sens de la vie et les valeurs professionnelles sont alors interrogés. La valeur de la vie est pesée, questionnée, l'identité professionnelle aussi. Ce contexte inédit pose des questions sur l'existence humaine, sur le sens de la vie et de la mort : « *à quoi bon mourir sur scène, alors qu'on n'a pas de gants, pas de masques ? A quoi bon finir sa vie en mourant du Covid...sans pouvoir être enterré par ses enfants ?* ». Le contexte tout à fait particulier lors de la première vague de la crise Covid-19 interroge, car les proches ne pouvaient pas forcément assister à l'enterrement. Mourir sans ses proches, seul, isolé, n'a plus de sens pour ce médecin. Le processus de crise interne de ce médecin apparaît dans le vocabulaire utilisé et l'approche culturelle autour des rituels est questionnée. Il vit un bouleversement complet de ses valeurs, de ses habitus, de la norme. Ce type de situation peut provoquer un stress post-traumatique souvent caché par l'apparition d'un épuisement professionnel anodin. Il faut parfois du temps, pour faire le lien avec la ou les situations traumatiques qui se cumulent tout au long de la trajectoire professionnelle. Les effets émergent de manière imprévue, bien que le cheminement soit souvent souterrain.

Les situations de crise passées peuvent-elles générer des évolutions de la part des organisations, peuvent-elles devenir apprenantes pour prévenir d'autres situations similaires ? Un médecin présente une situation de suicide d'un chirurgien par défenestration, générant la mise en place de modalités de prévention pour la détection du suicide :

« Suite au suicide d'un chirurgien de chirurgie cardiaque par défenestration sur un groupe hospitalier, une commission nationale de conciliation a été mise en place et a refait une enquête censée alerter les pouvoirs publics et éviter de nouveaux cas. Un rapport de l'IGAS³³⁶ a été effectué. Depuis, une structure réfléchit aux situations de

³³⁶ IGAS : Inspection générale des affaires sociales. L'inspection générale interministérielle du secteur social, réalise des missions de contrôle, d'audit, d'expertise et d'évaluation. Elle traite de sujets touchant à la vie de tous les citoyens : emploi, travail et formation professionnelle, santé publique, organisation des soins, cohésion sociale, Sécurité sociale, protection des populations.

crises. Une structure a été mise en place pour réfléchir sur d'autres situations de crises, une cellule d'écoute est en cours. Une prévention a été mise en place sur la détection du suicide » (Jean-Marie, Médecin du travail, Hôpital public).

Un évènement grave, un « suicide » générant le décès d'un professionnel de santé, concernant un chirurgien, est constaté dans un groupe hospitalier. Ce geste de désespoir a eu un impact important sur tous les professionnels de santé de ce groupe hospitalier et révèle le processus de crise avec une remise en cause généralisée. Cet évènement interroge tous les établissements appartenant au même groupe hospitalier et génère une véritable situation de crise, de plus médiatisée. Quelles actions ont été mises en place au niveau de l'organisation, en termes de remise en question ou d'analyse des pratiques : « *une commission nationale de conciliation ...mise en place et a refait une enquête censée alerter les pouvoirs publics et éviter de nouveaux cas* ».

Le niveau d'apprenance de l'organisation se révèle ici par le fait d'avoir mis en place une structure recherchant les éléments à analyser, par le biais d'une enquête. L'objectif étant d'en retirer des apprentissages utiles à d'autres structures et prévenir ce type de situations. Une intervention extérieure a été mise en œuvre pour assurer la neutralité en termes de conflits d'intérêts éventuels : « *une inspection de l'IGAS a été effectuée* ».

Suite à cet évènement, l'organisation a mis en place un groupe de travail dédié : « *depuis, une structure réfléchit aux situations de crises. Une cellule a été mise en place pour réfléchir sur d'autres situations de crises* ». L'organisation concernée souhaite analyser d'autres types de situations pouvant générer un tel risque de suicide chez les professionnels. Des situations sensibles sont analysées.

Pour les professionnels, un lieu d'écoute favorise leur expression en assurant la confidentialité des données recueillies : « *une Cellule d'écoute est en cours* ». Selon ce médecin du travail, des formations sont proposées pour les professionnels considérés à risque d'épuisement professionnel : « *une prévention a été mise en place sur la détection du suicide* ».

Les situations extrêmes, si elles sont analysées peuvent contribuer à une évolution de la prise en compte de difficultés peut être non visibles jusque-là. Elles interrogent notamment sur la qualité de vie des professionnels. La capacité d'écoute et de sensibilisation de l'organisation aux besoins des professionnels est remise en question, à ce moment-là. Les effets de la crise

sont visibles par des maux physiques ou psychologiques. On constate que les professionnels ne sont pas tous égaux pour faire face aux bouleversements induits par les situations de crises.

3.2.3. Emergence d'un processus de compréhension du vécu

Le stress aigu subit par les professionnels de santé apparaît, d'après les données de terrain, comme un processus qui dépend des expériences passées, des ressources issues de l'environnement de travail et du niveau d'interaction entre les membres de l'équipe. La situation de crise, provoque chez tous les professionnels interrogés, une démarche réflexive et une démarche de compréhension qui les amènent, à un moment donné, à évaluer la situation selon leur niveau de stress. Lorsque les capacités à gérer le stress sont atteintes, le niveau d'évaluation de la situation risque d'être affecté.

Le niveau d'évaluation de la situation et la signification personnelle que les professionnels attribuent à l'évènement, peut influencer leur perception et détermine les réactions individuelles. D'après mes observations sur cette enquête de terrain, les professionnels portent constamment des appréciations sur la signification personnelle de ce qui se passe dans leur environnement de travail. Ce niveau d'appréciation est un processus d'évaluation qui se met en œuvre naturellement sans que le professionnel en prenne forcément conscience. C'est un processus informel et spontané.

Trois types de processus d'évaluation sont visibles chez les professionnels interrogés : un processus d'évaluation du bien-être au travail face au choc de la situation menaçante ; un processus d'évaluation des ressources pour savoir comment intervenir et résoudre la situation de crise, une fois la réaction émotionnelle gérée ; un processus d'évaluation de l'impact émotionnel. Dans une première phase, un processus d'évaluation du bien-être émotionnel apparaît pour savoir, si le professionnel va être en capacité de gérer le niveau de stress pour faire face à la situation de crise. Cette phase correspond à un premier niveau d'analyse pour savoir quelle importance ou sens il va donner à la situation et comment il est affecté. Quelle appréciation va-t-il attribuer ? Lorsque le professionnel ressent « *qu'il ne se sent pas bien* », c'est à ce moment-là qu'il perçoit une menace, un préjudice ou une remise en question de son quotidien. Le processus d'évaluation dépend du sens qu'il attribue au préjudice, à la menace ou au défi observé.

Le sens attribué à la menace est ressenti différemment par le professionnel selon différents critères d'appréciation : son statut, son niveau de reconnaissance par la hiérarchie, sa posture professionnelle, son niveau d'intégration dans le service, sa place dans l'équipe, sa situation sociale. La situation sociale du professionnel peut interférer car elle peut le déstabiliser ou le fragiliser, s'il est dans une situation dite « *sensible* » (par exemple une situation financière précaire, divorce, préoccupations familiales, personne seule, personne fragilisée par une pathologie grave ou chronique, personne dépressive, traumatismes antérieurs, etc.).

La situation de vulnérabilité où le professionnel est déjà fragilisé en termes de préoccupations par un événement personnel ou une situation sociale personnelle difficile, peut le déstabiliser devant la complexité de la situation qui demande une clarté en termes de réflexion, une disponibilité sans faille. Cette disponibilité et concentration sur la situation n'est pas possible à 100% si le professionnel est préoccupé en permanence par ses problématiques personnelles, cela risque de le fragiliser et de le déstabiliser à tout moment.

Ce terrain, dit « *sensible* », peut autant fragiliser le professionnel comme l'aider car il est habitué à vivre avec un niveau de difficulté qu'il doit en permanence dépasser, et il acquiert un savoir être, un savoir-faire qui peut émerger face à l'adversité. Cette faculté d'adaptation demande une capacité à prendre de la hauteur sur sa situation personnelle, une capacité d'analyse et de réactivité rapide.

Selon l'état d'esprit du professionnel au moment de l'émergence de la situation de crise, la capacité à s'adapter dépend de nombreuses variables et les professionnels interrogés disent bien que selon les situations, ils ne savent pas à l'avance s'ils vont savoir la gérer ou pas. Cela se fait de manière instantanée sans que le professionnel ait le temps de réagir. Ils précisent tous que l'on peut se retrouver en difficulté à tout moment, l'essentiel c'est de s'en apercevoir et de demander de l'aide. Le sens attribué à la menace est différent également, selon les professionnels interrogés par le cumul d'une expérience de la situation de crise qui reste une source d'assurance et de confiance sur des savoirs informels déjà acquis (réflexes, intuition, habitude de dépasser des obstacles, etc.).

Ce stade d'évaluation soulève aussi la question des enjeux de la situation de crise pour le professionnel qui le vit. Il peut avoir le sentiment que son estime de soi, son niveau de compétence ou son image est en jeu. Les enjeux qui émergent face à la situation de crise peuvent être considérés comme des orientations à poursuivre pour mieux réussir à gérer la situation.

Cela peut représenter une motivation supplémentaire pour le professionnel et donner de l'énergie pour persévérer.

Cette évaluation est aussi influencée par les représentations du professionnel à son sujet, sur son environnement de vie et de travail et sur les personnes qui l'entourent. Ces représentations apparaissent comme un filtre d'analyse de l'information lors du processus d'évaluation. La vision positive ou négative du professionnel peut influencer son appréciation du niveau de menace. Les représentations de départ peuvent parasiter l'écoute des signes précurseurs, et anesthésier la faculté à percevoir, à analyser et à s'orienter.

Les professionnels de santé qui disent avoir une philosophie de vie, une culture en lien avec des origines, une religion ou des croyances, une compréhension de la vie sur laquelle ils peuvent s'appuyer, ont plus de facilité à évaluer une situation de crise comme moins stressante que ceux qui n'ont aucune croyance à laquelle se rattacher. Ces « *points d'ancrage culturel* » sont comme une boussole. Ils orientent et rassurent les professionnels car ils s'appuient sur ces connaissances en termes de compréhension pour analyser les données. Le sens donné à certains événements est plus facilement acceptable et recevable car les valeurs humanistes vont les aider à supporter la souffrance induite ou la confrontation difficile. Ils vont se raccrocher à leur croyance sacrée. Cela ressemble à un cheminement spirituel aidant pour les situations inédites, inexplorées. Pouvoir s'appuyer sur un « *savoir culturel* » quel qu'il soit, donne de la confiance, de l'espoir et une issue peut être pour s'en sortir, selon les professionnels interrogés.

Lors de la deuxième phase, un processus d'évaluation des ressources émerge, lorsque le professionnel se pose la question suivante : « comment puis-je contribuer ? ». Il s'agit d'évaluer les ressources personnelles et collectives à disposition. Cette évaluation est souvent formulée en termes de maîtrise de soi : comment est-ce que je peux faire pour maîtriser la situation ? Cette évaluation est souvent complexe car dans un premier stade, il faut tout d'abord reconnaître la réalité de la situation, pour accepter d'intervenir.

L'évaluation du bien-être émotionnel et l'évaluation des ressources du professionnel, déterminent le niveau de stress face à une situation de crise. Plus le professionnel a des représentations personnelles d'une situation de crise et moins les ressources pour faire face à la situation sont adaptées et plus l'évaluation du préjudice, de la perte ou de la menace, est élevée. Le défi à relever d'une situation de crise inconnue jusque-là est la possibilité d'apprendre à la suite de l'expérience stressante.

Une troisième étape du processus d'évaluation de l'impact émotionnel peut apparaître, qui ne se limite pas au traitement de l'information, mais qui va déterminer la signification personnelle et les stratégies à adopter. Les situations de crise perçues comme une menace, un préjudice ou une remise en question des pratiques habituelles, avec peu de possibilité de contrôle personnel, deviennent chargées d'un point de vu émotionnel. L'évaluation du préjudice, génère selon les professionnels des émotions comme la colère, la tristesse et la culpabilité. La menace génère des émotions comme la peur et l'inquiétude. Le professionnel qui considère la situation de crise comme un défi, présente davantage des émotions positives comme l'empressement, mais aussi des émotions négatives comme la peur. La recherche d'une solution à une situation de crise peut être considérée comme un défi selon le professionnel. Mais les défis comprennent aussi la possibilité d'un échec, ce qui signifie que le défi comporte un niveau de menace. Une situation complexe nécessite une évaluation des préjudices pour les professionnels concernés. C'est un défi pour les équipes de cadres déjà surchargées par l'activité du quotidien notamment par le manque de personnel.

3.2.4. Les stratégies des professionnels

L'émergence de la situation de crise amène les professionnels de santé à développer des stratégies pour faire face, qui vont les aider à gérer les événements, à prendre des décisions, avec les moyens à disposition (humains, logistiques et ressources diverses). La révélation de la situation de crise met en évidence la confrontation à la menace et le défi de faire face à un événement d'une ampleur sans précédent. Cette révélation provoque des réactions très diverses de la part des professionnels interrogés. Elle se manifeste par une prise en main de la situation à gérer, une prise de décision, une capacité à collaborer avec les autres. Elle peut aussi se manifester par des effets négatifs comme la peur, l'angoisse, le choc de la confrontation, le stress ou l'impossibilité d'agir face à l'imprévisible, face à l'impensable.

Selon le type de situation de crise, l'évènement déclencheur, le contexte, l'environnement, le personnel présent, l'état émotionnel du professionnel à ce moment-là, peut l'amener à développer des stratégies préventives pour se protéger du choc de la crise. Ces stratégies permettent de faire face à la révélation de la situation qui peut dépasser ses propres ressources, connaissances et savoir-faire, jusque-là mobilisées. On peut observer dans les récits d'expérience, des stratégies de protection ou de prévention, utilisées pour limiter ou réduire

l'intensité de l'impact émotionnel de la crise, et parfois des obstacles rencontrés (humains, matériels, procéduraux).

Les stratégies préventives que les professionnels de santé mentionnent sont diverses. Celles-ci peuvent se définir comme des efforts visant à réduire les facteurs de stress et les demandes qui ont une incidence sur ses ressources. Selon plusieurs professionnels, elles représentent « *une réaction du professionnel visant à diminuer la charge psychologique, émotionnelle et l'impact physique, lié aux évènements stressants générés par la situation de crise* ».

Ces stratégies préventives permettent au professionnel de s'adapter momentanément à une situation difficile, à supporter ou à vivre. Ces stratégies vont lui permettre de se distancier de l'évènement et continuer à prendre en charge les patients dans une situation complexe, qu'il n'a pas l'habitude de vivre. Comme le signale un autre professionnel, ces stratégies sont « *des réactions que le professionnel va développer pour maintenir un état de vigilance permettant de réagir face à l'adversité, à la confrontation d'une situation souvent inconnue jusque-là* ». On peut faire ici le parallèle avec les stratégies d'adaptation qui consistent en « *des efforts cognitifs et comportementaux en constante évolution* » pour gérer la situation de crise.

Le stress psychologique que le professionnel doit gérer est considéré comme l'interaction dynamique entre lui et son environnement de travail. Ainsi, les stratégies préventives, observées chez les professionnels interrogés pour faire face au stress de la situation rencontrée, sont déterminées par sa capacité d'évaluation pour comprendre la gravité ou pas de la menace (premier niveau d'évaluation) et par sa perception à évaluer ses propres ressources personnelles et les ressources humaines à disposition autour de lui (sociales) qu'il peut utiliser pour gérer la situation (deuxième niveau d'évaluation).

Les stratégies préventives s'appuient sur les capacités du professionnel à percevoir une situation menaçante. Cela fait émerger un processus d'évaluation des ressources disponibles au moment de l'impact tant personnelles que collectives, telles que : la capacité à affronter et gérer les problèmes, la capacité à évaluer les caractéristiques du contexte stressant, la capacité à évaluer le niveau de contrôlabilité de la situation, la capacité de régulation de détresse psychologique (naturelle ou acquise par l'expérience), la capacité à rester positif et optimiste face à l'adversité (dispositions de la personnalité), les ressources collectives en termes de ressources humaines, la capacité à faire appel à des personnes ressources ou experts autour de lui (ressources sociales), la capacité d'humilité pour apprendre à demander de l'aide s'il ne sait pas gérer la

situation ou s'il a besoin d'autres compétences, la capacité à cerner la personne clé ou l'information clé dont il a besoin pour dénouer la situation et aller vers (capacité à aller vers les autres), la capacité à travailler avec l'ensemble de l'équipe facilite la gestion de la complexité, la capacité à savoir repérer le matériel utile (ressources matérielles à disposition), la capacité à s'organiser, anticiper, planifier les actions à mettre en place, la capacité de créativité et faire avec le matériel et les professionnels à disposition.

L'une des caractéristiques centrales des stratégies préventives est la mise en évidence d'un processus d'évaluation de l'évènement propre à la situation de crise. Les professionnels disent percevoir la signification personnelle de l'évènement comme un facteur de stress auquel ils doivent faire face. Ainsi, les stratégies préventives comprennent un impact sur le plan physique, psychologique et émotionnel. Ces stratégies sont mises en place pour réduire le poids de la menace dans un ou plusieurs de ces plans.

Un impact physique peut être constaté car le stress résulte d'exigences variables sur le corps (d'ordre biologique, psychologique, etc.). Un niveau de stress demande une stratégie préventive spécifique de la part du professionnel pour combattre ce stress. Un deuxième impact peut être d'ordre psychologique. Il comprend à la fois les processus inter et intra-personnels qui pourraient avoir une incidence sur le niveau de stress évalué ainsi que la capacité à agir de manière à diminuer le stress. Ces processus peuvent comprendre les capacités perceptuelles, cognitives, les relations interpersonnelles, le fonctionnement intellectuel, la concentration ou le niveau d'attention et la mémoire, ainsi que l'intuition. Le troisième impact est d'ordre émotionnel. Les processus émotionnels, peuvent être considérés comme étant liés à la fois à l'évaluation du stress et à la capacité d'un professionnel de réduire les conséquences négatives et les facteurs de stress. Par exemple, certaines situations dans laquelle un évènement peu bénin est évalué comme stressant, ou négatif en fonction de l'humeur du professionnel. Ainsi des différences individuelles dans la réponse émotionnelle et sa régulation, influencent la capacité du professionnel à faire face à la situation de crise.

Les stratégies préventives ont deux fonctions majeures : la réaction à la situation de crise qui peut causer une détresse et la régulation des émotions. Concrètement, les stratégies préventives sont associées à un meilleur bien-être psychologique, la régulation des émotions étant plutôt associée à une détresse psychologique. Ces stratégies sont plus souvent mises en place par les professionnels jugés réactifs aux situations de crise. La régulation des émotions est plus souvent mise en place par les professionnels jugés moins réactifs aux situations de crise. Par ailleurs, la

régulation des émotions est définie comme des efforts visant à gérer son propre dérèglement émotionnel. Cela comprend, la recherche de soutien émotionnel, l'expression des émotions et la réévaluation positive. La régulation des émotions est importante dans le processus des stratégies préventives dans la mesure où elle tente d'agir sur la situation de crise et sur les conséquences émotionnelles qui en résultent.

Le processus d'évaluation est essentiel pour déterminer comment le professionnel fait face à la situation. Lorsque le processus d'évaluation de ses ressources indique qu'il existe une possibilité de contrôle, le professionnel est susceptible de choisir des stratégies, comme la collecte d'information, la prise de décisions, la négociation. Lorsque le processus d'évaluation de ses ressources indique que la situation n'est pas sous le contrôle du professionnel, celui-ci est susceptible de s'engager dans des stratégies axées sur les émotions, comme la prise de distance, la recherche de soutien social, ou une démarche compréhensive de la situation pour réguler la détresse.

Un deuxième type de stratégies, axée sur le « *sens* », concerne les situations qui ne se prêtent pas à la résolution immédiate, mais qui persistent au fil du temps. Ces stratégies s'appuient principalement sur les valeurs, les objectifs et les croyances du professionnel. Le professionnel se demande pourquoi une situation est importante, pourquoi il est nécessaire de continuer et comment il peut développer de nouvelles forces et ressources. Les stratégies axées sur le sens génèrent souvent des émotions positives, même lorsque les situations sont désastreuses.

Un exemple de ce type de stratégie, est celui d'une cadre formatrice exerçant à Paris, qui a décidé de se porter volontaire en renfort Covid, en tant que cadre de santé dans un hôpital dans sa région d'Outre-mer. Elle estimait qu'au regard de ses valeurs, il était essentiel de rendre service à ceux qui l'ont soutenu au début de sa carrière. Un autre exemple est survenu lors des attentats du Bataclan lorsqu'une infirmière retraitée s'est portée volontaire pour venir aider le personnel soignant. Dans son esprit, elle considérait que face à cette situation exceptionnelle, sa conscience lui imposait de se rendre utile malgré les difficultés rencontrées par la suite, n'étant plus active depuis plusieurs années.

La réévaluation positive est encore un autre exemple de stratégies d'adaptation axée sur le sens avec une vision sur les bénéfices et les possibilités de sortir de la situation stressante. L'évaluation a une signification fondamentale. Le fait de ne pas évaluer un danger réel de façon réaliste peut causer un grand préjudice au professionnel ou à l'équipe. Inversement, le fait de

ne pas évaluer de façon réaliste une situation bénigne, entraînera des réponses inappropriées qui peuvent causer des difficultés par la suite. La qualité des réévaluations en cours de la situation stressante, est importante. Le processus de stress, y compris l'évaluation et les stratégies à mettre en place, est dynamique. Les situations stressantes changent : il peut y avoir des changements dans l'environnement indépendamment du professionnel, des changements provoqués par les stratégies d'adaptation, ou des changements dans la signification personnelle de la situation vécue. Des réévaluations réalistes sont importantes pour que les réponses appropriées puissent être appliquées.

Comment les stratégies choisies aident les professionnels à minimiser ou à éviter les effets néfastes du stress sur la santé mentale et physique ? Pour quelles raisons est-il important pour le professionnel de faire face ? Une réévaluation positive fait référence à des stratégies d'ordre cognitif pour analyser une situation afin de la voir sous un jour positif. Elle est ancrée dans une approche axée sur les bénéfices, qui font référence à des stratégies qui permettent au professionnel d'évaluer plus positivement une situation difficile à vivre. Le processus de réévaluation positive implique souvent des valeurs professionnelles enracinées qui sont activées par la situation stressante. Le sens de l'engagement des professionnels de santé dans la prise en charge des patients, a un effet motivationnel. Ce type de stratégie préventive, dans lequel le professionnel se concentre sur la valorisation des efforts et porte un regard positif, sur de longues périodes de temps, semble plus efficace.

3.3. L'émergence d'apprenances multiples

Nous l'avons vu, au cours d'une période de stress aigu, de nombreux événements sont susceptibles de produire un effet négatif. Cependant, malgré les circonstances stressantes prédominantes, des événements qui provoquent des effets d'apprenance peuvent se produire également. La plupart des professionnels interviewés insistent sur l'effet d'apprenance avec une signification adaptative, pour générer ou maintenir un effet positif dans une situation de stress persistante. Les observations de terrain montrent que : l'effet d'apprenance peut coexister avec la détresse pendant une période donnée, l'effet d'apprenance dans le contexte du stress a une importance adaptative importante, les stratégies d'adaptation qui génèrent des effets d'apprenance, dans le contexte du stress chronique, comportent un sens.

Du point de vue des stratégies d'adaptation, les effets négatifs et d'apprenance peuvent se produire alternativement pendant les périodes de stress intense. Cela laisse à penser que la question importante n'est pas la question au sujet de la relation entre les effets positifs et négatifs mais plutôt de savoir quel type de processus d'apprenance se met en place et qu'est-ce que cela peut apporter aux professionnels de santé ?

Certains professionnels indiquent que les effets d'apprenance peuvent avoir des fonctions adaptatives importantes, tant dans des conditions normales, que dans des conditions de stress. Un médecin témoigne de son expérience dans l'analyse de situations complexes où il est intervenu en tant que médiateur. L'analyse d'une situation d'intervention au bloc opératoire avec l'émergence d'un événement indésirable, révèle d'abord une difficulté de la part du chirurgien à gérer son stress, dans un contexte psychiatrique jusque-là non détecté. Le recueil de données et l'analyse de cette situation permet de mieux comprendre le niveau de difficulté rencontré par ce chirurgien, qui s'est révélé de manière répétitive :

« J'ai eu 2 chirurgiens qui ont rencontré des difficultés. L'un d'entre eux me dit : tu peux revenir au bloc, je crois que j'ai oublié quelque chose. Une expertise a été réalisée et il s'est avéré que ce chirurgien avait un problème psychiatrique. Il avait à plusieurs reprises la certitude qu'il avait oublié quelque chose dans la patiente, ce qui posait problème car dans ce cas il faut la reprendre au bloc. J'étais médiateur sur cette situation. Dans les services, c'est un système qui se met en place lorsqu'un médecin ou un chirurgien se retrouve en difficulté, on nomme des collègues qui vont essayer de comprendre ce qui se passe pour trouver une solution. J'ai également participé à la destitution de patrons d'anesthésie dans des situations qui posent problème. Le système prévoit un conseil de sage avec certains qui vont voter et certains qui essaient de comprendre la situation » (Guillaume, Médecin Enseignant chercheur, Hôpital public).

On peut observer dans ce cas que, par la suite, l'organisation du travail peut devenir apprenante si elle prend le temps d'analyser les limites et difficultés rencontrées dans ces situations spécifiques. La recherche de solution par une démarche compréhensive et de médiation devient apprenante pour l'organisation qui s'en donne les moyens. Les médecins dans cette organisation hospitalière se sont organisés dans ce sens.

Par exemple, les professionnels mentionnent le rôle des émotions positives dans le contexte d'évènements stressants. Lorsque les émotions négatives sont prédominantes, les émotions

positives peuvent apporter un répit psychologique, soutenir les efforts et reconstituer les ressources qui ont été épuisées par le stress. L'effet d'apprenance peut aussi servir de rempart contre les conséquences physiologiques néfastes du stress. L'effet d'apprenance, compense les effets physiologiques potentiellement dommageables de l'effet négatif. La possibilité que l'effet positif puisse jouer un rôle dans la prévention des effets physiologiques négatifs du stress est mise en évidence.

Certains professionnels ont signalé que les effets d'apprenance dans le contexte du stress aigu peuvent également aider à prévenir l'épuisement professionnel. Les effets négatifs intenses et prolongés, comme ceux qui surviennent dans des conditions de stress aigu, sans expérience compensatoire d'effets positifs, peut submerger le professionnel d'émotions et entraîner un épuisement professionnel. Les expériences d'effet positif dans des circonstances stressantes peuvent court-circuiter cette spirale de préoccupations constantes et ainsi prévenir l'épuisement professionnel.

Au final, les professionnels signalent que l'apprenance peut se manifester sous la forme de changements, d'ordre cognitif, émotionnel, interpersonnel, culturel ou spirituel, qui peuvent survenir à la suite du vécu d'une situation de crise. Ils mentionnent divers types de processus d'apprenance résultant d'évènements stressants, même si les évènements eux-mêmes peuvent ne pas avoir eu de résolutions favorables. Ces résultats comprennent, la perception des bénéfices des situations stressantes, l'acquisition de nouvelles compétences et ressources, la transformation émotionnelle, spirituelle ou religieuse qui résulte des expériences stressantes ou la perception de la croissance liée à leur stress.

J'ai regroupé les divers processus d'apprenance mentionnés par les professionnels en trois catégories : apprenance expérientielle, apprenance émotionnelle, apprenance sur soi. Chacune de ces catégories représente un axe de recherche à explorer. Commençons par l'apprenance expérientielle.

3.3.1. Apprenance expérientielle

D'après le point précédent, les professionnels de santé identifient un ensemble de processus dans leur vécu des situations de crise qui peuvent aller des effets négatifs immédiats ou prolongés (stress post-traumatique, fatigue par compassion ou de « *compréhension de la*

souffrance du patient » jusqu'à des processus d'apprenance. Dans le but d'avoir une compréhension large des impacts des situations de crise en terrain hospitalier et afin de mener une démarche de compréhension plus globale, j'ai donc cherché à explorer d'avantage le potentiel de changements positifs sur les professionnels découlant des processus d'apprenance.

Je suis partie des récits exploratoires qui ont montré que, face à une situation de crise, les professionnels peuvent percevoir divers effets durables : ils peuvent, soit rester fragilisés, soit revenir à leur niveau de fonctionnement antérieur, soit réagir proactivement en dépassant leur niveau de compréhension antérieure. Je me suis appuyée sur les témoignages qui reconnaissent que, même si l'exposition à la situation de crise peut avoir des effets négatifs traumatisants, elle peut, en parallèle, véhiculer des effets positifs et des changements, notamment sous forme d'apprenance.

Lors des entretiens menés sur le terrain, certains professionnels ont suggéré que des effets d'apprenance pouvaient provenir de l'intensité du stress généré en situation de crise qui peut agir comme un catalyseur d'énergie : « *une condition nécessaire pour que les personnes puissent évoluer* ». Selon plusieurs professionnels, le processus d'apprenance c'est : « *à la fois un résultat, un état de compréhension de la situation, et un processus de lutte après un évènement de crise* ». L'expérience du terrain de la crise émerge sous forme d'apprenance que je qualifie « *d'informelle* » car souvent non consciente et non reconnue par l'organisation elle-même. La situation de crise est décrite sous l'angle de la transformation. Un processus de changement se met à l'œuvre.

Les professionnels interrogés font part d'un vécu difficile à traverser mais qui peut également devenir apprenant de par les connaissances acquises et le niveau de compréhension des phénomènes observés et vécu en situation réelle. On peut observer deux types de parcours ou trajectoires d'apprenance. Tout d'abord, au niveau individuel, les savoirs apparaissent sous forme d'apprenance informelle, issus du terrain, c'est un processus d'apprentissage dynamique, sous forme de savoirs pratiques et théoriques, une fois analysés par le professionnel, avec un développement de nouvelles aptitudes. Puis au niveau de l'organisation, des apprentissages collectifs émergent lors de la gestion de situation de crise avec les équipes au niveau d'un service, d'un département ou de l'organisation toute entière et révèlent une organisation ou une institution hospitalière apprenante et agile. A ce propos, un médecin nous parle de son expérience sur la mise en place de « *cellules de crises* », des supports aux apprentissages individuels et collectifs, en post-situation de crise :

« Les comptes-rendus de Cellule de crise, permettent d'y voir les enseignements tirés. Il y a un besoin d'en parler. Dans ces situations, des analyses sont menées et permettent de dégager des éléments de prévention avec toutes les complications. Une analyse des réactions des personnes en situation de crise a lieu par les CUMPS³³⁷ sur la base de rapports. Un groupe de travail sur les situations de crise, suite aux attentats du Bataclan est en cours au service central de santé au travail au niveau de l'institution. Les apprentissages générés sont recueillis, analysés et cela peut mettre en place une démarche de prévention pour les prochaines situations rencontrées. La crise engendret-elle des apprentissages ? Suite à des évènements traumatisants, comment les personnes le vivent ? comment réagissent-elles ? Des cellules d'urgence médico-psychologique analysent ces réactions pour en retirer des apprentissages » (Guillaume, Médecin Enseignant chercheur, Hôpital public).

Ce médecin précise bien qu'il y a une demande importante de pouvoir s'exprimer sur des situations : *« il y a un besoin d'en parler »*. Les professionnels ont besoin de s'exprimer sur leur vécu. Lors des situations de crise, des analyses sont réalisées pour mettre en évidence des actions de prévention à mener face aux risques induits par les évènements : *« dans ces situations, des analyses sont menées et permettent de dégager des éléments de prévention avec toutes les complications »*.

Des outils sont mis en place pour mettre en évidence les enseignements et repérer les éléments nouveaux qui émergent et qui peuvent être utile (comptes rendus et rapports élaborés) : *« les comptes-rendus de Cellule de crise »*, permettent d'en retirer des enseignements. Une analyse des réactions des professionnels en situation de crise a lieu par les CUMPS sur la base des rapports des cellules d'urgence médico-psychologique, qui analysent ces réactions pour en retirer des apprentissages : *« suite à des évènements traumatisants, comment les personnes le vivent ? comment réagissent-elles ? »*. Une observation fine des professionnels qui l'ont vécu est réalisé avec une analyse des réactions diverses des professionnels et des patients impactés par la crise en identifiant leur vécu, leur réaction. Un engagement de l'institution hospitalière est ici observé par le médecin en soulignant la mise en place *« d'un groupe de travail sur les situations de crises suite aux attentats du Bataclan est en cours au service central...au niveau de l'institution. Les apprentissages générés sont recueillis analysés et peuvent mettre en place une démarche de prévention pour les prochaines situations rencontrées. La crise engendre*

³³⁷ CUMPS : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique.

t'elle des apprentissages ? ». Cette préoccupation de l'institution présente dans ce récit démontre la volonté et la capacité d'une organisation d'apprendre et de devenir une organisation apprenante. Ce retour d'expérience, devient un modèle d'apprentissage par l'observation de différentes situations avec le cumul de savoirs qui émergent du terrain.

Le contexte, l'environnement et la complexité des situations à traiter pose question et fait émerger une analyse réflexive à partir de la réalité rencontrée. Il s'agit d'analyser rapidement les ressources personnelles, collectives en termes de compétences et de savoirs et ressources matérielles à disposition. Un cadre s'exprime sur le sens qu'il donne de la capacité à gérer des situations d'urgence et notamment ce qu'il entend par une urgence à agir ou pas :

« Dans une situation exceptionnelle, il faut réfléchir et utiliser tous les moyens autour de vous, utiliser tout ce qu'il y a autour de vous, c'est ça la crise. Prévenir c'est éviter la crise. Il y a la connaissance de la clinique, on apprend à se connaître là dans mon travail, c'est une lecture à froid. C'est la crise tout le temps dans mon service, on est toujours sur le fil, 70% du temps on prend en charge des personnes en crise. On est tout le temps en crise, c'est une situation quotidienne. On est confronté aux choses auxquelles on s'adapte tout le temps, c'est un continuum auquel on s'adapte » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Ce cadre en psychiatrie nous parle de la crise, presque habituelle, dans des services dits « sensibles ». Il s'interroge sur comment prévenir la crise d'après son expérience de terrain. La crise identifiée par une « situation exceptionnelle », devenue quotidienne, dans certains services de soins avec des situations de violence qui émergent de manière imprévue. Ce type d'expérience, génère une adaptation des professionnels qui développent des stratégies préventives pour mieux les gérer. Ce professionnel y fait référence « *on s'adapte tout le temps, c'est un continuum auquel on s'adapte* ».

La notion de situation de crise est ici identifiée par le fait « *d'utiliser tous les moyens autour de vous, utiliser tout ce qu'il y a autour de vous* ». Ce professionnel dit : « *c'est ça la crise* ». Selon lui « *prévenir* » c'est « *éviter la crise* », ce qui est valable dans certaines prises en charge de patients qui peuvent devenir violents. Ce professionnel souligne que « *c'est tout le temps la crise dans mon service* », « *on est toujours sur le fil, 70% du temps* », ce qui démontre le lien entre la crise et le temps passé en crise qui semble permanent. Ce professionnel indique bien que la temporalité est en lien avec la crise qui émerge. La crise est constatée dans son service,

on « *est sur le fil* », indique aussi que la crise est intense et qu'elle représente 70% de son temps de travail. A-t-il les capacités de récupérer ? Quel temps bénéficie-t-il pour se ressourcer ? Cette situation démontre le niveau de tension et d'adaptation dont ces professionnels font preuve, devenus experts de la crise. Ils ont développé une capacité à la dompter, ils apprennent à la connaître.

De plus, les patients pris en charge dans ce service sont des « *personnes en crise* », en plus du contexte de crise lié à la spécificité du service de psychiatrie avec de nombreuses situations de violence de la part des patients. On note aussi la notion de crise dans la pathologie psychiatrique. Le patient vit par intermittence des crises successives liées souvent à l'évolution des pathologies psychiatriques. Ces crises apparaissent aussi lors d'une interruption de traitement ou non-observance du traitement. Ces prises en charges thérapeutiques sont lourdes et difficiles à supporter, car il y a de nombreux effets secondaires, ce qui décourage parfois certains patients.

La connaissance des pathologies des patients, dit la « *connaissance de la clinique* », et la connaissance relative aux réactions face à la crise « *on apprend à se connaître là dans mon travail* », permet de mieux la maîtriser. Lorsque ce professionnel dit « *là dans mon travail* », cela fait référence au vécu dans le moment présent. L'expérience du terrain de la crise à un moment donné au travail nous apprend ce que nous sommes et nous met face à nos propres limites. L'indicateur de la temporalité réapparaît ici pour la deuxième fois exprimée par ce professionnel. Il y a dans ses paroles, une connaissance de soi qui émerge.

J'ai constaté que certains professionnels, qui manifestent de l'apprenance, peuvent ne pas considérer initialement le stress aigu subit comme positif, mais vont par la suite reconnaître que « *c'est une expérience intéressante de composer avec ce stress* ». Ces professionnels ont signalé qu'à la suite d'expériences stressantes comme les situations de crise, ils peuvent avoir un autre niveau de compréhension du sens du travail. L'apprenance n'est donc pas seulement un retour à un état de pré-situation de crise, mais une extension et l'atteinte d'un niveau plus élevé de bien-être professionnel avec la sensation d'avoir appris. Les apprentissages issus de l'expérience professionnelle sur divers terrains d'exercice, émergent lors de la gestion des situations. Une cadre de santé en parle ainsi :

« J'ai un collègue cadre qui vient me voir car le chef de service lui a dit : je m'en fous, vous me couchez ces malades, elle a besoin d'un avis. De mon côté, j'ai fait du privé, moi je n'aurai pas appelé le cadre supérieur pour savoir comment faire. Je n'ai pas la

même stratégie que mes collègues de l'institution, qui auraient demandé au n+1. Moi je ne suis pas un cadre formé dans cette institution avec une culture hiérarchique. J'ai un autre positionnement. L'expérience, c'est une plus-value, l'école du faisant-fonction de cadre et l'école de la banlieue, m'aide à gérer les situations de crise. Dans mon ancien poste, j'avais des patients qui arrivaient avec des plaies par arme blanche. Quand tu as vécu le pire, ça te donne de l'assurance, ce ne sont pas les situations de crises qui me déstabilisent. Par rapport à certaines collègues cadres, moi je travaille avec le réseau. J'aime le contact avec les gens, quand tu expliques le cadre dans lequel on est, les personnes comprennent. J'informe, j'ai développé des compétences relationnelles. Je suis dans une relation authentique, je favorise la confiance. Je ne vois pas de cloisonnement entre les services. Je n'ai pas peur d'aller au-devant des situations et aller dans d'autres services pour négocier ou traiter une demande et quel que soit le statut de la personne à qui j'ai à faire, je me dis toujours que c'est pour le bien du patient » (Laura, Cadre en réanimation chirurgicale cardiaque, Hôpital public).

L'une des caractéristiques de l'apprenance en situation de crise est qu'elle résulte de la façon dont un événement de crise est traité cognitivement par le professionnel. Les professionnels fonctionnent selon un ensemble d'hypothèses ou de représentations qui leur donnent un sens et un but dans leur vie professionnelle. Lorsqu'un événement traumatique est vécu, ces repères peuvent se briser. Ils ne sont plus adaptés pour expliquer les événements de la vie professionnelle. Afin de développer de nouvelles représentations ou compréhensions, les professionnels doivent analyser d'un point de vue cognitif l'évènement traumatisant.

Pour que l'apprenance en situation de crise puisse se produire, il faut que les pensées deviennent un objectif. Par exemple, les professionnels doivent s'engager dans la création de sens, la résolution de problèmes. La phase de réflexion conduit les professionnels à caractériser la situation de crise comme un repère tournant dans leur vie professionnelle. Ils sont alors en mesure de développer de nouveaux repères sur leur place dans l'équipe et l'organisation. C'est ce processus qui permet le développement de l'apprenance en situation de crise.

Certains professionnels ont également mentionné qu'ils s'efforcent constamment d'atteindre des niveaux plus élevés de fonctionnement psychologique. Selon eux, ils ont une capacité innée de savoir ce qui est important pour améliorer leur bien-être au travail. Ils évaluent constamment leur expérience. Chaque professionnel possède des représentations sur lui-même et sur son environnement de travail. Une situation de crise peut détruire ses propres représentations.

Lorsque cette situation se produit, les professionnels sont susceptibles d'éprouver des symptômes de détresse, ce qui indique la nécessité de prendre de la distance vis-à-vis de l'évènement. Ce travail demande une démarche d'analyse objective des évènements et un rapport à la réalité qui doit être interrogé.

A ce sujet, plusieurs constats sont à signaler. Dans un premier temps, un accommodement négatif peut se produire lorsque le professionnel change ses croyances à son sujet et au sujet de l'environnement qui l'entoure, afin de tenir compte de l'évènement de crise. Cela peut entraîner un sentiment d'impuissance et de désespoir. Dans un deuxième temps, il y a aussi une assimilation de l'évènement de crise dans les repères existants. L'information sur l'évènement traumatisant est façonnée pour correspondre aux croyances existantes. C'est la ligne de conduite la plus courante, la plus facile qui permet aux professionnels de dépasser rapidement l'évènement de crise. Ce mode de fonctionnement, rend le professionnel vulnérable à une détresse post-traumatique future. Le professionnel peut changer ses croyances sur lui-même et sur son environnement dans une direction positive, c'est-à-dire que des accommodements positifs peuvent se produire. Cela entraîne des changements positifs dans les relations, la perception de soi, la philosophie de la vie, et améliore son bien-être au travail. Ce résultat cristallise le phénomène de l'apprenance en situation de crise.

En résumé, d'après les récits recueillis, l'apprenance expérientielle en situation de crise peut se révéler à différents niveaux, d'une part elle se traduit par une meilleure connaissance des compétences des équipes, avec une amélioration des relations entre collègues. Car les professionnels doivent demander de l'aide, se coordonner et mieux utiliser les expertises communes. Il y a aussi une découverte de nouvelles ressources à disposition avec une forme de créativité, d'ouverture à d'autres pratiques ou modalités de gestion. On observe également une relation de confiance qui s'établit dans un contexte d'urgence avec la mise en place de liens forts et durables dans le temps. Une sorte d'alliance informelle s'établit avec les personnes présentes qui ont aidé à la résolution du problème. Une sorte de pacte invisible se met en place avec une entraide et un soutien informel. De plus, cette expérience développe une plus grande appréciation de la vie avec des changements de philosophie de vie. Les moments simples prennent plus d'importance. Il y a également une valorisation des espaces de travail, des personnes importantes pour soi, les personnes ressources, une recherche d'efficacité professionnelle. Cette apprenance expérientielle favorise une découverte de ses aptitudes, de ses possibilités face à l'adversité, de son potentiel. Le professionnel découvre une plus grande

résilience car il faut être déterminé pour réussir à gérer la situation. Ces découvertes amènent des changements dans la perception de soi, de son efficacité et de sa détermination, de ses sources d'énergie non utilisées jusque-là.

Un exemple d'apprenance expérientielle est raconté par un cadre, lors de prises en charge complexes de patients, en hélicoptère, en équipe pluri-professionnelle. Il relate son vécu lors de missions militaires. L'expérience acquise au service militaire, un apprentissage de la réalité, réflexif et proactif en situation extrême, selon ce cadre de santé :

« J'ai été militaire dans le service de santé. Je me suis engagé pendant 2 ans, j'ai été formé d'abord en France puis en mission à l'étranger. J'ai exercé 18 mois, en tant qu'infirmier militaire à l'étranger. J'ai été affecté à l'infirmerie dans une base militaire à la Réunion. On avait différentes missions. Par exemple, on relayait des interventions par hélicoptères auprès des populations. Il fallait intervenir au plus près des personnes qui vivaient près d'un cratère. Les missions en hélicoptère, c'était parfois de la microchirurgie, c'était l'équivalent de la médecine de guerre. J'ai appris à m'adapter aux situations difficiles, à prodiguer des soins, à réaliser des interventions en hélicoptère. J'ai ceinturé des personnes qu'il fallait récupérer en civière par hélicoptère, j'ai fait ce type d'exercice. Il s'agit d'apprendre à faire avec peu de matériel ou avec le matériel à disposition. Je travaillais avec un médecin, un major et un infirmier chevronné. J'étais jeune, mais j'ai tout appris. On peut apprendre des situations, il faut prendre un temps de la réflexion avant d'intervenir, ça se travaille, ça s'apprend. Il ne faut pas apprendre à se jeter dans la situation. J'en ai vécu plein des situations comme ça, je pars du principe que je ne perds jamais : soit je gagne soit j'apprends. Ça, ça s'apprend. On apprend à différer la demande, pour avoir une lecture éclairée de la situation avant d'intervenir » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Le parcours professionnel de ce cadre semble très apprenant en termes de compétences développées et du niveau de compréhension. Cette expérience de militaire d'une durée de deux ans entre la France et la Réunion, deux territoires différents, a été riche en enseignements sur des situations extrêmes. Il présente une expérience sur des interventions sensibles où une expertise du risque et de l'urgence est attendue. Ce sont des situations où les aspects techniques et relationnels sont une priorité car il faut rassurer les personnes prises en charge. Ce type de prise en charge par voie aérienne représente un niveau de difficulté supplémentaire et de

l'appréhension pour les personnes prises en charge, car il y a plus de risques. L'évaluation de la gestion des risques doit être constante pour ne pas mettre en danger la personne secourue et le personnel en cours d'exercice.

Ce professionnel utilise 3 fois le terme « *apprendre* ». Il démontre le processus d'apprentissage constant de flexibilité, d'agilité face aux situations diverses, d'apprentissage pratique et reconnaît que cette expérience a été formatrice lorsqu'il dit « *j'ai tout appris. J'ai tout appris du métier, j'ai tout compris, appréhendé, j'ai acquis les bases du métier* ». Il souligne le fait qu'il était jeune, mais cette expérience semble représenter les fondements de sa posture professionnelle d'apprenance permanente. Il a une vision positive de son engagement et des conditions difficiles dans lequel il est intervenu. L'apprenance se dégage dans ses propos, sa posture, son niveau de compréhension des situations critiques. Il est fier de cette expérience originale et constructive de son identité, de sa personnalité et du professionnel qu'il est devenu. On observe dans ses propos, qu'il parle d'un apprentissage, ensuite d'un niveau de compréhension, d'un niveau d'appréhension de la complexité de la situation à gérer et d'acquis professionnels. Un processus d'acquisition est en œuvre avec différents stades d'analyse et d'assimilation des apprentissages en situations réelle, on parle alors d'apprenance.

Un temps de réflexion avant l'action pour analyser les priorités et les moyens à disposition semble indispensable dans des situations sensibles : « *on peut apprendre des situations, il faut prendre un temps de réflexion avant d'intervenir, ça se travaille, ça s'apprend. Il ne faut pas apprendre à se jeter dans la situation* ». La temporalité de la réponse devient un critère majeur d'analyse. L'apprentissage sur le terrain, l'apprentissage expérientiel de situations exceptionnelles forge l'esprit, le caractère : « *j'en ai vécu plein des situations comme ça, je pars du principe que je ne perds jamais, soit je gagne soit j'apprends. Ça, ça s'apprend. On apprend à différer la demande, pour avoir une lecture éclairée de la situation avant d'intervenir* ». Ce professionnel maintient une vision positive sur la gestion de situations, il présente deux axes possibles, soit la réussite, soit l'apprentissage par cette situation. Il présente un sentiment d'efficacité important et la certitude d'apprendre quel que soit le résultat. Il se projette directement sur les apprentissages acquis de l'expérience, il s'agit bien d'apprenance expérientielle basé sur son vécu et provenant du terrain.

Un retour d'expérience d'une situation de crise sur le travail en équipe transparaît dans la conception d'un cadre de santé. Il nous parle des apprentissages en lien avec le travail en équipe et de ses valeurs en termes de management d'équipe :

« J'ai appris à m'adapter plus rapidement. J'ai appris à travailler en équipe nombreuse, ça c'est un apprentissage. J'ai appris à gérer un groupe, gérer une dynamique de groupe, donner un peu d'élan, instaurer un bon état d'esprit en passant par la communication. On n'écoute pas, c'est un état d'esprit. Communiquez : qu'est-ce que vous en pensez ? Lui demander son avis pour passer à la pratique. Si vous vous intéressez à chaque personne, vous allez le valoriser et il va se sentir concerné. Si vous obligez à faire quelque chose qu'il ne veut pas, il va le faire mal, et vous allez instaurer le doute » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

L'apprentissage de la gestion d'une équipe, c'est un apprentissage informel qui provient chez ce professionnel de son expérience du terrain, de l'exercice partagé dans un collectif de travail. Apprendre à communiquer pour gérer une équipe est une compétence relationnelle essentielle en tant que manager. La capacité à écouter l'autre s'apprend avec l'expérience et peut devenir une expertise. Ce cadre le démontre par son niveau de compréhension d'une dynamique collective, il s'appuie d'ailleurs sur son expérience de manager qui lui a permis de prendre de la hauteur. Lors de l'entretien, il a précisé qu'il gère une équipe importante de professionnels et cela depuis de nombreuses années : *« je gère actuellement une équipe de 30 infirmiers depuis maintenant 10 ans »*. Toutes ces années d'expérience en termes de management lui donnent une assise, une compréhension fine de la psychologie des personnes et il démontre une capacité à évaluer les besoins et à mettre en place une dynamique positive. Sa posture et son attitude révèlent une apprenance expérientielle.

Demander l'avis des professionnels avant de passer à l'action, porter un intérêt individuel à chaque personne, les responsabiliser. La capacité du manager à être empathique avec son équipe motive et implique un plus grand investissement de chacun des membres. La capacité à s'adapter avec des stratégies spécifiques aux acteurs qui le vivent se révèle dans ce témoignage d'une cadre :

« Le personnel, lorsqu'il rencontre de nouvelles situations de crise, est souvent déstabilisé. Quand on est confronté à différentes situations de crise, on acquiert de l'expérience. On a une prise de recul. On arrive dans ces cas-là à transmettre son expérience. Je respire trois fois avant de dire quelque chose en situation de crise. Chaque mot a son importance. La crise perturbe, car elle ne rentre pas dans le cadre de référence de traitement de situations habituelles » (Laura, Cadre de santé en réanimation, Hôpital public).

Ces situations marquent les professionnels car ils sont confrontés à des limites : « *le personnel lorsqu'il rencontre de nouvelles situations de crise est souvent déstabilisé* ». Ils en retirent une expérience qui leur permet de savoir comment ils vont mieux gérer les situations à venir. Il s'agit d'un transfert de connaissances acquises. La capacité à gérer son stress, semble une aptitude importante, vu la stratégie déployée par cette cadre relative à une technique de relaxation mise en place. Elle prend le temps de réfléchir au vocabulaire utilisé, car chaque mot peut avoir un impact sur la situation et notamment les interactions sociales. L'importance de la communication se révèle comme une stratégie efficace de résolution de la situation. La communication verbale devient un instrument de régulation de l'ambiance et des relations entre acteurs qu'il faut manier avec sensibilité et justesse. Bien communiquer, devient un instrument de régulation et de médiation, une compétence clé en situation de crise selon l'expérience de cette cadre. Le processus de crise confronte le professionnel à l'incertitude, il ne sait pas toujours comment gérer cette situation inédite. Il est obligé de réfléchir et de trouver la bonne solution : « *la crise perturbe, car elle ne rentre pas dans le cadre de référence de traitement des situations habituelles* ». La crise oblige les professionnels à sortir des « *sentiers battus* » pour aller rechercher d'autres possibilités de faire, d'agir, de communiquer, de se coordonner autrement. Le processus de crise fait émerger un processus de changement. Les professionnels ne peuvent plus réagir ou agir de manière habituelle, ils sont amenés à s'interroger et trouver de nouvelles solutions. Un processus d'apprentissage provenant du vécu de nouvelles situations, donc dynamique démontre l'effet d'apprenance expérientielle.

Une manifestation positive d'apprenance post-situation de crise, peut survenir lorsque les professionnels exposés aux événements ressentent un sentiment de résilience, qui découle de la confrontation à ces événements. Le sentiment de résilience professionnelle selon la compréhension des acteurs interrogés, se définit comme « *un processus d'acceptation et d'adaptation face à l'adversité, aux traumatismes, aux menaces ou même aux sources de stress intenses* ». La résilience professionnelle comprend, selon ces professionnels : « *un large éventail de capacités ou d'aptitudes pour s'adapter de façon constructive et positive à un contexte de travail négatif* ». Ainsi, les professionnels sont résilients lorsqu'ils réagissent favorablement à un événement inédit qui, autrement, entraînerait une diminution significative de leur bien-être au travail.

Pour que le sentiment de résilience se développe, il faut être exposé à une menace importante ou à une adversité grave avec une adaptation positive, en dépit d'obstacles rencontrés dans le

processus de développement. La résilience professionnelle désigne ainsi, un « *processus dynamique comprenant une capacité à s'adapter de manière positive dans une situation donnée, d'adversité significative* ». L'état de résilience peut aussi être compris comme une adaptation réussie en l'absence d'impact négatif, à la suite d'une exposition à des événements stressants ou potentiellement traumatisants.

Les professionnels résilients, quand ils sont exposés à des risques importants, démontrent de meilleurs résultats que prévu. L'adaptation positive est maintenue malgré la survenue d'expériences stressantes. Ces professionnels présentent, en général, un fort rétablissement après la situation de crise. Le processus de résilience met en œuvre la capacité d'un professionnel à maintenir un ajustement positif quand il est confronté à des circonstances de travail difficiles voir extrêmes. La résilience découle de la capacité du professionnel à s'adapter à de nouvelles situations selon les circonstances et les variations individuelles et collectives. Même si les ressources psychologiques et sociales, qui font partie de la résilience, aident les professionnels à supporter l'adversité, la capacité à faire face est facilitée par le développement d'un processus de résilience. De plus, un sentiment d'efficacité personnelle, peut également se traduire par des bénéfices pour l'individu en ce qui concerne l'augmentation de son niveau de compétences et de connaissances, une confiance dans sa propre efficacité, et le renforcement des relations interpersonnelles.

Selon les professionnels interrogés, ils peuvent être capables de résister à des événements potentiellement traumatisants, et maintenir peu d'interférence dans leur exercice professionnel. Certaines caractéristiques de résilience peuvent donc être différenciées. Les professionnels résilients traitent la réalité d'une manière unique : ils sont susceptibles d'interpréter leur environnement de travail comme « *simple ou habituel* » ; accepter les échecs comme une situation courante et être capable de mettre en perspective les expériences négatives. Ils peuvent aussi croire qu'ils peuvent influencer l'issue d'une situation de crise complexe et agir sur elle. Ils perçoivent les événements stressants sous l'angle d'un défi à relever. Ils peuvent faire preuve de stabilité émotionnelle et ne pas éprouver d'émotions négatives.

Le vécu des situations de crise d'après les observations, donne aux professionnels une certaine assurance, car il y a des apprentissages expérientiels qui se cumulent et génèrent un processus d'apprenance. Ce processus se traduit par une posture ou attitude de résilience. Selon les professionnels interrogés, le processus de résilience professionnelle est un avantage lorsqu'ils doivent composer avec des événements stressants. Le capital de résilience peut servir de

protection contre les exigences du travail qui induit du stress, et peut aussi contribuer à atténuer les effets négatifs des stress antérieurs.

Dans le contexte hospitalier, la prise en charge des patients peut s'avérer difficile car elle entraîne des effets potentiellement traumatisants pour les professionnels. Ces effets se traduisent par des problèmes de santé, à la fois au niveau physique et psychologique notamment par une souffrance. Malgré le niveau d'adversité, la santé des professionnels semble moins affectée que celle des victimes, ce qui suppose une capacité de résilience de leur part. La résilience se manifeste ainsi sous forme de résistance, d'adaptabilité, d'agilité face à une situation qui pose problème ou à un échec. Bien que le travail lié aux traumatismes englobe l'exposition personnelle directe ainsi que le risque d'exposition indirecte liée au travail, il semble que l'esprit humain soit résilient.

La notion de résilience professionnelle accentue la façon dont les professionnels peuvent revenir à un fonctionnement pré et post-événement traumatisant. La confrontation à l'adversité peut-elle favoriser un processus de résilience ? L'expérience de l'adversité peut faire émerger des habiletés d'adaptation efficaces, aider à mobiliser les réseaux de soutien social, créer un sentiment de maîtrise, favoriser les croyances dans la capacité de faire face avec succès et générer un niveau de résistance psychologique. Toutes ces aptitudes contribuent à atteindre un niveau de résilience face à l'adversité. Cette prise de hauteur, facilite la capacité à gérer certaines situations. Cette aptitude peut devenir bénéfique pour la santé mentale globale et le bien-être des professionnels.

Un autre professionnel a mentionné que, pour lui, après un événement traumatisant, les exigences habituelles du lieu de travail qui étaient auparavant considérées comme stressantes, sont devenues moins significatives. Toutefois, certains professionnels ont rajouté que, des niveaux plus élevés d'adversité pourraient annuler ces avantages en générant un sentiment de désespoir et de perte de contrôle. Une infirmière relate les stratégies qu'elle met en place pour développer une forme de résilience malgré les situations complexes à traiter :

« Les compétences de l'infirmière en santé au travail, c'est tout d'abord d'être très à l'écoute, et de rester très ouverte. Les personnes me confient par ailleurs, ce qu'elles me racontent. Il faut prendre du temps, avoir de l'empathie, sans porter de jugement. Il faut instaurer une relation de confiance, prendre sur soi. Lorsque je m'occupais d'une autre catégorie de professionnels, les personnes au début quand elles ne me

connaissaient pas me testaient. Je les rappelai systématiquement si besoin pour des informations lorsque nécessaire. Puis j'ai constaté qu'il fallait répondre à leur demande, c'était un cap à passer. C'était un milieu très masculin, il fallait faire sa place, ça a mis un an sans avoir l'impression qu'on me teste. J'avais mis en place une consultation de sophrologie lorsque je m'occupais de ce personnel. J'ai constaté que tout le monde n'adhère pas, mais c'était bénéfique collégialement. C'est une ressource pour le collectif, c'est rassurant. Cela contribuait à l'image de la médecine du travail. On vous propose quelque chose, si ça ne va pas bien. En termes de modalités d'accompagnement de mon côté, sur ce poste actuel, je n'ai pas suffisamment d'expérience car dans ce service depuis peu. On a un service support pour tous les services de médecine du travail du groupe hospitalier. Ce service nous donne de l'information, des formations si nécessaires. Il nous informe des nouveaux textes, et assure une coordination de veille. On nous propose de travailler ensemble. On échange sur les besoins. Les locaux actuels sont trop étroits, on n'a pas de salle pour mener des entretiens en toute confidentialité et préserver la tranquillité. On n'a pas de local fermé pour mener une entrevue avec un professionnel. Ce sont des locaux partagés avec un autre service. Je suis en attente d'une formation, un diplôme universitaire de santé, j'attends l'accord pour la prise en charge. Cette formation va me permettre de mener un approfondissement de connaissances, des bases réglementaires et législatives qui régissent notre travail, des bases juridiques et des apports méthodologiques pour mener des campagnes de sensibilisation de masse (Martine, Infirmière de santé au travail, Hôpital public).

Selon l'expérience sur diverses missions en médecine du travail avec divers publics, cette infirmière nous fait part des compétences attendues pour accompagner les professionnels en difficulté : « être très à l'écoute, très ouverte, de l'empathie, sans porter de jugement, instaurer une relation de confiance, prendre sur soi ». Il est nécessaire pour être à l'écoute du vécu des professionnels d'avoir des qualités humaines avec une capacité d'écoute, d'ouverture, une capacité à instaurer une relation de confiance pour favoriser l'expression des professionnels. Il s'agit aussi de disponibilité représentée ici par le temps un facteur important pour s'entretenir avec un agent qui a besoin d'écoute et de soutien.

Une attitude empathique et neutre semble importante avec une capacité de maîtrise de ses émotions sur des situations complexes à aborder. Cette infirmière précise qu'il faut une capacité

à prendre sur soi, ce qui signifie qu'il faut être prête à entendre l'expression de la souffrance des professionnels mais aussi des situations complexes et inédites. Cette écoute demande de la compassion pour l'autre, une compréhension du vécu sans interprétation. Un processus de résilience face à de nombreuses situations souvent critiques se met en place à partir de son expérience de ces entretiens sur différentes catégories de personnel.

On observe dans ses propos, différentes phases d'intégration pour ce type de poste où il faut prendre en charge des profils de professionnels variés avec des besoins différents. Une première phase de test considérée comme une phase de prise de connaissance de l'autre, pour vérifier son positionnement professionnel. On constate un feed-back de la part de l'infirmière qui démontre le souhait d'aller vers l'autre. Une approche compréhensive est nécessaire afin de répondre aux besoins individuels du personnel. On constate un engagement à mieux prendre en charge les professionnels avec une offre en termes d'expertise. Cette offre de soin répond à un besoin collectif. Cette démarche de soutien au personnel rassure et contribue à la valorisation de ce service qui propose une écoute et un espace d'échange et d'expression du vécu, du ressenti individuel. De plus, l'environnement de travail de cette infirmière semble apprenant car un service central propose toute la documentation nécessaire avec une offre de formation, dans un secteur en évolution constante. La médecine du travail est un domaine très règlementé et demande une mise à jour régulière des connaissances et démarches à réaliser. Cette infirmière de santé au travail, souhaite continuer à évoluer et se prépare à mener une formation pour devenir experte dans son domaine d'exercice.

Comprendre les facteurs qui contribuent à une capacité de résistance face à des potentiels effets négatifs semble essentiel. Il y a cependant une distinction importante entre le rétablissement du fonctionnement de base, comme l'évitement, lors d'un évènement négatif et une plus grande capacité de résilience. Selon les propos des professionnels interrogés, l'exposition aux facteurs de stress a un effet de renforcement positif lorsque l'exposition est limitée, avec une possibilité de rétablissement.

La détermination des professionnels dans la gestion d'une situation de crise génère une évaluation positive des situations. Ils sont en capacité d'être plus stables sur le plan émotionnel et en mesure de faire face psychologiquement et physiologiquement aux facteurs de stress difficiles et aux défis. A ce propos, le cumul de l'expérience professionnelle dans la gestion des situations de crise, met en évidence chez certains professionnels une détermination à agir, à réussir, à prendre des décisions quelle que soit le contexte d'urgence. Une cadre témoigne :

« Toutes ces situations vécues me donnent une assise dans ma vie de tous les jours. Je me dis que rien n'est grave, il y a toujours une solution. Je ne suis pas déstabilisée, avec mon expérience, cela fait bientôt 30 ans que je travaille à l'hôpital. Je prendrai la solution, la moins pire. J'arrive à prendre de la distance, de la hauteur. Et dans ma vie de tous les jours, je me dis que ce que j'ai vécu à l'hôpital c'est le pire, quoique je vive. Chez moi, ma famille, me dit toujours c'est toi qui va nous trouver une solution. Une fois que j'ai tranché, j'ai tranché » (Laura, Cadre en réanimation, Hôpital public).

Vivre des situations complexes en terrain hospitalier donne de la confiance, de l'autodirection pour se diriger. C'est un apprentissage qui dessert la trajectoire de vie : *« toutes ces situations vécues me donnent une assise dans ma vie de tous les jours »*. Ce vécu difficile fait apparaître une échelle d'évaluation des situations. Cette cadre de santé apprend à vivre avec la complexité qui devient presque normale et apprend à trouver des solutions : *« je me dis que rien n'est grave, il y a toujours une solution »*. Le cumul d'expérience apporte une stabilité, de la confiance, une assurance, des savoirs spécifiques au terrain hospitalier : *« je ne suis pas déstabilisée avec mon expérience, cela fait bientôt 30 ans que je travaille à l'hôpital »*. L'expérience de la gestion de situations complexes amène cette professionnelle à faire des choix éclairés : *« je prendrai la solution, la moins pire »*. Elle évalue les divers choix pour prendre celui qui aura le moins d'impact sur les patients et l'équipe.

Ce processus expérientiel favorise une mise à distance, une vision professionnelle des événements : *« j'arrive à prendre de la distance, de la hauteur »*. Cette professionnelle utilise son expérience à l'hôpital comme grille d'évaluation et de lecture pour évaluer les situations rencontrées dans son parcours de vie, il s'agit d'apprentissages qu'elle a assimilé : *« et dans ma vie de tous les jours, je me dis que ce que j'ai vécu à l'hôpital, c'est le pire quoique je vive »*. Lorsque cette cadre parle du *« pire quoique je vive »*, cela démontre le niveau de complexité de ce qu'elle a vécu, et supporté. Ses propos portent la charge émotionnelle de la confrontation auquel elle est habituée à faire face. Les situations de la vie à côté de cette adversité vécu, lui semblent plus facile à résoudre. Un processus d'apprenance expérientielle est mis en évidence dans son discours. Cette expérience des situations critiques, lui donne une reconnaissance auprès de ses proches, valorisant sa capacité à trouver la bonne solution : *« chez moi, ma famille, me dit toujours c'est toi qui va nous trouver une solution »*. Une confiance naturelle émerge car ils comptent sur elle. Elle a acquis la maîtrise des situations complexes, un savoir retiré de la gestion de nombreuses situations tant personnelles que professionnelles. C'est une expérience

de la prise de décisions critiques. Quel est la part d'apprenance expérientielle issue de sa trajectoire de vie et trajectoire professionnelle ? Les deux trajectoires se confondent par moment.

Cette cadre a un sentiment d'efficacité professionnelle, qui lui permet d'être sûre de ses choix, elle assume ses choix elle n'a pas d'hésitation, elle se positionne : « *une fois que j'ai tranché, j'ai tranché...* ». Quels traits de caractères caractérisent ces cadres prêts à affronter toutes les situations ? L'expérience professionnelle se cumule et fait émerger des apprentissages, tant en termes de connaissances du terrain, que de traits de la personnalité. Le parcours de vie, apporte aussi des acquis en termes de posture utilisable dans les situations professionnelles. La connaissance provient autant du terrain professionnel que de l'expérience de vie. Cette cadre a retiré des apprentissages de diverses expériences, avec une assurance et une capacité à savoir se diriger, et à prendre des décisions. Ces savoirs acquis augmentent le sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment d'auto-estime qui sont des déterminants facilitateurs, pour gérer des situations complexes.

Le processus de croissance professionnelle représente une source de nouvelles connaissances qui émergent des situations de crise, sur la connaissance de ses propres limites, des relations humaines, et le cumul des ressources expérientielles à disposition. Ces ressources expérientielles sont un ensemble d'expériences issues de la trajectoire individuelle du professionnel. Elles sont aussi issues d'expériences collectives, dans une unité de soins, traduites en connaissances spécifiques pour mieux prendre en charge les patients ou les situations complexes. Cette démarche, traduit le rapport au savoir des acteurs sur le terrain. Apprendre du quotidien ou des situations de travail relève toujours de l'expérimentation et l'analyse de ces situations permet d'en retirer des apprentissages et des compétences qui émergent le moment venu.

D'après l'analyse du recueil de données, j'ai pu recenser quatre pré-requis au développement de l'apprenance expérientielle en situation de crise. Tout d'abord, l'évènement de crise doit être suffisamment pénible pour briser les hypothèses préexistantes. Bien que ce ne soit pas l'évènement lui-même qui crée l'apprenance en situation de crise, l'éclatement des hypothèses fournit une plate-forme d'apprentissages diversifiés, nécessaire sur laquelle l'apprenance en situation de crise se développe. Deuxièmement, certaines caractéristiques de la personnalité comme l'esprit d'ouverture et l'optimisme, peuvent accroître la probabilité de développer l'apprenance en situation de crise, parce que les professionnels ayant ces traits de caractère ont

une plus grande capacité à traiter l'information liée aux évènements de crise. Ils sont en mesure de concentrer leur attention et leurs ressources sur ce qui est important et de s'affranchir des problèmes hors contrôle. Troisièmement, il est important que les professionnels démontrent une certaine capacité à faire face à la détresse initiale qui peut résulter d'un évènement de crise. Sans un niveau initial de prise en charge (autonomie, prise en main, capacité à prendre des risques), les professionnels sont incapables de s'engager dans l'effort nécessaire au déclenchement de l'apprenance. Enfin, le soutien professionnel joue un rôle important dans l'apprenance. Le soutien des autres membres de l'équipe permet aux professionnels d'élaborer un récit de la situation de crise concernant les changements survenus depuis l'évènement et favoriser une meilleure compréhension des phénomènes observés. Ces échanges sont constructifs et apprenants.

Ces signaux influencent le processus d'apprenance en situation de crise et peuvent augmenter ou diminuer la probabilité de son développement. Pour que le professionnel assimile, qu'il accomode négativement ou positivement l'information sur les traumatismes, cela dépend de son environnement social, de sa personnalité, de ses antécédents professionnels et de la manière dont il traite les évènements de crise.

Il y a aussi des facteurs contextuels qui influencent la probabilité de développement de l'apprenance en situation de crise. Les facteurs environnementaux, les ressources personnelles, les caractéristiques de la crise, l'évaluation cognitive et les stratégies mises en place sont des déterminants importants de l'apprenance en situation de crise. La nature de l'environnement post-crise est également importante, par exemple si la situation de crise produit des facteurs de stress aigu chronique, les possibilités d'apprenance peuvent être diminuées, tandis que le stress qui produit un sentiment « *positif, constructif* » peut être particulièrement propice à l'apprenance.

Certains professionnels ont suggéré que les ressources de l'équipe soignante agissent comme un levier pour l'apprenance en situation de crise, car elles améliorent la capacité d'un professionnel à s'engager dans des stratégies d'adaptation efficaces. Ce soutien va, notamment, les aider à développer une perspective plus positive concernant la gestion de la situation de crise. Une cadre responsable de plusieurs unités de chirurgie cardiaque, relate la gestion d'une situation complexe :

« J'ai toujours un bloc-note avec tous les numéros, dans le cas où on m'appelle pour une situation d'urgence, pour tout régler tout de suite. J'aime être différente des autres. Sur le pôle tout le monde m'appelle, le bloc, les services, les chirurgiens, anesthésistes, infirmières. Par exemple, j'ai dû gérer récemment une situation d'urgence qui aurait pu dégénérer, si je n'étais pas passée dans cet étage. J'étais au quatrième nord, dans la salle de soin face à une chambre. L'aide-soignante fait son tour pour le petit déjeuner. Elle crie à l'aide, un patient ne va pas bien. Le malade était en train de faire un sub-OAP³³⁸ et il est rentré en coma, une vraie situation d'urgence. Quand c'est une urgence, je dis à l'aide-soignante, tu cries plus fort, car il y a trop de bruit ou alors tu vas chercher l'infirmière. Le patient était à 0,2 de glycémie, il a fait un gros coma. Le chirurgien est arrivé. J'ai fait sortir le chariot d'urgence. Est arrivé à ce moment-là une jeune infirmière diplômée. J'ai appelé une infirmière plus ancienne, je lui ai dit : lâche tout. J'appelle le numéro d'urgence vitale mais aucun cardiologue n'était arrivé, il était 8h20. Un chirurgien passait, je l'ai pris, il est intervenu, puis j'ai rappelé les urgences vitales. J'ai tout coordonné pour le faire descendre en réanimation. Après on a fait un petit débriefing avec cette aide-soignante. Je lui ai rappelé qu'il fallait appeler une personne et penser à amener systématiquement le chariot d'urgence, c'est un réflexe systématique à avoir. L'aide-soignante avait paniqué, car elle me disait qu'elle n'arrivait pas à réveiller le patient. Elle était en état de choc. Les situations peuvent avoir un impact sur la vie professionnelle et vie personnelle surtout lorsqu'il y a un décès » (Laura, Cadre en réanimation chirurgicale cardiaque et chirurgie cardiaque, Hôpital public).

On observe, dans le récit de cette cadre, les outils utilisés pour gérer n'importe quelle situation, elle parle d'un « bloc-notes ». On sent l'expérience de la gestion de situations car elle est prête à tout moment à intervenir, elle a eu le temps de noter tous les numéros utiles. Le sens de l'organisation apparaît, elle connaît toutes les ressources humaines à disposition sur son pôle et elle a toutes les coordonnées, ce qui lui permet d'être efficace en temps réel. Cette cadre tient à régler sur le moment, les situations, c'est un principe qu'elle s'est fixée, elle sait qu'elle doit être réactive. Elle tient à garder cette compétence relationnelle et organisationnelle reconnue apparemment par tous les acteurs du pôle qui font appel à cette cadre : « sur le pôle tout le monde m'appelle, le bloc, les services, les chirurgiens, anesthésistes, infirmières ». Elle est

³³⁸ OAP : œdème aigu du poumon.

fière de cette capacité à rentrer en relation avec toute l'équipe pluridisciplinaire. Elle apprécie ce sens de la coordination et collaboration renforcée dans une spécialité où il faut réagir rapidement. C'est une compétence attendue en chirurgie cardiaque pour tous les professionnels, car les situations peuvent se dégrader très rapidement.

Pour connaître toutes les personnes ressources dans un service, il faut aussi du temps, il s'agit d'être en capacité d'aller vers les autres et de se renseigner, de s'informer, pour savoir qui est de garde par exemple. Le canal de communication interne dans ce service apparaît comme un facteur de réussite pour gérer les situations complexes. Le bloc-notes, est un outil informel, qu'elle s'est construite elle-même au gré des situations et des professionnels contactés et rencontrés. Ce n'est pas un outil institutionnel que chaque professionnel peut avoir à sa disposition. La capacité à gérer les bonnes informations, les bonnes coordonnées sont essentielles pour un cadre de santé, car il doit réagir rapidement pour chaque situation à traiter, quel que soit le contexte d'émergence.

L'accompagnement de l'équipe d'encadrement auprès du personnel est fondamental pour transmettre les connaissances issues de l'expérience acquise des anciens, ceux qui ont déjà l'expérience. Toutes les ressources sont utilisées, l'infirmière expérimentée comme l'interpellation du chirurgien qui passait par là est un exemple type. Il s'agit d'apprendre à demander de l'aide et savoir identifier les personnes clés pour aider à la résolution de la situation, ces dispositions sont essentielles : *« un chirurgien passait, je l'ai pris, il est intervenu puis j'ai rappelé les urgences vitales. J'ai tout coordonné pour le faire descendre en réanimation »*.

En terrain hospitalier les professionnels sont habitués à gérer l'incertitude quel que soit la procédure à suivre, le numéro d'urgence vitale met le professionnel normalement en contact avec un cardiologue ou un réanimateur de garde, mais il est encore tôt le matin, et il ne répond pas. Il faut s'adapter et trouver d'autres solutions informelles rapidement, car non prévues. Il faut faire avec ce qui est à disposition au plus près de la situation. Il s'agit de s'adapter constamment car les professionnels à contacter ne sont pas toujours disponibles, ils peuvent être déjà sur une autre situation, dans un autre étage ou bâtiment. Il faut trouver une solution intermédiaire, le temps de pouvoir les contacter : *« j'appelle le numéro d'urgence vitale mais aucun cardiologue n'était arrivé, il était 8h20 »*. On observe dans cette situation les limites des procédures à suivre qui sont habituellement adaptées et pertinentes mais les ressources humaines à disposition apparaissent dans un cadre contraint. Un questionnement peut être mené

sur les ressources réelles à disposition en cas d'urgence vitale. Combien de professionnels sont de garde pour assurer ces urgences et pour combien de services ?

Les apprentissages informels observés en situation sont transformés en connaissance pratique, mise en évidence ici par cette cadre lors d'un temps de débriefing avec l'aide-soignante. Ces moments plus ou moins informels, dans l'instant présent, sont porteurs de sens pour le personnel et les managers présents sur le terrain : « *après on a fait un petit débriefing avec cette aide-soignante. Je lui ai rappelé qu'il fallait appeler une personne et penser à amener systématiquement le chariot d'urgence, c'est un réflexe systématique à avoir* ».

Des compétences en termes d'analyse des ressources humaines, matérielles et procédurales apparaissent dans cette situation. Toutes les ressources à disposition sont utilisées à bon escient, rien ne se perd. La prise en charge de ce type de situation imprévue n'est pas facile à gérer pour le personnel lorsqu'il n'est pas habitué à faire face à une situation complexe, qu'il ne connaît pas. Des difficultés peuvent apparaître, l'aide-soignante ne comprend pas ce qui se passe, elle essaie de communiquer avec un patient qui n'est plus en mesure de le faire, car il est inconscient. Le choc émotionnel de cette situation non rencontré jusque-là par cette aide-soignante la stresse. Elle ne sait plus quoi faire, elle est perturbée par la situation et perd tous ses moyens, elle panique.

Enfin, l'apprenance en situation de crise est plus susceptible de se produire lorsque les professionnels estiment que la situation est un défi qui peut être surmonté, plutôt qu'une menace pour leur sécurité. L'évaluation de la situation peut être influencée par la disponibilité des ressources individuelles et collectives et, à son tour, peut influencer sur le type de stratégies utilisées. Certains professionnels laissent entendre que les individus qui adoptent des stratégies actives obtiennent de meilleurs résultats à la suite d'une situation de crise. Ils ont suggéré que la recherche du sens attribué à la situation de crise, la recherche active de contrôle, la réflexion sur les relations interpersonnelles, peut-être une forme de stratégie d'apprentissage expérientiel, particulièrement propice à l'apprenance en situation de crise.

Les groupes communautaires peuvent également contribuer à la création des conditions favorables à l'apprenance en situation de crise, en apportant un soutien social supplémentaire. Le soutien social, en particulier de la hiérarchie et des pairs est attendu par les professionnels. Ce soutien influence positivement l'adaptation après une situation de crise, améliore les ressources sociales, et diminue l'isolement et la solitude, tout en facilitant l'apprenance.

D'autres formes de soutien social, telles que le soutien organisationnel et les échanges avec la famille ou les amis ont été mentionnés.

Il semble que la manière dont les professionnels évaluent et traitent cognitivement la situation de crise est un facteur crucial dans leur probabilité de développer l'apprenance. Les facteurs personnels qui peuvent influencer le développement de l'apprenance en situation de crise comprennent : les caractéristiques cognitives, les facteurs socio-économiques, la force de caractère et les expériences de crise antérieures, les caractéristiques de la personnalité comme l'optimisme, la confiance en soi et une attitude facile à vivre.

La gestion de situations de violence extrême, vécue comme une situation de crise est, relaté par un cadre, à l'époque infirmier dans cette unité spécialisée. Il prend en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques en Centre de crise, il s'exprime sur une des situations rencontrées qui l'a particulièrement marqué :

« J'ai travaillé en centre de crise en tant qu'infirmier. Une patiente n'allait pas très bien, je vais la voir en salle d'accueil et la patiente se tourne et se jette par la fenêtre. J'essaie de la retenir... Le principe de base consiste à ne pas le faire car on peut partir avec la patiente. J'ai retenu aussi ma collègue au premier étage, car la patiente s'est défenestrée. Il y avait une marquise et ma collègue est partie avec la patiente. J'ai réussi à rétablir ma collègue, la patiente était consciente, elle avait mal mais elle allait bien. J'appelais les pompiers lorsque le médecin d'astreinte panique, ainsi qu'une collègue, et jette un matelas pour récupérer la patiente coincée sur le toit de la marquise. La crise c'est un évènement auquel on n'est pas préparé, on se met à paniquer, on aggrave la situation. Quand les pompiers arrivent, ils demandent pourquoi on a descendu la patiente. L'empressement du médecin s'explique par le fait qu'il avait peur qu'elle reste perchée sur le toit de la marquise qui était à 2 mètres 50 du sol. Il fallait la tirer par le bras. Ce n'est pas recommandé, ce n'était pas une urgence de la descendre car elle répondait aux questions et aurait pu attendre la venue des pompiers qui avaient le matériel adapté. Cette précipitation n'était pas adaptée. Ma collègue a jeté un matelas par la fenêtre et a fait descendre la patiente sur le matelas avec 2 m50 de chute, c'était risqué » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

En situation de crise, la précipitation n'est pas recommandée car on peut mettre en danger le patient et les collègues : « on se met à paniquer », « on aggrave la situation ». Réfléchir aux

conséquences de ce type de décision est difficile et demande une maîtrise des émotions de la part des divers professionnels car il ne faut pas paniquer. Cette précipitation n'était pas adaptée, selon l'observation et l'expérience de ce professionnel. Ce type de gestion demande aussi une capacité d'analyse rapide mais non précipité : « *attendre la venue des pompiers...matériel adapté* », « *pourquoi on a descendu la patiente ?* ».

Chaque geste compte, car il peut avoir une conséquence pour la vie du patient avec un risque de panique : « *fait descendre la patiente sur le matelas avec 2 m50 de chute* », « *tirer par le bras* ». La capacité à prendre le temps de réagir et analyser les bénéfices et risques apparaît comme un élément pertinent en situation de crise : « *ma collègue est partie avec la patiente* », « *réussi à rétablir ma collègue* ».

L'entraide entre collègues même dans un environnement dangereux est réelle, la coordination, le travail en équipe a permis de résoudre cette situation de crise avec l'intervention d'experts, ici représenté par les pompiers. Savoir attendre les expertises avant d'agir, peut-être un élément déterminant dans la bonne résolution de la situation. Ce cadre a défini ainsi la situation : « *la crise c'est un évènement auquel on n'est pas préparé, si on se met à paniquer, on aggrave la situation* ». La prise en charge des patients en centre de crise comporte un certain nombre de risques selon les symptômes observés, au regard de leur pathologie psychiatrique inscrite dans un processus de crise.

Un professionnel qui considère la situation de crise comme un défi qui peut être surmonté, qui réfléchit activement sur l'évènement, et, en fin de compte, accepte de changer ses croyances dans une direction positive, sera plus susceptible de développer l'apprenance en situation de crise. Le fait d'avoir surmonté avec succès des situations de crise antérieures peut faciliter l'apprenance en raison d'un sentiment accru d'efficacité personnelle. Le cumul des situations de crise vécues fait émerger de nombreuses connaissances du terrain de la crise utilisable et transférable pour les situations à venir. L'exemple de ce cadre démontre un profil type.

Un professionnel de santé, n'ayant encore vécu aucune situation de crise, s'appuie souvent sur l'expérience de ses collègues, l'expérience du terrain, du vécu. C'est un apprentissage informel qui a beaucoup de valeur en terrain hospitalier, avec une culture du tutorat lors de la survenue de ces situations. Ce cumul de savoir-être et savoir-faire, forge l'expérience du professionnel et de l'équipe qui rencontre cette situation. Elle devient une situation apprenante avec des savoirs

collectifs qui ne se transmettent que de personne à personne, dans une culture orale et informelle, sur le terrain de l'apprentissage.

C'est pourquoi la formation clinique demande un tutorat des professionnels en intégration, afin de faciliter cette transmission de savoirs spécifiques au terrain et au contexte du service avec un profil particulier de patients. Ces connaissances évoluent tellement qu'on ne les retrouve pas forcément dans les ouvrages ou les écrits professionnels. L'expérience collective du vécu d'une situation de crise se transmet sur la base d'une culture orale, pendant des années tant qu'il y a les « *anciens* ». Dans les services où il y a un fort turn-over, ces savoirs spécifiques localisés dans un service peuvent se perdre. La sécurisation de la transmission des « *savoirs pratiques* » reste à explorer.

L'engagement empathique a été identifié comme un facteur important dans le développement de l'apprenance en situation de crise. Plusieurs professionnels font état d'une association positive entre ces deux éléments en mentionnant que l'empathie envers les patients a contribué à l'apprenance. Accompagner en collectif les professionnels qui vivent des situations difficiles demande un ajustement des besoins de chaque professionnel car les demandes varient d'un professionnel à un autre. La gestion de l'expression des cadres sur deux établissements différents, montre des stratégies de soutien d'un directeur de soin et d'une cadre supérieure. Une cadre de chirurgie témoigne de son expérience :

« J'ai travaillé comme cadre de santé dans le privé, le directeur de soin avait mis en place un psychologue de l'extérieur pour aider les cadres à exprimer tout ce qui n'allait pas, deux fois par mois. C'était génial. J'avais un collègue qui n'aimait pas. C'était parfois difficile d'en parler devant les autres cadres. Ici, ma cadre supérieure, favorise les échanges car elle veut que l'on mange toutes les cadres ensemble, elle dit que c'est un exutoire. Mais moi ça m'insupporte, j'ai besoin d'échanger avec d'autres cadres d'autres services. J'aime voir ce qui se passe dans d'autres services, je suis ouverte aux expériences des autres. J'ai besoin de rire, de parler d'autres choses, en dehors du travail. J'ai besoin de manger avec d'autres professionnels, d'autres cadres, ça m'enrichi. Il faut se ressourcer » (Laura, Cadre en réanimation, Hôpital public).

Des organisations diverses, formelles ou informelles, sont proposées dans les services pour favoriser le collectif de travail, mais comme on le voit dans ces exemples, chaque professionnel a des besoins propres et les modes de fonctionnements proposés ne s'adaptent pas toujours aux

besoins individuels, ou aux aspirations des professionnels. Des approches individuelles et collectives variées doivent être proposées, en respectant la personnalité et les besoins d'autonomie, ou de prise de distance avec les services, l'institution ou le collectif de pairs professionnels. Laisser une liberté de choix apparaît, dans cette situation, comme un préalable dont il faut tenir compte.

L'optimisme et les effets positifs, ont également été mentionnés comme des facteurs propices à l'apprenance en situation de crise. Le fait d'avoir des croyances positives et optimistes à l'égard de l'avenir et retirer des bénéfices de la souffrance est positivement associé aux aspects de l'apprenance en situation de crise. Il se peut que l'effet positif et l'optimisme facilite l'identification des résultats positifs à la suite d'une situation de crise. Le fait d'avoir un sentiment de satisfaction, de compétence et de valeur dans son travail favorise l'apprenance. De même, le processus de compassion pour les autres, caractérisé comme un sentiment de satisfaction provenant de la prise en charge des patients, est positivement associé à l'apprenance en situation de crise. Les professionnels soulignent que la situation de crise doit avoir un impact sur leurs croyances au sujet d'eux-mêmes et de leur environnement de travail. Sans cela, les professionnels n'ont pas besoin de s'engager dans l'analyse de la situation qui semble agir comme une source d'apprenance.

Les situations de crise sont-elles uniques ou généralisables ? Est-ce qu'il s'agit de l'expérience unique d'un professionnel ou de nombreux professionnels ? Ce questionnement est posé par un médecin chercheur ayant participé à des cellules de crise :

« Les situations de crise sont-elles une expérience unique ? La question à se poser, est-ce que les situations de crise que le professionnel vit sont identiques aux collègues ou est-ce que c'est une expérience unique ? Ce questionnement peut être intéressant afin d'éviter des biais. Avoir rencontré une situation rare, c'est ce qui a fait notre caractère. Puis, il est aussi intéressant de revenir à une expérience entière qui concerne tout le monde et pas qu'une expérience unique. Plus c'est spécialisé, moins on peut universaliser un langage ou un problème. Il y a beaucoup à apprendre. Comment faire apparaître les enseignements au plus grand nombre pour une diffusion des connaissances ? Comment en tirer des enseignements transmissibles aux autres ? Comment explorer les différentes réactions auxquels on peut être soumis face à une situation de crise ? Comment faire émerger une vraie problématique rencontrée par les professionnels de santé face à une situation de crise récurrente ou qui interroge ? Que

faire devant un imprévu ? La pratique de soin courant, peut aussi engendrer des situations de crise ? Y a-t-il une culture et une éthique en situation de crise ? Dans la vie courante est-ce qu'il y a des situations de crises qui peuvent être déstabilisantes ? Quelle éthique ? Comme il y a des conséquences, cela touche les soignants et les patients, il faut en tenir compte. En Cellule de crise, il y a un vrai besoin de parler de ça et de former les personnes en situation de crise. Quand il y a une crise, il y a une analyse qui est faite. Y a-t-il un besoin d'échanger autour des retours d'expérience et de former les personnes en situation de crise ? Comment analyser les dysfonctionnements lors d'une crise ? Il faut voir comment en tirer des enseignements ? Comment exploiter ces enseignements pour généraliser et les intégrer en formation pour que les soignants puissent s'en approprier ? Pour évaluer l'impact des situations de crise, il faut se poser la question suivante : est-ce que cela touche tous les soignants ou un petit nombre ? Il s'agit de quantifier. Analyser les réactions des professionnels de santé en situation de crise : comment quantifier et donner une gravité ? Il s'agit de partir des besoins. Y a-t-il lieu d'en parler de la réaction observée du professionnel de santé face à une crise ? Un attentat, avec un afflux de victimes, est ce que c'est plus important qu'un suicide ? Quelle échelle de gravité pour mesurer l'impact des situations de crise ? Comment rechercher une échelle pour adapter une réponse à la hauteur de la demande ? Une analyse des réactions des personnes en situations de crise a lieu par les CUMPS sur la base de rapports. Un groupe de travail sur les situations de crise suite aux attentats du Bataclan est en cours au Service central de santé au travail » (Guillaume, Médecin Enseignant chercheur, Hôpital public).

Au regard de son expérience de la gestion des Cellules de crise, ce médecin pose des questions relatives à la recherche sur les situations de crise, comme individualiser ou généraliser l'expérience des situations de crises, des pistes à investir dans des travaux futurs. Certains professionnels ont signalé que l'apprenance résultant des situations de crise ne se limite pas seulement aux compétences acquises. Les professionnels ont signalé que les situations de crise leur ont permis de développer des capacités dans des domaines qu'ils n'avaient pas encore investis, comme la prise en charge de patients sous stress traumatique sévère, par exemple. Ces compétences que l'on n'apprend pas en formation initiale ni même dans son milieu de travail habituel, représentent une ressource unique. Les nouvelles compétences qui résultent des apprentissages sur le terrain vont permettre au professionnel de se sentir plus à l'aise, avec les connaissances issues de la pratique. Un professionnel qui a confiance en lui, qui est optimiste,

ouvert, et qui a réussi à surmonter des défis par le passé, aura plus de chances de développer une apprenance en situation de crise que quelqu'un qui n'a pas cette expérience-là. Dans l'ensemble, les facteurs personnels sont susceptibles de faciliter l'apprenance en situation de crise par leur influence sur l'évaluation et l'adaptation à la situation.

3.3.2. Apprenance émotionnelle

Certains professionnels ont mentionné que dans des situations éprouvant un stress extrême, ils ont pris d'avantage conscience de l'importance de maîtriser leurs émotions. Ils sont en capacité d'analyser les émotions exprimées par les patients ou encore les autres membres de l'équipe. L'effet de l'apprenance se manifeste sous la forme d'un bien-être émotionnel. Celui-ci découle des situations stressantes, quand elles sont considérées comme des défis, ce qui signale la possibilité de maîtrise ou de bénéfice, caractérisé par des émotions positives telles que l'optimisme, la motivation ou la confiance.

L'intelligence émotionnelle d'une équipe comprend la somme de l'intelligence émotionnelle des professionnels qui la composent. Elle peut être générée dans l'équipe en tant que norme, avec une confiance mutuelle et une identité de groupe qui se met en place. Ces qualités constituent la base de l'exercice partagé, et développe une meilleure coopération et collaboration au sein d'un collectif de travail. L'effet de l'apprenance est appréhendé lorsqu'il y a une évaluation favorable ou réussie dans la résolution d'une situation stressante. Cela conduit à des émotions positives telles que l'enthousiasme et la fierté, qui permettent de faire face à l'adversité. Un cadre de santé témoigne sur les aptitudes de gestion émotionnelle à développer, au regard de la gestion des situations critiques avec des patients potentiellement dangereux ou violents :

« La capacité à gérer ses émotions est essentielle dans des prises en charge psychiatriques complexes, où il faut observer très rapidement le patient pour savoir quelle stratégie de communication on va mettre en place et éviter de se mettre en danger. Car les patients peuvent être très violents et avoir des comportements ou des gestes inattendus ou menaçants. Le sens des mots a peu d'importance dans ce type de situations. C'est tout le reste qui est important, il s'agit de savoir lire le comportement de quelqu'un pour arriver à détecter le comportement à venir. On peut parler de la mise en place d'une théorie de l'esprit. Comprendre le mécanisme sous-jacent, les

mécanismes psycho-pathologiques du patient, semble essentiel, dans ce type de situation. Il faut négocier avec un patient. C'est une posture, si on n'a pas le bon mot ça se joue à très peu de choses. C'est l'expérience qui vous l'apprend. On fait aussi avec ce que l'on est, on n'est pas toujours, tous les jours pareils. Ce type de prise en charge, demande beaucoup d'attention » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Ce récit démontre la capacité de ce cadre de santé à gérer le stress dépassé face à des situations de violence qui peuvent dégénérer rapidement et de manière fréquente. Apprendre à gérer ses émotions est un prérequis essentiel pour gérer les : « *prises en charge psychiatriques complexes* ». La capacité d'observation, d'attention portée à l'autre, permet de mettre en place des modalités de communication qui vont faciliter la gestion de situations de violence : « *il faut observer très rapidement le patient pour savoir quelle stratégie de communication on va mettre en place* ». La capacité d'analyse de la communication non-verbale entre autre (comportement, attitudes), les signes avant-coureurs, une analyse fine de la psychologie de l'autre est nécessaire pour la prise en charge des patients en situation sensible.

L'esprit de négociation, la capacité d'adaptation et d'agilité, le positionnement du professionnel, le choix du vocabulaire utilisé devient un instrument de communication et de médiation : « *et éviter de se mettre en danger car les patients peuvent être très violents et avoir des comportements ou des gestes inattendus ou menaçants* ». Cet apprentissage s'acquiert lors de la confrontation avec les situations de crise. Ce cadre de santé est en capacité d'évaluer ses propres ressources, ses limites et son niveau de disponibilité pour savoir s'il peut gérer la situation. Cette évaluation est essentielle à réaliser afin de ne pas se mettre en danger ou de mettre en difficulté l'équipe ou le patient.

Ce type de prise en charge complexe, demande une capacité d'attention de tous les moments, une disponibilité d'écoute et d'observation, un investissement important du soignant. Des apprentissages successifs se cumulent pour former une connaissance du terrain et des profils de patients pris en charge. Cette connaissance fait émerger des compétences en termes de réactivité, de pouvoir d'agir, de capacité de contrôle de la situation, et une réelle compétence relationnelle et analytique à valoriser.

L'expérience des professionnels contribue à développer des capacités d'analyse et de réflexivité ce qui leur permet d'acquérir progressivement une nouvelle posture. Ce cadre le signale : « *c'est une posture, si on n'a pas le bon mot ça se joue à très peu de choses. C'est l'expérience qui*

vous l'apprend ». Cet apprentissage se révèle par une expertise qui émerge de l'observation de terrain et de l'expérience des situations qui deviennent apprenantes. Les apprentissages dans ce récit viennent du terrain, représenté ici par l'observation de signes physiques ou psychologiques émis par le patient de manière formelle ou informelle avec en appui la connaissance de la pathologie. L'expérience favorise une capacité d'analyse, ici un prérequis indispensable pour avoir une réaction adaptée et ne pas générer de la violence dans un contexte de menace déjà existant.

L'apprenance émotionnelle englobe les processus impliqués dans la capacité de maîtrise et de compréhension des émotions des personnes qui nous entourent. Cette apprenance favorise aussi la capacité d'utilisation des émotions pour demander de l'aide à un collègue ou l'empathie envers un patient, la capacité de compréhension et la capacité de gestion des émotions, pour résoudre les problèmes chargés d'émotions. Les transformations successives de l'hôpital soulèvent de nombreux enjeux et peuvent générer des conflits ayant des conséquences importantes sur les acteurs qui les subissent. Un médecin s'exprime sur les difficultés générées par des restructurations avec un impact sur un membre de l'équipe :

« J'ai vécu un suicide en chirurgie pédiatrique dans un hôpital, après la fusion de deux services. Cette fusion a engendré une situation de conflit entre les deux patrons avec un suicide par défenestration de l'un d'entre eux. Apprendre à travailler ensemble, je l'ai expérimenté avec même des chirurgiens. Les connaissances de l'autre, c'est très important. Il s'agit de faire tout avec tout le monde, d'apprendre à travailler avec tout le monde, ça marche car je l'ai expérimenté et cela apporte des conseils » (Jean-Marie, Médecin du travail, Hôpital public).

Ce contexte de tension émotionnelle et conflictuel génère une situation de mise en danger du professionnel en question. La maîtrise des émotions devient un prérequis indispensable avant toute transformation. Comme on le voit dans cette illustration, un contexte complexe de conflits émotionnels peut amener l'un des professionnels impactés par les changements à se mettre en danger car l'impact est trop fort et le déstabilise. La capacité à gérer des changements trop importants dans des périodes parfois complexes peut dégénérer émotionnellement par un passage à l'acte.

Cette situation démontre l'importance de développer des capacités d'intelligence émotionnelle collective permettant de bien fonctionner ensemble en partage de responsabilités ou de missions

plutôt que générer des conflits d'intérêts. Apprendre à travailler ensemble nécessite de ressentir ses propres émotions et d'être attentif aux émotions du collectif de travail. Cette attention, cette sensibilité aux autres, peut permettre de prévenir ces événements particulièrement douloureux pour les acteurs en présence. De plus l'impact sur l'image de l'institution, du service et surtout l'impact sur les proches est important et génère une souffrance collective. La perte d'un professionnel est une perte pour l'institution comme pour les proches. Cette situation soulève un questionnement éthique. Les valeurs collectives sont à développer dans l'exercice collectif partagé. Travailler ensemble nécessite un certain niveau d'empathie, une compréhension des dynamiques collectives, une capacité de médiation et de collaboration. La notion d'exercice partagé doit être interrogée en formation initiale et continue sur les métiers de la santé.

La capacité du professionnel à gérer ses émotions en situation de crise transparaît clairement lors des récits d'expérience des professionnels de santé interrogés. L'émergence des apprentissages émotionnels est observable dans les stratégies de communication et de coordination mises en place par les professionnels en terrain hospitalier. Ces apprentissages issus de l'expérience de la gestion des situations de crise, se traduisent sous forme de compétences individuelles et collectives de l'ensemble de l'équipe soignante, grâce à une collaboration renforcée. Ces compétences sont visibles à travers l'intelligence émotionnelle individuelle du professionnel et intelligence collective de l'équipe de par la réussite de la bonne prise en charge des patients, malgré les événements. Elle met en évidence l'impact des situations de crise sur les professionnels notamment concernant l'expression et la maîtrise des émotions. On l'observe, notamment au travers de la mise en place de différentes stratégies d'adaptation concernant la gestion émotionnelle et la variété des réactions des divers acteurs.

Comment gérer émotionnellement des situations de crise complexes et difficiles à vivre, proche de l'impensable ? Quels moyens sont mis à disposition des patients et des professionnels pour y faire face ? Une cadre de santé en chirurgie relate son expérience à ce sujet, suite aux attentats du Bataclan :

« Lors des attentats du Bataclan, j'ai reçu trois patients en hébergement dont un avec des plaies multiples, avec des atteintes ophtalmo et ORL³³⁹. Ce jeune est resté 3 jours en chirurgie. Ce qui était très difficile, c'est que la psychologue n'est pas venue malgré mes appels. Ils devaient assurer la cellule de crise dans un contexte d'accueil massif de

³³⁹ Ophtalmo (ophtalmologique) et ORL : Oto rhino laringologie.

patients sur cette période. Il avait 25 ans, il avait perdu son meilleur ami lors des attentats au Bataclan. Il m'en parlait souvent, je ne savais pas quoi dire. Il pleurait souvent, sa mère était présente. Tous les deux étaient déboussolés. J'ai dû leur expliquer les démarches pour le suivi, c'était dur. Quand il te parle et te dit qu'on avait tué son ami à côté de lui, on n'est même pas préparé. Les paramédicaux, on n'est pas préparé pour ce type d'évènement traumatique. Je me suis dit certes, certains professionnels sont préparés, ils font des formations de type urgences de guerre. Le côté psychologique, tu fais avec, mais tu n'es pas content, j'étais mal pour lui. Nous les cadres, notre travail c'est habituellement cadré et là, ça a été brouillon. Ce ne sera jamais parfait. La psychologue était débordée, elle n'est pas venue le voir en service. Son meilleur ami est mort, il a essayé de le réanimer, il en parlait tout le temps. Et derrière cette situation dramatique, les médecins me disaient qu'on avait besoin de son lit. Comment faire avec ce type d'injonctions ? Je voyais bien qu'il n'était pas prêt à sortir. Il est allé chez lui mais avec un suivi. Il avait quand même une plaie au niveau vasculaire, il avait été criblé de balles, il en avait partout. Notre service prenait que des patients porteurs de plaies légères, normalement. Mais lui, il avait plein de plaies partout dans le thorax. Il pouvait partir d'un point de vue thérapeutique, mais psychologiquement, il avait des besoins. Mais rien n'était organisé en réseau, les psychologues étaient à la cellule de crise débordés, que faire ? J'étais démunie. J'ai donné le numéro de téléphone de la cellule de crise. Mais au niveau de l'établissement, tout le monde était débordé par un afflux massif de patients. Heureusement sa mère était très présente. Le patient, il était dépité, un vrai zombi, en pleurs tout le temps et très introverti. Il avait vécu un truc horrible et moi j'étais confronté à une injonction en termes d'organisation du service, ça été un vrai tiraillement. Il y avait d'autres patients à accueillir pour des interventions. Avec l'équipe d'infirmière, on en a beaucoup parlé, mais c'est rapidement balayé par le quotidien, car beaucoup d'activité. Il n'y a pas eu de suivi psychologique pour l'équipe, que pour 2 ou 3 personnes, c'est minime. On a une équipe de jeunes infirmières. On était affecté. Quand on nous a fait les annonces des attentats, le vendredi 13 novembre 2015, lors des attaques, les équipes se sont tout de suite portées très volontaires pour venir travailler. Après, c'est tout ce qui touche au côté psychologique qui a manqué. Rien n'était prévu. On a besoin d'un accompagnement. Il serait intéressant qu'on mette en place un psychologue de

l'extérieur pour l'équipe, qu'ils puissent s'exprimer » (Laura, Cadre en réanimation chirurgicale cardiaque, Hôpital public).

La gestion des émotions, semble indispensable pour faire face à des situations de violence avec un impact physique et psychique et qui peuvent être traumatisantes. Le personnel trouve ses propres stratégies pour y faire face. L'expression du personnel se relève comme un moyen de se libérer de cette charge émotionnelle trop lourde à porter seul. Le partage de cette souffrance même de manière informelle, favorise le dialogue et permet à l'équipe de continuer à assurer et prendre en charge les autres patients. Les mesures d'accompagnement que ce soit pour ce jeune patient ou pour l'équipe de jeunes infirmières apparaît comme un besoin criant.

On observe les difficultés de la cadre à bien gérer cette situation car elle n'a pas les moyens d'intervenir comme elle le souhaite. Elle fait face à des injonctions qui la mettent mal à l'aise : *« nous les cadres notre travail c'est habituellement cadré et là ça été brouillon. Ce ne sera jamais parfait »*. Elle est confrontée à des limites, des obstacles dans la bonne prise en charge des patients, dans un contexte inédit. Elle va tenter de lui donner le plus d'informations possibles afin que ce patient puisse demander de l'aide si besoin, mais un sentiment d'impuissance apparaît et peut générer une souffrance psychologique durable. Selon cette cadre de santé, il faut être capable de comprendre ses émotions, être capable de traiter les données d'ordre émotionnel avec précision et efficacité, et avoir la perspicacité d'utiliser habilement ses émotions pour résoudre les problèmes.

Cette cadre suggère qu'il peut y avoir des différences individuelles dans les capacités des professionnels à représenter cognitivement leurs émotions et à exercer un contrôle efficace sur leur vie émotionnelle. Il y a des professionnels qui se remettent rapidement et efficacement d'expériences stressantes et qui peuvent aller de l'avant malgré des circonstances défavorables. D'un autre côté, il y a des professionnels qui sont constamment affligés par leur incapacité à faire face au stress, jamais tout à fait capables de se remettre des événements négatifs de la vie. Ainsi, les individus peuvent différer dans la manière dont ils perçoivent, expriment, comprennent et gèrent les phénomènes émotionnels. En d'autres termes, l'intelligence émotionnelle peut être un facteur clé qui différencie les professionnels qui sont capables de faire face avec succès à des situations stressantes, de ceux qui font face à des échecs.

Étant donné que les émotions positives produisent des résultats bénéfiques dans les stratégies d'adaptation, il est évident que certains professionnels tirent davantage parti de ces émotions

en période de stress. Les professionnels psychologiquement résilients, que l'on décrit comme étant émotionnellement intelligents, semblent être le mieux outillés pour retirer des bénéfices des émotions positives.

On peut signaler d'après les observations de terrain, trois catégories de stratégies d'adaptation liées au maintien d'un effet positif : une évaluation positive de la situation (vision positive), une résolution de la situation (chercher une solution à tout prix), et un sens positif aux petits succès. De par les observations de terrain, l'adaptation qui a entraîné des émotions positives est associée à des niveaux de faibles symptômes physiques en période de stress, tandis que l'adaptation qui a entraîné des émotions négatives est liée à des niveaux plus élevés de symptômes physiques chez les soignants concernés. Les émotions positives construisent les ressources personnelles du professionnel.

Cette perspective des émotions positives explique pourquoi ceux qui éprouvent des émotions positives en stress aigu sont en mesure de profiter de leur état d'esprit élargi et de réguler avec succès leurs expériences émotionnelles négatives. Ce qui leur permet de produire des bénéfices pour leur bien-être psychologique et physiologique. Les émotions positives peuvent aider les professionnels à placer les événements de crise dans un contexte plus large, ce qui réduit la résonance de tout événement négatif. Les éléments de preuves de l'effet d'apprenance des émotions positives, suggèrent que les professionnels pourraient améliorer leur bien-être psychologique, et peut-être aussi leur santé physique, en cultivant des expériences d'émotions positives à des moments opportuns pour faire face aux émotions négatives.

Face au stress, les professionnels optimistes qui subissent un effet positif s'attendent à des résultats positifs et visent donc à les atteindre. Par conséquent, ils sont plus susceptibles d'avoir recours à une adaptation proactive et moins susceptibles d'avoir recours à l'adaptation par un mécanisme de protection (fuite). Les efforts d'adaptation actifs de la part des professionnels amènent à leur tour une rétroaction nécessaire pour découvrir quelles stratégies sont efficaces, en les aidant à préserver les ressources actuelles et à en créer de nouvelles vers une adaptation efficiente. Les émotions positives contribuent au processus d'adaptation ou d'harmonisation.

Certains professionnels présentent des caractéristiques individuelles de résilience dans la régulation des émotions. Ils ont la capacité de rétablir l'estime de soi après un échec, ils font preuve de plus de créativité pour résoudre les problèmes lors de situations stressantes. Ils obtiennent également plus de soutien social pour les aider à se prémunir contre les expériences

émotionnelles négatives. Malgré ces différences individuelles, dans la fréquence de l'utilisation intelligente des émotions positives pour faire face au stress, la capacité de ressentir des expériences momentanées d'émotions positives est commune à tous les professionnels. Cette capacité, ce niveau de sensibilité correspond à une adaptation psychologiquement évoluée. Ainsi, une grande partie des professionnels recensés dans cette étude, partagent la capacité d'expérimenter les répercussions bénéfiques associées aux émotions positives.

L'apprenance émotionnelle contribue à l'épanouissement humain par la croissance individuelle et collective et peut orienter l'action et la pensée de manière à améliorer ou à maintenir le bien-être. L'apprenance émotionnelle a pour objectif de promouvoir des relations de communication positives, la capacité de s'adapter au point de vue des autres, de pouvoir exprimer ses émotions et de pouvoir réguler son comportement. Elle favorise le fonctionnement cognitif avec des capacités permettant aux professionnels de se concentrer sur des informations importantes et prioritaires. Elle influence aussi la capacité d'interagir et de communiquer efficacement avec les autres, ainsi que la capacité de gérer les conflits, de gérer le stress et de fonctionner sous pression. Pour ces raisons, l'intelligence émotionnelle peut jouer un rôle déterminant dans le leadership et le comportement dans un environnement de travail imprévisible. Un cadre de santé fait part de ses valeurs soignantes et présente une démarche de réflexion au regard de son expérience du terrain hospitalier :

« On travaille dans de l'humain, il faut être humain soit même. On ne peut pas bien traiter les patients si on ne traite pas bien les soignants, sinon cela va créer de l'injustice. Si on demande un investissement aux équipes, il faut y croire. Notre société est individualiste, si une infirmière est individualiste, elle travaille seule, c'est une catastrophe. On pratique mal, on maltraite les gens, il n'y a plus de bienveillance, il n'y a plus d'équipe. Quand on n'est pas en nombre, on traite les priorités, on est tendu, stressé et on peut faire plus d'erreurs car on n'a pas le temps. On est tendu, anxieux, angoissé et cela peut engendrer des suicides dans certaines professions et aussi lorsque l'on n'est pas soutenu par la hiérarchie. On a tellement hiérarchisé dans nos organisations, que chacun obéit à son n+1 qui vous demande de faire ce qu'il vous dit. Si vous n'êtes pas content, on reprend un autre professionnel ! » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Pour bien accompagner les professionnels, il est nécessaire d'avoir des valeurs humanistes. S'occuper des soignants est un préalable à la bonne prise en charge des patients. Le manque de

personnel peut amener des dérives. Il semble indispensable de préserver la santé des patients et le bien-être des professionnels. Le soutien de la hiérarchie apparaît ici comme un préalable en termes de modalité de management. La prise en charge des patients demande un accompagnement aussi des équipes et des professionnels : « *on travaille dans de l'humain, il faut être humain soit même* », « *on ne peut pas bien traiter les patients si on ne traite pas bien les soignants, sinon cela va créer de l'injustice* ». Le collectif de travail est indispensable à la bonne prise en charge des patients : « *si une infirmière est individualiste, elle travaille seule, c'est une catastrophe* ». La gestion du personnel devient un impératif de qualité : « *quand on n'est pas en nombre, on traite les priorités* », « *on est tendu, stressé et on peut faire plus d'erreurs car on n'a pas le temps* ». Le contexte de sous-effectif génère des facteurs de stress nocifs car générant plus de risques pour la qualité de soins auprès des patients et des risques psycho-sociaux graves pour le personnel : « *tendu, anxieux, angoissé et cela peut engendrer des suicides dans certaines professions* », « *lorsque l'on n'est pas soutenu par la hiérarchie* ». Le positionnement de la hiérarchie en termes de prise de pouvoir interroge une organisation à bout de souffle : « *On a tellement hiérarchisé dans nos organisations, que chacun obéit à son n+1 qui vous demande de faire ce qu'il vous dit, si vous n'êtes pas content on reprend un autre professionnel* ».

Le cumul expérientiel de différentes situations de crise, contribue d'après les constats de l'analyse des données de terrain, à la professionnalisation du personnel interrogé. Les savoirs à mobiliser dans les différentes situations rencontrées par les professionnels sont relativement diversifiés et complexes car pas toujours maîtrisés. Ce sont des savoirs inconnus parfois mêmes invisibles et qui émergent de la gestion de la situation de manière informelle. La question à se poser à ce stade est la suivante : est-ce que ces savoirs sont issus de la trajectoire personnelle, trajectoire de formation ou trajectoire professionnelle ? D'après mes observations de terrain, il ressort souvent des références croisées entre ces diverses trajectoires.

Comme nous pouvons l'observer dans les récits, les différentes trajectoires se croisent, les connaissances et expériences se cumulent et sont à disposition du professionnel qui peut les utiliser au bon moment. Une démarche autoréflexive se met alors en marche. Cette recherche semble donc établir l'hypothèse qu'il existe de nombreux effets positifs que les professionnels peuvent éprouver après avoir été exposés à des situations de crise. L'apprenance émotionnelle observée auprès des professionnels de santé, démontre une relation très importante avec l'efficacité professionnelle. Les facteurs les plus importants qui contribuent à ce sentiment

d'efficacité personnelle provenant de l'intelligence émotionnelle sont au nombre de 5 : la capacité de se connaître et s'accepter ; la capacité à prendre conscience de ses propres sentiments et celui des autres ; la capacité à gérer les émotions ; la capacité à être réaliste et à prendre de la hauteur ; la capacité à avoir une attitude positive et optimiste.

Ces facteurs sont assez semblables à ceux étudiés dans le domaine de la psychologie positive et par les psychologues humanistes. On observe à partir des données empiriques recueillies que l'apprenance émotionnelle a une incidence importante sur d'autres formes de comportement et d'efficacité dans les relations humaines, comme l'interaction sociale ; que sur la capacité de faire face à des problématiques et à être résilient.

L'humeur positive alimente l'énergie émotionnelle nécessaire pour augmenter son niveau de motivation pour faire avancer les problématiques à gérer. La relation entre l'intelligence émotionnelle et le bien-être subjectif est également reconnue. Il semble que les compétences et habiletés suivantes contribuent le plus à cet état de bien-être subjectif : la capacité à ressentir, comprendre et accepter ses émotions et sentiments, la capacité à atteindre des objectifs personnels pour améliorer son potentiel, la capacité de prise de distance vis-à-vis des événements.

Cela signifie que les professionnels ayant un meilleur sentiment de bien-être sont ceux qui possèdent une conscience émotionnelle, une confiance en soi, un certain épanouissement. La réalisation de soi, implique un long processus de réalisation de son potentiel et de recherche d'une vie plus significative. Cela exige la capacité et la volonté de fixer et d'atteindre des objectifs personnels conçus pour faire évoluer son potentiel intérieur. Le professionnel ne se contente pas de bien faire, mais s'efforce de faire de son mieux en utilisant toutes les ressources à disposition. En plus d'être des professionnels particulièrement motivés pour accomplir des objectifs personnels, la réalisation de soi dépend de la conscience de soi et de la compréhension de son identité et des objectifs que l'on veut atteindre. La réalisation de soi dépend aussi de la capacité de prise de décision éclairée et indépendante concernant ce que l'on veut réaliser.

En somme, l'importance d'être formé à une écoute active et à la reconnaissance du vécu de l'autre demande, de la part des équipes pluri-professionnelles, une attitude d'aide, de soutien et de compréhension. Apprendre à gérer ses émotions et celles des autres, peut favoriser des transformations positives pour le bien-être de soi et des autres, et promouvoir un changement

d'attitude en termes de relations humaines au travail. Cette démarche peut réduire le stress et la surcharge émotionnelle.

3.3.3. Apprenance sur soi

Certains professionnels ont fait le lien entre la tendance à trouver un sens positif dans des situations stressantes et le sentiment d'efficacité personnelle : *« ces expériences deviennent des leçons de vie significatives, avec une appréciation différente de la vie et un sentiment accru d'efficacité personnelle »*. Avoir un sentiment d'efficacité personnelle est étroitement lié à la manière de traiter les situations difficiles à vivre. Dans ce contexte, on peut faire référence à la notion de *« croissance personnelle et professionnelle »* : il est possible d'obtenir un sens positif en trouvant des bénéfices dans la confrontation à une menace.

L'émergence d'un cheminement autoréflexif des professionnels interrogés, et aussi du collectif de travail, est observée dans les récits relatés. Ce processus met en exergue une démarche de croissance personnelle, avec l'observation d'une évolution sur la connaissance de soi, de ses ressources et limites, identifiées pendant et après la crise. La gestion du stress, lors des situations de crises, peut être motivante pour certains et traumatisante pour d'autres. Un médecin, suite aux attentats du Bataclan, a observé lors du suivi du personnel des réactions différentes selon les agents. Il s'exprime ainsi :

« Le stress positif, ce sont des personnes très motivés. Le stress est positif, pour certains ce n'est pas inné. Lors du stress positif, le cerveau est programmé génétiquement sans épuisement énergétique, protégé par une non-peur du danger, le stress est alors positif. Le mécanisme est le suivant, l'individu a des bouffées de noradrénaline plus que d'autres. Il aime les prises de risques, il n'a pas peur, jusqu'à ce qu'il se plante ! D'autres personnes vivent plus en retrait et gardent leur énergie, c'est les grands calmes. Ils sont utiles en cas d'appui technique, ça s'apprend. Il y a une typologie des profils de personnes choisies, quand on définit une catastrophe. Le chef, c'est une personne qui réfléchit et qui est raisonnable, il peut être très autoritaire. Si le meneur est bon, les équipes vont le suivre. Il faut mettre en dessous du chef, des personnes qui n'ont peur de rien. Il y a un lien avec la trajectoire, plutôt physiologique. Sur le stress post-traumatique, lors des attentats du Bataclan, j'ai observé des profils type. Pour

certaines ça va glisser sur eux, ils l'ont banalisé, ils sont taillés pour ça, ils ont produit les bonnes hormones. Ils n'en gardent aucune séquelle. Et il y a des profils qui vont décompenser, qui sont mis en doute, avec une perte d'estime. Ils ont la représentation du bon professionnel qui doit gérer toute situation. Et là, ils me disent : j'ai pris une claque, je n'ai pas géré, ça a été vu par tout le monde. Certains professionnels après les attentats n'ont pu reprendre leur activité professionnelle car affectés par un stress post-traumatique » (Jean-Marie, Médecin du travail, Hôpital public).

Ce médecin parle de stress post-traumatique avec un impact sur les professionnels, car certains n'ont pu reprendre leurs activités professionnelles. L'impact de cet événement traumatique est important sur l'exercice professionnel de ces personnes. On peut faire référence au concept de stress post-traumatique indirect ou secondaire de Cohen et Collens³⁴⁰ qui émerge dans ce récit. Le caractère, la personnalité, la confiance en son potentiel de réussite d'un professionnel se distingue dans ce type de situation. Comment ces aptitudes se développent-elles ? Une perte de confiance peut déstabiliser le professionnel. Le sentiment d'efficacité personnelle émerge dans ce récit par la faculté pour certains professionnels de gérer ces situations avec une facilité déconcertante et pour d'autres une perte d'estime de soi, et des doutes qui les fragilisent.

Une souffrance psychologique peut apparaître après de tels événements. Une réflexion sur le sens de la vie, et des valeurs personnelles et professionnelles est réinterrogé. Un questionnement est aussi mené sur le sens du travail. Une remise en question des acquis en termes de connaissances mais aussi de représentations individuelles et collectives émerge. Ces savoirs culturels communs ou individuels évoluent pour former de nouvelles connaissances qui surgissent de l'expérimentation du terrain de la crise.

La situation de crise vécue est une expérience un peu « *mystique* » générant une nouvelle philosophie, un nouveau dogme, de nouvelles croyances, elle produit de nouvelles données. Un processus de changement est à l'œuvre malgré les personnes, leur niveau de résistance par moment cède pour laisser la place à de nouvelles connaissances, nouvelles visions, nouvelles postures, nouvelles valeurs et nouvelle identité. C'est un processus de transformation interne ressenti par le professionnel qui le vit mais invisible pour l'entourage. C'est un processus informel qui agit de l'intérieur sur le plan cognitif, émotionnel et psychologique. Un niveau de

³⁴⁰ Cohen, K. et Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers : A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580.

maturité expérientielle se met en œuvre, avec un rythme différent selon les professionnels. La temporalité est un facteur important disent les professionnels, chaque personne a sa propre temporalité. La gestion de situations complexes demande une prise de recul. Certaines situations peuvent être difficiles pour les professionnels qui les vivent et demandent une prise de distance, un cadre en parle ainsi :

« Si on prend un gros coup sur la tête, une approche psychologique de 5 mn ne change pas la situation. C'est normal de rencontrer des situations complexes, il faut être honnête avec soi-même, peut-être que l'on a besoin de débrayer. Si vous avez un bon environnement chez vous, peut-être qu'il faut prendre du recul car tant que vous êtes dedans on ne raisonne pas bien. Il faut penser à autre chose, si on n'a personne à l'extérieur, on a besoin d'en parler avec les collègues. La capacité à prendre du recul face à des situations complexes est nécessaire et parfois demande une mise à distance avec le lieu de travail pour l'analyser. Peut-être qu'il faut prendre du recul. Il faut penser à autre chose » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Ce professionnel parle d'une éventuelle prise en charge psychologique par un psychologue ou par une cellule de crise et précise qu'une prise en charge sur le moment n'est pas suffisante. Il rajoute : *« c'est normal de rencontrer des situations complexes, il faut être honnête avec soi-même, peut-être que l'on a besoin de débrayer »*. Selon son expérience, rencontrer des situations difficiles à vivre fait partie du parcours professionnel. Et dans ces moment-là, il est possible que l'on ait besoin de faire une pause et prendre du recul par rapport aux événements. Il s'agit pour, le professionnel, de le reconnaître et l'accepter. Cette phase d'acceptation est essentielle pour dépasser l'obstacle rencontré.

On observe un processus de questionnement intérieur vécu par ce cadre lorsqu'il dit : *« peut-être qu'il faut prendre du recul car tant que vous êtes dedans on ne raisonne pas bien...on a besoin d'en parler avec les collègues »*. On constate qu'au niveau cognitif, le vécu de la crise ne permet pas forcément d'utiliser toutes ses facultés. L'expression du vécu, des émotions, semble primordiale pour passer à autre chose et y voir plus clair. L'entourage du professionnel est un élément déterminant comme ressource, dans ces moments difficiles, sinon l'équipe est un soutien. Faut-il former les équipes à une démarche d'accompagnement ? Peut-on considérer que c'est peut-être une responsabilité collective ?

Selon son expérience, et sa capacité à apprendre des situations complexes, ce cadre de santé, conseille de développer la capacité à prendre du recul, face à des situations complexes. Cette étape semble nécessaire et parfois demande une mise à distance avec le lieu de travail pour l'analyser. Il faut penser à s'éloigner pour un temps du lieu d'exercice. Cette mise à distance peut être constructive pour mieux comprendre le phénomène observé et porter une réflexion sur le vécu. L'éloignement physique peut aider à un éloignement psychologique. Un processus de distanciation des phénomènes observés et du ressenti se met en route. Une prise de hauteur vis-à-vis de l'évènement générateur de la situation de crise est recommandée, selon l'expérience de ce professionnel. Cette approche facilite la capacité du professionnel à être plus objectif et prendre de la distance par rapport au choc émotionnel.

L'acculturation au terrain de la crise révèle de nouveaux enjeux individuels et collectifs. Cette expérience de la crise noue aussi de véritables relations de confiance entre les acteurs qui ont vécu la même expérience, les mêmes difficultés, la même menace, qu'ils ont affronté ensemble. Ils obtiennent un même niveau de compréhension du vécu, une analyse commune. Ce vécu partagé révèle une force, un lien, un même niveau de compréhension, une réactivité spécifique, des réflexes qui se mettent en place. Une reconnaissance mutuelle du niveau de compétences informelles observées sur le terrain de la crise est mise à jour, pourtant souvent non reconnu par l'institution hospitalière, mais reconnu par les professionnels présents localement. Un exemple de questionnement sur ses aptitudes personnelles est illustré par le récit suivant d'un cadre lorsqu'il était encore infirmier face à une situation complexe. C'est une situation de tentative de suicide d'une patiente qui interroge l'impuissance des professionnels à réagir à temps dans des situations imprévisibles :

« Une autre situation d'une patiente qui a enjambé la fenêtre dans le service où j'exerçais. La police nous appelle pour nous signaler qu'une patiente est à la fenêtre. Je vais voir la patiente, j'ai pris appui sur la fenêtre et lui tend la main, ça se travaille, ça s'apprend. Il ne faut pas apprendre à se jeter dans la situation : exemple une personne flotte, si je ne sais pas nager ça ne sert à rien de se jeter à l'eau, si je ne peux pas revenir. Il est important de réfléchir et utiliser tous les moyens autour de vous, utiliser tout ce qu'il y a autour de vous, c'est ça la crise » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

L'environnement et les moyens à disposition doivent être analysés pour gérer les situations inattendues. Il faut faire avec ce qui est à disposition, selon l'expérience de terrain de ce

professionnel : « *utiliser tout ce qu'il y a autour de vous, c'est ça la crise* ». Il faut se poser les bonnes questions avant d'intervenir et voir toutes les ressources à disposition, c'est un élément majeur pour résoudre ce type de situation « *il est important de réfléchir et utiliser tous les moyens autour de vous...* ». Il rajoute : « *ça se travaille* », « *ça s'apprend* », « *Il ne faut pas apprendre à se jeter dans la situation* ». Cette expérience est apprenante et montre à quel point la gestion de la temporalité et de la prise de décision est une étape décisive. Prendre le temps de la décision, un temps de réflexion et d'analyse s'impose pour éviter les pièges dans des situations complexes. Quelle stratégie utiliser pour gérer au mieux cette situation en contournant les risques possibles. Quelle est la meilleure décision pour le patient mais aussi pour les professionnels en présence ? Les enjeux de la situation doivent être analysés et il faut prendre le temps de peser le pour et le contre : quels bénéfices, quelles pertes ? Il s'agit d'être en capacité d'évaluer le niveau de risque pour les différents acteurs présents dans la situation.

Le niveau d'évaluation du professionnel devant une menace pour le patient, mais qui peut aussi avoir un impact pour les professionnels, est crucial. Ce niveau d'évaluation démontre la capacité de réflexivité et niveau de croissance atteinte par ce professionnel, qui s'appuie sur son expérience, et sait évaluer ses ressources pour savoir comment intervenir. L'expérience des situations complexes développe des capacités en termes d'analyse, de compréhension des processus à l'œuvre et une prise de hauteur qui devient stratégique pour la bonne résolution de la situation.

On observe, chez certains professionnels, une augmentation ou une diminution de la confiance en ses capacités de réussite, de son niveau d'auto-estime ou plus globalement de l'évaluation de son efficacité personnelle. Ce processus est remis en question par la situation de crise. Il y a un travail informel qui se met en place, qui va renforcer ses acquis, ou déstabiliser ce qu'il pensait comme acquis. On constate une synergie des connaissances de la formation initiale, continue, et acquise sur le terrain de l'expérimentation. On récence des connaissances acquises et des savoirs provenant de la trajectoire de vie du professionnel comme une ressource utilisable dans la gestion des situations de crise.

Comment retirer les enseignements de ces situations ? Comment analyser les réactions des professionnels ? Une des professionnelles a déclaré « *ce que je fais est utile, important pour moi et pour les autres. La vie est significative à travers les expériences, les rencontres, avec ce qui a du sens pour moi et la rencontre avec les autres et ce qu'ils peuvent m'apporter* ». Un autre professionnel interrogé explique qu'il a développé une « *croissance face à la*

confrontation à la menace », constatée souvent après la gestion d'une situation de crise. Divers termes émergent pour décrire un niveau de compréhension et d'assimilation de l'expérience de la crise que je vais nommer la « *croissance post-situation de crise* ». Selon leurs propos, ils ressentent un changement psychologique positif avec des émotions positives, une forme d'épanouissement professionnel avec un plus grand sentiment d'efficacité, une augmentation de la confiance dans leurs propres capacités, une recherche de bénéfices, et ils perçoivent un meilleur niveau de compréhension. Ils observent une croissance liée à la capacité développée pour gérer le stress avec plus de facilité et la découverte de sens : sens de la vie, sens du travail, sens des relations humaines, de la collaboration, de la complémentarité, sens de l'entraide.

La croissance face à la crise regroupe une multitude de significations individuelles et collectives, selon le degré d'impact favorable sur le professionnel. Tous ces termes manifestent d'une manière ou d'une autre une certaine forme de croissance résultante du vécu d'une situation de crise. Cette notion de « *croissance en situation de crise* » décrit un processus de changement positif rapporté par les professionnels de santé à la suite d'évènements stressants voire traumatisants. Ce processus de croissance, semble se produire lorsque l'expérience d'un professionnel est en conflit avec ses représentations sur lui-même et l'environnement de travail qui l'entoure. C'est un questionnement entre l'expérience et ses croyances qui va créer des tensions antagonistes, dans laquelle le professionnel revisite ses hypothèses en fonction de son expérience. Il va percevoir son expérience de manière à intégrer ces hypothèses. La croissance peut se produire lorsqu'il y a une remise en question des acquis ou des représentations. Certains professionnels disent utiliser les évènements de la situation de crise comme ressource pour leur développement professionnel et personnel. En effet, il est possible, d'après les constats de cette enquête, d'observer une transformation induite par la menace et présenter un niveau important de meilleure efficacité suite à des expériences stressantes. Ainsi, la gestion de crise demande des capacités réflexives et parfois un dépassement de soi. Un cadre s'exprime sur son expérience lorsqu'il était infirmier :

« Une autre situation d'urgence, on avait un patient schizophrène³⁴¹, très impulsif mesurant 1m90 et 90 kg. Il errait dans le service, ses parents arrivent et sonnent à la porte du service. Il regarde ma collègue, et il dit : je veux voir mes parents. Elle

³⁴¹ La schizophrénie est une pathologie psychiatrique appartenant à la classe des troubles psychotiques. Il s'agit d'une pathologie très invalidante avec une distorsion de la réalité, caractérisée par des pensées délirantes et hallucinations, une atteinte affective et une désorganisation de la pensée.

m'appelle, j'arrive, c'était une crise, soit je dis non ou je diffère la demande. J'ai dit oui, j'ai différé sa demande, sinon il allait déclarer un état de végétation. J'ai juste eu le temps de dire à ma collègue : va chercher un collègue et le cadre. A la porte du bureau, j'explique que ça va être compliqué au cadre qui ne réagit pas tout de suite au danger, mais le patient a foncé sur le cadre qui s'est retrouvé au sol. Il n'a pas eu le temps de réagir, on a dû ensuite le mettre en chambre d'isolement. J'ai dit au Cadre, tu ne penses pas ? Il est nécessaire de savoir ce qui va advenir, on connaît la pathologie des patients, on sait ce qui ne va pas. Pour ce jeune patient, voir ses parents c'est une situation difficile » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Certaines situations de violence récurrentes dans certains services comme la psychiatrie notamment dans des unités fermées, demandent une prise de distance et sang-froid pour les professionnels en présence. La gestion d'un patient schizophrène en unité fermée, implique des stratégies de communication non violente, stratégies collectives et parfois avec des patients pairs aidants. Cette attitude permet de réagir de manière adaptée sans générer encore plus de violence. Certains signes annonciateurs peuvent alerter sur l'émergence d'une situation de violence : « patient schizophrène », « très impulsif », « mesurant 1m90 », « c'était une crise », « il allait déclarer un état de végétation », « agitation du patient ». Quelle réaction avoir en termes d'approche relationnelle ? « soit, je dis non ou je diffère la demande. J'ai dit oui, j'ai différé sa demande ». On observe chez cet infirmier que des stratégies de communication sont mises en place pour mieux gérer la situation. Ces stratégies ont pour objectif de mettre en place une communication non violente afin de calmer le patient et de le maîtriser, car il peut devenir très agressif en fonction de son état psychologique et de l'évolution de sa pathologie psychiatrique.

Une analyse de la pathologie et des risques est nécessaire pour les décisions à prendre. Une connaissance clinique est, bien sûr, nécessaire mais prendre le temps de bien connaître le profil du patient semble indispensable. Cela permet aussi de savoir comment prévenir les dérapages éventuels relatifs au comportement de la personne prise en charge. L'infirmier ici anticipe la demande du patient et contourne la situation menaçante. Le cadre n'étant pas présent devant cette première scène n'a pas eu le temps de réagir et s'est retrouvé en danger. Ce cadre rajoute :

« Ça c'est un apprentissage, vous êtes confronté à une situation difficile, qui a provoqué l'agitation du patient. Ce patient a essayé de tuer l'infirmière par la suite, il lui a tendu un piège. Il lui a demandé de baisser le store de sa chambre puis il l'a bloquée et

l'insultait. Il tenait sa tête et l'écrasait contre le mur. C'est un autre patient qui a appelé à l'aide. L'infirmière a jeté ses clés et l'autre patient les a pris et a appelé du renfort. Ce patient a fini en unité pour sujets difficiles » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

Dans une chambre en isolement, comment faire face à une situation de violence lorsqu'on est seule avec la porte de la chambre fermée et que l'on est dépassé par la force du patient ? Les autres patients peuvent prêter une aide précieuse et deviennent des pairs aidants pour les professionnels. La confrontation à la violence extrême d'un patient fait émerger des réflexes de survie chez le professionnel : *« l'infirmière a jeté ses clés et l'autre patient les a pris et a appelé du renfort »*. Comment se préparer à faire face à ce type de réactions ? Quelle stratégie mettre en place pour se sortir d'une menace ? : *« il lui a tendu un piège »*. La solidarité des professionnels en présence est précieuse dans ces moments difficiles et parfois une aide inattendue émerge en pleine crise. Les patients eux-mêmes et parfois les proches présents dans les unités interviennent dans la gestion des situations de violence pour aider les professionnels. Ils représentent des personnes ressources auquel on peut faire appel, en proximité, le temps de trouver une autre solution.

Le rétablissement après la crise dépend donc de l'assimilation de la mémoire du choc émotionnel, ou de la révision des schémas existants afin de mettre en place un processus d'accommodation de traitement de nouvelles informations. Les professionnels sont motivés pour trouver un sens et chercher à retirer des bénéfices de leur expérience. Un processus de création de sens pour reconstruire ses croyances et revoir ses objectifs, une évolution en cours apparaît à ce stade. Un niveau de croissance émerge suite à une période de recherche de soi et recherche de compréhension des phénomènes observés et vécus. Le professionnel tente de donner un sens à un évènement de crise. Une démarche de compréhension se met en œuvre.

La notion de croissance prend origine à partir du besoin de donner un sens à un évènement particulièrement stressant et menaçant et de retrouver ses croyances sur soi et sur son environnement. Le vécu de la situation de crise, l'expérience de terrain, peut amener à un sentiment d'épanouissement personnel et professionnel et avoir des effets positifs qui dépassent l'ajustement et l'adaptabilité. Cette croissance se manifeste comme un changement qualitatif du fonctionnement interne du professionnel, un phénomène visible que par la personne qui le vit. La croissance en situation de crise, comporte plusieurs aspects principaux : l'amélioration des relations interpersonnelles et inter-professionnelles ; le changement de perception de soi ;

un plus grand niveau de résilience ; de la sagesse et un meilleur niveau d'acceptation de la vulnérabilité et des obstacles rencontrés. Une nouvelle philosophie de la vie se met en place successivement.

Le développement de la croissance personnelle et professionnelle comprend des relations interpersonnelles plus significatives, un plus grand sentiment de force personnelle, une nouvelle appréciation de la vie et un développement spirituel ou philosophique nouveau. De nombreux apports positifs ont émergé des divers récits avec des changements perçus en soi : la révélation de soi et l'expression émotionnelle, l'autonomie et une force personnelle, avec un sens de la détermination. On observe aussi une reconnaissance et appréciation de la vulnérabilité avec un sens accru de la fragilité de la vie. Ce qui génère une nouvelle approche relationnelle avec les autres, de la compassion, de l'empathie et une capacité à faire des efforts dans les interactions. Cet état d'esprit entraîne une nouvelle philosophie de la vie, une meilleure appréciation des moments simples de la vie et de sa valeur. De plus, les priorités sont réorientées avec une ouverture aux expériences spirituelles et/ou philosophiques.

Contrairement à l'accent négatif généralement associé aux situations de crise, les divers récits recueillis suggèrent une vision plus optimiste. Cette approche nouvelle est intéressante car elle peut amener les professionnels de santé à moins craindre les situations de crise et changer leur représentation de départ. Ils peuvent être plus motivés pour persister et réussir même au-delà du niveau auquel ils étaient arrivés. Les professionnels ont identifié un certain nombre de variables qui peuvent jouer un rôle en termes de changement positif à la suite d'une situation de crise. Ces variables vont influencer une évolution de la personnalité avec une ouverture à l'expérience, une prise de conscience, de l'auto-efficacité, un effet de capacité de résistance et une meilleure estime de soi. On constate également une adaptation axée sur la résolution des situations et gestion des émotions, une reconnaissance de nouvelles situations inconnues jusque-là. Une évaluation situationnelle comprenant un développement de la connaissance et maîtrise de l'évènement se met en place progressivement. Une philosophie de vie ou croyance religieuse émerge avec un questionnement sur comment se ressourcer ? Ainsi qu'une réinterprétation positive avec une vision constructive des évènements. Une recherche de soutien social apparaît également avec une recherche d'appui face à la difficulté et aux obstacles.

Certains facteurs peuvent prédisposer les individus à une croissance, à un développement face à la menace. Ces personnes présentent de l'espoir et de l'optimisme, une ouverture d'esprit face à la nouveauté, une approche plus flexible de la complexité orientée vers l'action. L'analyse

des données met en évidence quatre catégories de facteurs prédisposant à l'apprenance face aux situations de crise : la personnalité, le soutien social, la capacité à s'adapter et à se ressourcer dont une forme de spiritualité et une vision positive. Ces facteurs interagissent de manière favorable ou défavorable selon l'état d'esprit du professionnel lors de la situation de crise : selon les caractéristiques de la situation, le contexte, les acteurs en présence, la nature de la situation de crise, les ressources personnelles (âge, sexe, état matrimonial et socio-économique, confiance en soi, résilience, optimisme, expérience antérieure de crise, capacité d'adaptation ou d'agilité), l'aptitude à évaluer le phénomène observé et vécu, et les ressources environnementales (soutien social et familial, groupes et ressources communautaires et environnement post-situation de crise).

Un certain nombre de professionnels mentionnent une corrélation entre les activités de soins de soi et l'apprenance en situation de crise. Les activités de soin de soi, comprennent l'exercice physique, une alimentation saine, des activités de loisirs, et les activités de recherche spirituelle, religieuse ou philosophique, qui permettent de se ressourcer. Les soins de soi, désignent les activités que l'on entreprend pour maintenir et améliorer son bien-être émotionnel, physique, mental et spirituel. Lorsqu'ils sont utilisés dans le domaine professionnel, ces éléments contribuent à se protéger du stress au travail. Certains professionnels soutiennent que les activités de soins de soi sont considérées comme des stratégies actives et conscientes, utilisées pour réduire la détresse psychologique et protéger leur bien-être. Ce processus de récupération de son énergie, de détente, semble faciliter l'apprenance en situation de crise.

La thérapie personnelle est parfois citée par des professionnels comme support aussi car elle augmente la probabilité d'apprenance sur soi et sur les interactions avec les autres. Certains professionnels mentionnent la thérapie personnelle, non seulement pour réduire la souffrance psychologique, mais aussi faciliter les changements positifs et la croissance personnelle. Il est possible que la thérapie offre la possibilité de trouver un sens à l'exposition à l'adversité. L'humour également, peut fonctionner comme une catégorie de stratégie qui favorise la régulation émotionnelle dans des circonstances difficiles. Une certaine forme d'humour dans une approche positive peut être bénéfique pour prendre de la hauteur lors d'une situation de crise. Il a été mentionné qu'une forme d'humour peut réduire les émotions négatives et peut apporter un bien-être psychologique.

De manière générale, l'adaptation à la situation de crise dépend de la personnalité, des variables sociales et culturelles qui influencent la réponse psychologique aux événements, mais aussi du

sentiment de résilience. La capacité de réinterprétation positive et d'adaptation chez les professionnels optimistes procure des effets positifs qui sont susceptibles de mener à une plus grande croissance personnelle et professionnelle, après le vécu d'une situation de crise.

Les professionnels ayant un faible sentiment de résilience, ont des difficultés à composer avec des expériences négatives et à s'en remettre. En revanche, les professionnels résilients sont capables de « *rebondir* » rapidement et efficacement des expériences stressantes. Ils sont capables de « *surmonter la tempête* », de gérer l'anxiété et de tolérer la frustration, même lorsqu'ils sont confrontés à des épisodes d'expériences émotionnelles pénibles.

Les professionnels résilients semblent faire appel à des émotions positives (intentionnellement ou non) pour réguler physiologiquement leur expérience émotionnelle négative. Ceux qui s'identifient comme ayant des capacités élevées pour rebondir efficacement des situations de crise ont également démontré cette qualité. En outre, il semble que l'expérience des émotions positives aide les professionnels résilients à récupérer plus facilement de l'expérience émotionnelle négative. Ainsi, les professionnels résilients peuvent avoir une compréhension intuitive des avantages que les émotions positives. Autrement dit, ils peuvent, consciemment ou non, utiliser les émotions positives « *intelligemment* » pour réguler les expériences émotionnelles négatives.

Les évaluations cognitives peuvent également aider à expliquer les différences individuelles du sentiment de résilience. Par exemple, des différences peuvent survenir dans l'évaluation de la contrôlabilité d'un évènement, où il est évalué comme menaçant. De plus, le style d'évaluation positive a des répercussions sur la régulation des émotions, et montre qu'il contribue à une régulation efficace des émotions à court et à long terme.

Deux types d'évaluations qui ont fait l'objet d'une attention particulière et qui ont des conséquences différentes, sont celles qui mettent en rapport la menace et le défi. Avec une évaluation de menace, la perception du danger dépasse la perception des capacités ou des ressources pour faire face au stress. En revanche, avec une évaluation de défi, la perception des ressources ou des capacités pour faire face au danger, est renforcée. On peut supposer que les professionnels menacés perçoivent un potentiel de perte, avec peu, voire rien à gagner dans la situation de crise. En revanche, les professionnels en position de défi perçoivent la situation sous le prisme d'un gain, ce que l'on peut catégoriser comme des incitatifs positifs.

Les professionnels plus résilients jugent une activité stressante moins menaçante que ceux qui sont moins résilients. Par conséquent, les professionnels résilients éprouvent des niveaux plus élevés d'émotions positives pendant l'activité stressante. Les professionnels ayant une faible résilience peuvent-ils apprendre à utiliser les émotions positives pendant le stress pour faire face efficacement à des situations stressantes ? Les professionnels ont signalé que, comparativement à ceux qui ont une plus grande résilience, ceux qui ont une moins grande résilience profiteraient le plus de l'utilisation d'évaluations de défis dans des situations stressantes.

La perception des situations de crise en tant que défi (par opposition à une menace) contribue au développement de la résilience. En effet, ces résultats sont particulièrement prometteurs, car ils suggèrent que ceux qui ont de faibles niveaux de résilience ne sont pas nécessairement pénalisés par une mauvaise régulation des émotions et à ses conséquences. Avec l'utilisation d'évaluations positives qui génèrent des émotions positives, les professionnels ont également la capacité de réguler efficacement les expériences émotionnelles négatives. Ces résultats impliquent que les interventions qui favorisent des styles d'évaluation positifs pourraient être particulièrement utiles pour les professionnels ayant un faible niveau de résilience.

En somme, certains professionnels ont décrit l'apprenance en situation de crise comme étant un « *processus de transition reflétant un développement de ses compétences, à la suite de l'adversité* ». Ils disent que l'apprenance dépend de la manière dont les professionnels interprètent ou évaluent les événements. On peut en déduire que l'apprenance en situation de crise n'est pas imposée extérieurement, mais qu'elle est plutôt activée intérieurement. Les constats ici présentés permettent de mieux comprendre la capacité des professionnels à gérer les situations de crise, d'apprendre et de devenir de meilleurs professionnels, grâce aux expériences du terrain, riches d'enseignements divers. Je constate que des enseignements se produisent, suite à des stratégies diverses des professionnels, pour faire face aux événements liés à la crise. L'apprenance, mène le professionnel à un fonctionnement plus réactif, plus dynamique, après la situation de crise.

3.4. Quelles répercussions sur la formation des apprenants professionnels ?

Nous venons de voir à quel point les situations de crise peuvent impacter les professionnels de santé et plus particulièrement en termes d'apprenance. La démarche de réflexion qui en découle consiste à s'interroger : d'une part, est-ce que les situations de crise révèlent des possibilités d'apprenance nouvelles pour les apprenants professionnels ? D'autre part, est ce que la formation des professionnels de santé, telle qu'elle est proposée aujourd'hui, est adaptée aux challenges soulevés par ces situations complexes ? Pour mener cette réflexion, je m'appuie, prioritairement, sur un échantillon de 68 récits d'étudiants en soins infirmiers de deuxième année. Le retour à « *chaud* » sur leur vécu de la crise sanitaire Covid-19, peut fournir des pistes de recherche sur les vecteurs d'amélioration dans les programmes d'enseignements actuels.

La grande majorité des étudiants ici recensés ont déclaré que c'était la première fois qu'ils étaient confrontés à une situation de crise. Ils ne s'y étaient pas préparés. Ils ont eu du mal à contextualiser la situation vécue. Certains la décrivent comme une « *situation d'urgence* », une « *situation...particulière* », une « *situation inhabituelle* ». D'autres utilisent des termes alternatifs, plus en lien avec la terminologie technique utilisée dans le service : « *le service est passé en Covid positif* », « *j'ai effectué mon renfort Covid* », « *le service est passé en secteur fermé Covid-19 positif* », « *le stage s'est transformé en renfort pour le Covid-19* », « *j'étais en secteur Covid* », « *le service de pneumologie s'est transformé en service Covid* ». Certains étudiants n'osent pas nommer la situation de crise et la caractérisent au regard de l'exercice de la réquisition : ils parlent d'une simple « *période de renfort ou contexte actuel* », ou vont alors spécifier davantage l'environnement de travail de manière générale : « *au vu du contexte sanitaire* », « *la cadre nous a averti du contexte assez particulier dans lequel le stage allait se dérouler* ».

Toutefois certains étudiants délimitent parfaitement la crise et font transparaître le poids de leur vécu avec des termes forts : « *ce contexte de crise a été un réel choc* », « *la crise sanitaire a été très lourde à prendre en charge* », « *la crise sanitaire battait de plein fouet l'hôpital et les professionnels étaient débordés face à l'afflux importants de malades* », « *chamboulée par la crise sanitaire de la Covid-19* ». Plusieurs étudiants, lorsqu'ils s'expriment sur leur vécu de la crise, ont également besoin de préciser l'origine de l'évènement et utilisent le terme « *à cause du Covid* ». Voici un témoignage type du vécu des étudiants sur la période de la crise sanitaire Covid-19 :

« Etudiante en deuxième année, je suis actuellement au semestre 4, j'ai été réquisitionnée dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19. Et cela, pour une période allant de mi-mars à fin mai 2020 en renfort aide-soignante en service de réanimation en roulement de nuit de l'hôpital X, en région parisienne...Personne n'était en charge de mon encadrement, chaque soir, je m'adaptais au nouvel infirmier avec lequel je travaillais. Le premier jour en arrivant dans le service, j'avais beaucoup d'appréhension car il est vrai que l'on se fait toute une idée des services de réanimation. J'étais inquiète et j'avais peur de ne pas être à la hauteur, d'autant plus que les médias et la télévision relataient en boucle des images fortes. C'était une période très anxiogène pour moi. Mais par-dessus tout, j'étais fière d'être au cœur de l'action. J'étais d'autant plus motivée car j'ai été accueillie à bras ouvert par l'ensemble de l'équipe. Tous étaient là, les uns pour les autres et malgré la charge de travail conséquente, les soignants étaient disponibles pour moi en cas de questionnement ou de besoins. Au début, c'était difficile car je n'ai jamais été confronté à une telle situation. Les conséquences et les enjeux de cette crise ont généré beaucoup de stress et d'angoisse, d'autant plus que les patients étaient plongés dans le coma, dès lors il n'y avait que le scope³⁴² qui pouvait rendre compte de leur état de santé. De plus, aucune communication avec les patients n'était possible ; mais il est vrai que quand il y a un mieux, c'est une réelle victoire. Parfois le matériel a manqué, mais ce que l'on retient le plus, c'est lorsque les patients allaient mieux et parvenaient à rentrer chez eux. Nous devons rester solidaires et bienveillants auprès de chacun des patients » (Lou, étudiante de 2^{ème} année, réanimation).

Cette étudiante est réquisitionnée sur la période de la crise sanitaire pour une période assez longue, en renfort, dans le service de réanimation, en tant qu'aide-soignante, la nuit, ce qui génère chez cette étudiante une certaine appréhension. Le roulement de nuit présente une organisation différente avec moins de personnel dans le service, il faut donc s'adapter assez rapidement. Lorsqu'elle dit que : « personne n'était en charge de mon encadrement, chaque soir je m'adaptais au nouvel infirmier », on perçoit le niveau d'exigence en termes de capacité d'adaptation, dans la mesure où, le personnel, certainement débordé, n'était pas disponible pour l'encadrer. Elle devait travailler tous les soirs avec un nouvel infirmier, chaque infirmier a ses propres habitudes et méthodes au niveau des pratiques de soins, il s'agit donc de s'adapter

³⁴² Appareil de Monitoring, qui permet de mesurer la fréquence cardiaque du patient.

rapidement. Cet exercice était d'autant plus difficile qu'elle devait se positionner comme aide-soignante et non comme étudiante en soins infirmiers. Ce changement de posture implique une prise d'autonomie plus importante pour elle et un sens des responsabilités avec une collaboration renforcée avec l'infirmier de son unité et toute l'équipe pluridisciplinaire.

Elle précise bien qu'elle avait, en arrivant dans le service, « *beaucoup d'appréhension car il est vrai que l'on se fait toute une idée des services de réanimation* ». Ces propos indiquent qu'elle avait des représentations de départ sur cette spécialité, notamment sur la réanimation. Le stage va lui permettre de travailler sur la réalité du terrain, et ses représentations de départ, vont certainement évoluer, tout au long du stage. Elle se dit inquiète et exprime la « *peur de ne pas être à la hauteur, d'autant plus que les médias et la télévision relataient en boucle des images fortes* ». L'influence des médias est visible, puisque de nombreux reportages sur les services de réanimation, à cette période de la crise, étaient diffusés quotidiennement sur les chaînes d'information. Comme on l'observe dans son récit, l'étudiante n'est pas rassurée : « *c'était une période très anxiogène pour moi* ». Malgré le niveau d'anxiété, elle arrive néanmoins à préserver sa motivation : « *mais par-dessus tout j'étais fière d'être au cœur de l'action* », « *j'étais d'autant plus motivée car j'ai été accueilli à bras ouvert par l'ensemble de l'équipe* ». L'esprit de solidarité et d'entraide de la part de l'équipe pluridisciplinaire apparaît dans ses propos et représente une source de motivation importante et porteuse de sens. L'équipe s'est montrée accueillante, l'étudiante signale cette observation en déclarant que « *tous étaient là les uns pour les autres* ». La solidarité, l'entraide entre pairs professionnels apparaît de manière significative dans ses propos.

L'équipe soignante est restée disponible pour répondre à ses demandes malgré « *l'activité intense* » dit-elle, avec une « *charge de travail conséquente* ». Elle révèle une réelle capacité de faire un bilan sur son aptitude à gérer une telle situation inattendue. On se situe sur la période de la première vague de la pandémie et on n'avait pas encore toutes les informations et le recul nécessaire sur la prise en charge des patients Covid-19. Avoir à gérer des patients dans le coma³⁴³ lui a certainement été difficile à supporter : « *aucune communication avec les patients n'était possible* ». Son discours montre combien l'interaction avec un patient intubé-ventilé et sédaté est complexe et on comprend que cette relation de communication demande un temps d'adaptation et d'expertise dans le domaine de la relation d'aide. Cette compétence relationnelle se développe au long cours. Voir les patients récupérer après être passé par des moments

³⁴³ Des patients sédatés et intubés, sous respirateur.

complexes, reste pour l'étudiante : « *une réelle victoire* ». Après avoir passé les difficultés techniques, elle revient sur des valeurs professionnelles essentielles : « *nous devons rester solidaires et bienveillants auprès de chacun des patients* ».

Face à la peur d'être contaminés et de contaminer leur famille, les étudiants se posaient de nombreuses questions, de nombreux récits en font part. Comment se protéger et protéger les autres ? Comment s'organiser chez soi avec ses proches ? Certains étudiants ont dû quitter leur domicile pour ne pas prendre de risque envers leurs proches, parfois atteints de maladies chroniques. De plus, ils ont peur de cette maladie qu'ils ne connaissent pas. D'autres, se posaient aussi des questions sur comment les patients allaient s'adapter dans un contexte très contraint avec des mesures spécifiques ? Une étudiante témoigne ainsi : « *je me suis beaucoup questionnée quant à l'adaptation d'un service psychiatrique dans le contexte d'une crise sanitaire...* ».

Il est intéressant de voir comment les équipes ont préparés les étudiants à leur arrivée. Dans l'un des récits, l'une des cadres de santé, lors de l'accueil, prépare psychologiquement les étudiantes à vivre une période difficile : « *étant donné que les stages tombent dans une mauvaise période de crise* ». Parfois, dans certains services, ce sont les soignants qui ont souhaité protéger les étudiants, comme l'atteste le témoignage ci-dessous :

« Comme je travaillais en temps qu'étudiante, l'infirmier ne m'a pas laissé entrer dans la chambre des patients. Il avait peur que je sois contaminée, et moi aussi j'avais peur d'être contaminée et de contaminer mes proches. Mais après quelques jours je me sentais capable d'aller toute seule dans la chambre du patient, pour faire les soins »
(Sonia, étudiante de 2^{ème} année, maladies infectieuses et tropicales).

Lorsque la situation est trop critique, certains cadres n'ont pas hésité à demander aux étudiants de changer de lieu de stage pour être en sécurité, une étudiante parle de son expérience :

« La cadre ayant constaté un manque de matériel de protection et une augmentation des cas de Covid, m'a demandé de contacter ma tutrice afin que je sois orientée dans un autre service. Elle m'a dit de rentrer chez moi. J'ai demandé à changer de lieu de stage » (Paule, étudiante de 2^{ème} année, unité Covid en psychiatrie).

Certains étudiants ont dû faire face à des obstacles en termes d'accompagnement. En effet les équipes étaient pour la plupart débordées et les étudiants ont mis en place des stratégies de

protection pour continuer à apprendre, en sollicitant les personnes ressources disponibles et en effectuant des recherches de leur propre initiative. Ils ont compris qu'ils devaient se prendre en charge et acquérir une autonomie, plusieurs témoignages en parlent :

« Au début, j'étais accompagnée mais j'ai dû très vite reprendre mes repères, et surtout prendre la relève (préparation et distribution des traitements). Parfois en arrivant dans le service, il n'y avait plus d'équipements. Situations souvent liée au vol entre personnels » (Paule, étudiante de 2^{ème} année, unité Covid en psychiatrie).

Une autre étudiante parle d'aptitude à s'adapter sur des pratiques différentes :

« Au début de mon stage on n'avait que quelques patients avec des suspicions de Covid-19. Après 3 jours, le service s'est transformé en service Covid-19, nous avons accueilli des patients positifs. Ce stage était un peu particulier pour moi. Je ne me suis pas toujours tournée vers mon tuteur, j'ai travaillé avec d'autres infirmières et des intérimaires aussi. Ce n'était pas toujours facile, il fallait s'adapter car leur façon de travailler n'était pas la même » (Sonia, étudiante de 2^{ème} année, maladies infectieuses et tropicales).

Des stratégies d'apprentissages sont misent en œuvre sur des temps informels, un étudiant relate sa démarche :

« La principale difficulté a été pour moi, le manque de temps des professionnels de santé pour la transmission de savoirs théoriques. Pour y pallier, j'ai dû faire beaucoup de recherches personnelles afin d'acquérir le plus de connaissances possibles, en lien avec les pathologies et actes rencontrés. J'ai également passé beaucoup de temps lors des pauses ou après les horaires de stages en compagnie des internes et des infirmières de l'équipe lors de discussions informelles pour échanger avec moi sur mes interrogations » (Said, étudiant de 2^{ème} année, chirurgie ORL).

Les étudiants se posent beaucoup de questions par rapport à la gravité de la pandémie qu'ils ne s'attendaient pas à traverser : *« en arrivant en stage, je me suis sentie stressée, je me posais beaucoup de questions sur le déroulé du stage par rapport au Covid-19 »*. Cette situation leur semblait complexe et anxiogène. La durée de la crise et la gravité de l'état des patients a généré un haut niveau de stress : *« au début de la crise mon ressenti vis à vis de la situation était complexe, c'était une situation anxiogène par la durée et la gravité de la crise »*. Certains

étudiants parlent de peur. Peur de la confrontation à la mort qu'ils ne connaissent pas encore, pour la plupart, et peur de la complexité de cette situation de crise inédite : « *est-ce que mon stage allait bien se dérouler ? Comment allons nous affronter cette période difficile de crise sanitaire ?* » ; « *la peur m'envahissait quelque part. C'était la première fois que j'allais être confronté à la mort* ». La dégradation très rapide de certains patients en service de pneumologie, maladies infectieuses ou réanimation par exemple, a marqué un certain nombre d'étudiants non habitués à gérer ce type de situations. De nombreux étudiants n'ont jamais eu à s'occuper de patients en fin de vie. Le rapport à la mort a été un choc pour certains. Plusieurs étudiants disent avoir été marqués par ces situations. Une étudiante s'exprime ainsi : « *la confrontation à des décès successifs pour la première fois a été quelque chose d'assez marquante pour moi* ». En effet, ils n'ont pas encore bénéficié de tous les enseignements relatifs à la fin de vie, qui sont plutôt prévus sur la 3^{ème} année, avec les enseignements sur les Soins palliatifs³⁴⁴. Pour la plupart, ils n'avaient pas encore eu à gérer ce type d'évènements. Le fait de savoir qu'ils vont devoir y faire face est générateur d'appréhensions et de tensions.

L'expression du stress révèle une part de souffrance interne des étudiants, exprimée sur leurs écrits, mais qui n'est pas forcément visible dans le service. On constate que la pandémie est génératrice de tensions. Ce niveau de tension est amplifié par les représentations des étudiants, peu habitués aux situations de crise réelles, et parfois influencés par les représentations des professionnels sur le terrain. Le vocabulaire utilisé est révélateur du niveau de tension vécu en stage. Chacun l'exprime à sa manière, selon l'intensité ressentie. Plusieurs étudiants relatent :

« Beaucoup d'émotions se sont alors mélangées, d'abord le stress de ce contexte si inédit et particulier, l'angoisse d'être moi-même exposé au virus et de contaminer mes proches, le questionnement de savoir si je serai à la hauteur. L'ensemble du service était en ébullition » (Said, étudiant de 2^{ème} année, chirurgie ORL).

« Beaucoup d'appréhension, j'étais inquiète, j'avais peur de ne pas être à la hauteur ...Les conséquences et les enjeux de cette crise ont généré beaucoup de stress et d'angoisse » (Lou, étudiante de 2^{ème} année, réanimation).

« Une période très difficile, les premiers cas se trouvant dans notre secteur provoquant une tension dans le service, la panique, la crainte des médecins qui refusaient de voir

³⁴⁴ UE 4.7, semestre 5. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

les patients, la pression sur les étudiants, un stress permanent m'habitait » (Paule, étudiante de 2^{ème} année, Unité Covid en psychiatrie).

En général, les étudiants expriment des manifestations de stress plus ou moins aigu, selon les circonstances et le contexte ou l'environnement des services où ils ont été affectés. Les formes de stress vont de la simple appréhension en début de stage, à l'anxiété et même jusqu'à l'angoisse paralysante. Certains étudiants ont des réactions assez fortes comme par exemple une étudiante qui parle de « *crise de panique* ». La tension dans les services est palpable dans certaines spécialités plus touchées par une charge de travail très lourde relative aux patients Covid positif. Ces réactions semblent être transitoires de manière générale car la durée du stage est déterminée sur une temporalité bien définie. Mais, pour un certain nombre d'étudiants, des séquelles peuvent perdurer, elles ne sont pas forcément visibles tout de suite au retour du stage. On constate dans les récits que ce stress est souvent présent au début de la crise sanitaire et en début de stage. Parfois au fur et à mesure que la crise émerge, le stress peut persister chez certains étudiants qui la ressentent jusqu'à la fin du stage. Elle peut alors devenir chronique. Ces manifestations présentent une temporalité différente selon le vécu individuel de la crise.

Certains étudiants ont bénéficié, sur certaines situations complexes, d'un accompagnement psychologique lorsqu'un psychologue était disponible pour les équipes. Un suivi en termes d'accompagnement en distanciel pendant la période de stage, était également assuré par les formateurs référents du suivi pédagogique des étudiants. Ce suivi avait pour objectif de détecter dans les échanges réguliers par mail, le moindre signe de souffrance psychologique ou demande d'aide. Dans ce cas un entretien était proposé à l'étudiant. Les formateurs recensaient systématiquement les étudiants présentant une vulnérabilité psychologique afin de pouvoir les suivre sur la durée et garder une vigilance au regard de leur situation³⁴⁵.

Les étudiants ont dû faire face à des situations relationnelles complexes avec les patients et dans certains cas, avec les proches aidants. Ces démarches relationnelles de soutien sont intenses et peuvent induire une fatigue psychologique, notamment sur des situations de dégradation rapide des patients. Les difficultés rencontrées se révèlent notamment dans les situations de fin de vie où il faut accompagner le patient dans un contexte d'incertitudes. En effet, il faut s'impliquer dans une « *relation d'aide* » qui demande des capacités d'écoute active et d'empathie avec le

³⁴⁵ Situation d'isolement ou de tensions familiales, proches malades ou situation de vulnérabilité sociale.

patient. Cette approche relationnelle demande un investissement important et peut provoquer une fatigue par compassion. Une étudiante s'exprime sur ce vécu :

« Mon stage s'est déroulé dans une clinique en Soins de suite et de réadaptation gériatrique...Avant mon arrivée, j'étais un peu stressée comme avant chaque stage, avant de découvrir un service que l'on ne connaît pas. J'ai vécu le contexte de crise sanitaire avec beaucoup d'inquiétude. La période était assez anxiogène à cause notamment de la propagation flagrante du virus dans le service dans lequel j'étais. De plus, la confrontation à des décès successifs pour la première fois a été quelque chose d'assez marquant émotionnellement et au niveau de la fatigue. Les points positifs ont été l'évolution positive des patients contaminés et leur guérison. Pour ce qui est des difficultés rencontrées sur ce stage, c'était le manque de personnel soignant dans la clinique qui a entraîné pour ma part des remplacements en tant qu'aide-soignante, le manque de matériel certains jours (gants, masques au tout début de la crise, surchaussures, sur-blouses et charlottes), ont représenté une fatigue croissante lors de mon stage ainsi que pour le personnel soignant présent » (Nathalie, étudiante de 2^{ème} année, Soins de suite et de réadaptation gériatrique).

La gestion de l'angoisse des patients et des proches, demande également des compétences relationnelles qui sont en cours d'acquisition tout au long de la formation. Certains contextes peuvent être plus complexes à gérer. Ces situations demandent une forte implication de l'étudiant d'un point de vue relationnel³⁴⁶ et peuvent entraîner une certaine fatigue. En effet, les étudiants doivent, poser une distance relationnelle adaptée et, en même temps, rester dans une posture professionnelle et en capacité d'analyser les besoins individuels de chaque personne soignée. C'est un exercice qui s'acquiert avec l'expérience, car le risque d'attachement ou de transfert, est possible. Il s'agit d'un juste milieu qu'il faut rechercher en permanence. Une étudiante nous en parle :

« J'ai effectué le stage...dans un hôpital psychiatrique en secteur fermé. Je n'ai pas rencontré de situations vraiment contraignantes pour moi, mais je dirai que le plus difficile a été de gérer les angoisses et la recrudescence anxieuse des patients. Beaucoup

³⁴⁶ L'approche relationnelle est intégrée dans les enseignements de l'UE 4.2 « Soins relationnels », tout au long des trois années d'études. L'étudiant développe la compétence 6 relatif aux modalités de communication avec les patients et les proches quel que soit le contexte d'émergence. Le Référentiel de formation en soins infirmiers, date de 2009 (Annexe III).

étaient en souffrance et cela était communiquant. J'ai essayé de garder mes distances avec les sentiments des patients et de rester professionnelle face à leur mal être pour ne pas y être trop affectée » (Aude, étudiante de 2^{ème} année, service de psychiatrie en secteur fermé).

Ce vécu et ces évènements ont-ils laissé des traces et provoqué un éventuel stress post-traumatique ? La durée du stage sur lequel le recueil des récits a été réalisé n'a pas dépassé 10 semaines, ce qui n'a pas permis de repérer de manière complète, les manifestations de stress post-traumatique, fatigue par compassion, ou épuisement, qui peuvent se manifester sur la durée. Certains signes annonciateurs sont néanmoins visibles dans les récits. Un certain nombre d'étudiants ont demandé à voir un psychologue au cours du stage car ils présentaient des signes notoires de vulnérabilité psychologique. Ils ont été réorientés vers un psychologue mis à disposition par l'institution hospitalière. Certains ont dû s'arrêter pendant une période donnée pour récupérer. Ces étudiants avaient la possibilité de contacter leur référent de suivi pédagogique sur la structure de formation pour un entretien ou le formateur référent du terrain de stage qui pouvait se déplacer. Ils pouvaient aussi le signaler directement auprès des cadres référents de l'encadrement, qui prenaient le temps de les recevoir afin d'évaluer les besoins. Un relais était ensuite assuré par l'institut de formation afin qu'une démarche d'accompagnement soit assurée.

L'épuisement professionnel n'est pas immédiatement visible sur les récits recensés des étudiants, bien qu'une certaine fatigue psychique et physique se fasse ressentir dans les propos recueillis. Certains étudiants se sont exprimés sur cette fatigue ressentie sur une période courte puisque sur la durée du stage qui pouvait aller de plusieurs semaines à 10 semaines consécutives :

« Cette période aura été plus que bénéfique en ce qui me concerne, malgré la fatigue psychologique et physique. Au début, j'avais très mal aux jambes. Les choses étaient très rapides. Les premiers jours ont été exténuants mais j'ai fini par m'adapter. Le début du stage a été difficile avec la crise sanitaire, la fatigue et le stress se sont fait ressentir en plus du stress des évaluations, de l'adaptation » (Flora, étudiante de 2^{ème} année, oncologie).

Les étudiants interrogés ont fait part d'une démarche de compréhension de cette expérience, pourtant complexe, mais qui, pour la grande majorité, a donné sens à leur engagement

professionnel. Lors de cette période de crise sanitaire, les étudiants ont dû affronter un certain nombre d'imprévus inhabituels comme la confrontation à la dégradation rapide des patients ou à des décès. Certains ont dû faire face au manque de places pour les patients dans certaines spécialités comme la réanimation par exemple, au manque de personnel, et au manque de matériel de protection. D'autres ont dû s'adapter à des organisations de service qui changent rapidement comme le passage en service Covid ou changement de service ou d'établissement. Certains ont dû faire face au changement de statut d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre selon les besoins du service ou de l'établissement. Tantôt ils étaient stagiaires, tantôt considérés comme des professionnels, c'est à dire aides-soignants en charge et en responsabilité d'un groupe de patients. Ce contexte d'incertitudes constantes, de bouleversements a généré un processus de réflexion et de questionnement sur ses propres capacités, ses connaissances, qui ont amené l'apprenant à investir son propre potentiel et réaliser un bilan de ses ressources. Cet environnement exceptionnel de la crise sanitaire, a donné un sens à la prise en charge efficiente des patients, malgré les conditions de travail difficiles. La complexité de la situation vécue a renforcé leur motivation et les valeurs humanistes. Une approche individuelle de la prise en charge des besoins de chaque patient se met en place. Une étudiante s'exprime ainsi :

« Parfois le matériel a manqué, mais ce que l'on retient le plus c'est lorsque les patients allaient mieux et parvenaient à rentrer chez eux. Nous devons rester solidaires et bienveillants auprès de chacun des patients » (Lou, étudiante de 2^{ème} année, réanimation).

Ce vécu difficile malgré les contraintes identifiées, fait émerger des valeurs en termes d'esprit d'équipe, de collectif de travail et notamment en termes de solidarité. L'entraide au niveau de l'équipe est essentielle pour gérer ce type de situations. Un processus de compréhension des fondamentaux se met en place. Cette étudiante perçoit d'après cette expérience, l'importance de l'approche relationnelle à mettre en place dans un contexte dégradé. Elle préfère garder un regard positif sur les patients qui récupèrent. Pour elle, c'est une réussite malgré l'adversité dans un contexte où de nombreux patients ne vont pas forcément s'en sortir. Le service de réanimation représente bien cette ambivalence et complexité des situations types à gérer, de plus dans un contexte inédit.

Face à un contexte dégradé, la relation de confiance entre les membres d'une équipe a augmenté selon les observations de nombreux étudiants dans les récits recueillis. Cette démarche a permis

aux apprenants de mieux comprendre les évènements et mieux assimiler les apprentissages. Une étudiante relate les stratégies observées, elle rajoute :

« Mais, il est vrai que les conditions de travail dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19, a renforcé les liens dans l'équipe. Cette bonne entente a favorisée un travail d'équipe de qualité grâce à des stratégies telles que la cohésion, la rigueur et la délégation donné par mes tutrices. Mon apprentissage en a été renforcé grâce à la mise en place de ces stratégies adaptées » (Lola, étudiante de 2^{ème} année, médecine interne).

Cette étudiante est en capacité d'analyser les stratégies mises en œuvre par l'équipe et qui ont été un vecteur d'apprentissage. Cette observation des processus sociaux à l'œuvre va rester un modèle, un marqueur somatique positif pour cette future professionnelle lorsqu'elle va rencontrer d'autres situations de crise, elle s'en souviendra. Elle pourra ainsi transférer ces apprentissages informels observés et vécus sur le terrain de la crise et le réinvestir comme une ressource acquise. Ce processus de d'assimilation et de compréhension du vécu de la crise transparaît dans les propos d'un autre étudiant :

« Ce contexte de crise a été un réel choc, pour moi. Tout d'abord en tant qu'étudiant infirmier car nous n'avions pas l'équipement nécessaire et approprié pour faire face à cette situation. Ensuite en tant qu'être humain, cela a été dur, car j'ai assisté à beaucoup de décès. Or dans ma formation, je n'avais jamais rencontré la mort. Ceci m'a touché, car lors de leur dernier souffle, ces résidents n'auront pas pu voir leurs proches. Les derniers visages qu'ils auront vus aura été le nôtre, nous soignants. Ce stage m'a permis de me redécouvrir. Cela n'a fait que me conforter dans mon choix d'avenir et la passion que j'ai pour le monde médical. Cela m'a permis de voir qu'il faut accepter et comprendre les émotions du patient et de son entourage, afin d'agir non seulement dans l'empathie et dans le respect de la personne mais aussi ne pas se laisser envahir par ses sentiments. Ainsi je n'aurai jamais pu imaginer prendre un étage entier en charge. J'ai ainsi pu me surpasser et forger mon expérience professionnelle. De plus ça m'a permis de découvrir le métier d'infirmier dans un spectre plus large notamment de réussir à mener à bien les soins avec un réel manque de matériel, ainsi que le nombre de patient qui s'accumulait jour après jour. Lors de ce stage, j'ai pu aussi voir la collaboration avec l'infirmière et les aides-soignantes. En effet, la collaboration dans une équipe pluridisciplinaire est très importante... » (Lorenzo, étudiant de 2^{ème} année, Ehpad).

L'apprenance expérientielle se traduit de différentes manières chez les étudiants. L'expérience de la crise sanitaire a été très formatrice selon leur propos, bien que vécue dans un contexte d'appréhensions et de questionnement important. De nombreux apprentissages, selon les spécialités investies, apparaissent. Ils ont dû s'adapter à des réorganisations des services qui leur ont permis d'être dans une démarche de compréhension et de développer des capacités d'adaptabilité, de flexibilité, d'agilité. L'immersion dans la réalité d'une situation de crise, leur a permis d'apprendre beaucoup plus vite, autant sur le plan de l'organisation, des soins, de l'approche relationnelle que sur la gestion des urgences. Le niveau d'évolution acquis dans le stage leur a permis d'être considérés rapidement comme de « véritables professionnels » et comme membres à part entière de l'équipe, ce qui les a surpris. La prise d'autonomie s'est réalisée naturellement chez la plupart des étudiants, de par le contexte de surcharge de travail et le manque de personnel. Ils ont pris le relais naturellement et ont assuré, comme « ils le pouvaient » disent-ils, avec les ressources à disposition.

Les étudiants se sont forgé une posture professionnelle. Ils ont compris les valeurs fondamentales du métier de soignant, comme l'entraide, l'esprit de solidarité, la coordination avec tous les membres de l'équipe soignante et paramédicale, nécessaires pour gérer le niveau de complexité. Le collectif de travail émerge dans tous les récits comme un appui et une ressource indéniable. Ils ont pu développer leur capacité de coordination avec différentes équipes. Le soutien des professionnels de santé a été bénéfique et « formateur » dans la mesure où ils ont pris de l'assurance et une réelle détermination, malgré les aléas rencontrés. Leur sentiment de responsabilité a été renforcé.

Les apprentissages expérientiels, sur le terrain, apportent, chez les étudiants, une certaine fierté. Pour la plupart, ils ont eu l'impression de se sentir reconnus comme de véritables professionnels. Cette situation de crise sanitaire leur ont permis de participer à une expérience unique, génératrice de nouvelles compétences et connaissances. Ils ont pu développer une capacité d'adaptabilité et d'agilité pour faire face changements permanents. Le soutien des équipes malgré le niveau de difficultés rencontrées, leur a donné suffisamment de confiance pour se prendre en main et évoluer de manière significative.

Dans la grande majorité des récits, il transparaît que les étudiants ont pris conscience des émotions ressenties. Ils ont compris l'importance de pouvoir les exprimer et pour la grande majorité d'entre eux ont trouvé une écoute attentive auprès des équipes et des professionnels de santé rencontrés. L'appui du tuteur de stage, des cadres ou des infirmiers de proximité, les a

aidés à supporter émotionnellement certains événements difficiles pour lesquels ils n'étaient pas encore préparés. Par exemple, la confrontation au manque de places pour les patients en réanimation ou dans d'autres services saturés était difficile à supporter émotionnellement. Les situations de décès étaient complexes à gérer et dans ces moments difficiles, les équipes pluriprofessionnelles (paramédicales et médicales) ont porté une attention, une écoute, un soutien qui a été très apprécié et qui leur a permis de tenir psychologiquement. Une forme « *d'intelligence collective* » émerge dans les récits et démontre à quel point l'écoute et l'appui d'une équipe peut renforcer les compétences individuelles et collectives. Une des étudiantes en parle : « *c'est essentiel de se sentir bien, et de savoir vers qui se tourner au moindre problème* ». Beaucoup reconnaissent que cette crise était une période compliquée émotionnellement mais que le soutien de l'équipe a été très important pour ne pas se laisser envahir par la situation et prendre de la distance.

Le fait de pouvoir échanger avec le collectif de travail a été très bénéfique et constructif car ils ont compris que dans les situations critiques, on a besoin d'exprimer son ressenti, pour évacuer le niveau de tension. Les échanges avec les équipes sur leur vécu, leur ont aussi permis de rentrer dans une démarche de compréhension de leurs réactions. Cet apprentissage leur a permis en parallèle, d'évoluer dans une meilleure compréhension des réactions émotionnelles des patients et de leurs besoins. Ce processus d'accompagnement est une référence pour ces futurs professionnels en cours de construction identitaire.

Ce qui les motivait malgré les difficultés rencontrées, c'est la cohérence de l'équipe, leur niveau de compréhension, leur bienveillance ce qui leur a permis d'évoluer en termes de gestion et maîtrise des émotions. Beaucoup disent qu'au fil du stage, ils avaient été rassurés et que le stress diminuait de manière générale. Des compétences en termes de gestion des émotions ont donc été acquises. C'est un apprentissage issu du vécu émotionnel. Certains étudiants ont dit que toute l'équipe s'est montrée particulièrement bienveillante ce qui leur a permis de gérer plus facilement leurs « *lacunes* ».

L'expérience des étudiants sur le terrain de la crise leur permet de trouver un sens positif à de nombreuses situations stressantes car ils apprennent progressivement à les gérer. La grande majorité des étudiants portent un regard positif et constructif dans la mesure où ils se découvrent sous un autre jour. Ils découvrent des capacités qu'ils n'avaient pas encore explorées et qui se cristallisent tout au long du stage. Ce contexte de changements permanents les a secoués dans un premier temps mais leur a permis de développer une nouvelle posture, un autre

positionnement. Ce processus de transformation demande un travail sur soi. A ce propos, un des étudiants s'exprime : *« j'ai utilisé la communication et le travail sur soi, j'ai besoin de travailler sur l'estime de soi pour mieux m'adapter »*. Certains ont remarqué une augmentation de leur estime de soi. La confiance est un élément clé pour accepter d'évoluer dans l'exercice du métier, selon un des étudiants : *« savoir gérer une salle, et de pouvoir m'affirmer »*. Un étudiant disait : *« je n'ai pas spécialement confiance en moi, mais j'ai évolué dans ce service »*. Le stage pendant la période de crise sanitaire : *« a été un réel déclic en termes d'apprentissage »*, selon un des étudiants. De nombreux étudiants parlent d'autonomie : *« l'autonomie est favorisée par un bon terrain et une confiance mutuelle »*, selon un des apprenants.

Un certain nombre d'étudiants ont fait part de leur motivation pour cette profession, pour leur engagement envers les patients et le rôle qu'ils souhaitent investir : *« une façon de confirmer mon choix de devenir soignante. Je me suis sentie investie, je me sens plus professionnelle, en trois mots à ma place »*. Le sens du travail s'est révélé à travers la crise qui a renforcé leur choix professionnel. La grande majorité des étudiants parlent de bénéfices retirés de cette expérience inédite pour eux : *« je n'ai pu tirer que des points positifs de ce stage, j'ai évolué sans vraiment m'en rendre compte, lors de mon bilan j'ai réalisé que j'avais acquis énormément de compétences »*. Certains ont compris le processus d'apprentissage à l'œuvre : *« la manière dont j'ai appris a d'abord été par observation et une fois compris et assimilée, j'ai pratiqué en étant observé par une infirmière et ensuite pratiqué en autonomie »*. D'autres ont compris combien les stratégies de communication participaient tout autant aux apprentissages : *« en termes d'apprentissage, j'ai tenté de développer mon sens de la communication pour mieux apprendre »*. Un autre étudiant renforce l'importance de la communication et des recherches. On observe une prise d'autonomie au niveau du rapport au savoir :

« En ce qui concerne la communication, je posais des questions lorsque je le pouvais, je faisais mes propres recherches ». Une démarche réflexive est en cours : *« en effet, j'ai tendance à chercher de moi-même »* (Nadine, étudiante de 2^{ème} année, pédiatrie).

Un autre étudiant s'exprime :

« J'en ai profité pour faire des recherches, en cherchant les risques, les traitements contre ce virus. J'ai pu aussi m'informer auprès des soignants : médecins et infirmiers » (Carla, étudiante de 2^{ème} année, maladies infectieuses transmissibles).

Des notions de temporalité apparaissent. Le temps de l'apprentissage est important pour progresser et trouver les bonnes informations et s'adapter aux pratiques du service :

« Au fil du temps, j'ai pu prendre mes marques et m'adapter avec chacun d'entre eux. J'ai été très bien intégrée durant ce stage, ce qui m'a permis au fil du temps d'acquérir de l'autonomie. Puis après, j'ai pu faire des soins, seule » (Carla, étudiante de 2^{ème} année, maladies infectieuses transmissibles).

Ces étudiants ont la capacité de se remettre en question et se donnent les moyens pour travailler sur eux-mêmes et apprendre à mieux se connaître, pour mieux utiliser leur potentiel. Un développement personnel émerge sur la fin du stage avec une montée en puissance des apprentissages nouveaux, issus du terrain. La capacité à s'adapter aux situations de soins complexes rencontrées démontre une évolution en termes de représentations de départ sur la crise avec un sentiment de résilience qui apparaît de manière générale après la confrontation à des événements difficiles à vivre. Les étudiants comprennent qu'il faut dépasser les difficultés rencontrées pour réussir à trouver les meilleures solutions possibles avec les ressources et la temporalité imposée par la crise. A ce sujet, une étudiante relate ce processus d'évolution :

« Finalement, sur ce stage ce que j'ai le plus appréciée c'est la diversité des services, ce fût une bonne expérience d'apprentissage car j'ai beaucoup évolué » (Emilie, étudiante de 2^{ème} année, Suppléance).

L'observation des récits des apprenants professionnels révèle une capacité d'adaptation inattendue. Ils ne sont pas encore de vrais professionnels car seulement en fin de deuxième année, il leur reste encore une troisième année à investir en termes d'apprentissages, et pourtant ils démontrent une réelle malléabilité et flexibilité étonnante à ce stade de leur formation. On a l'impression que les étudiants sont moins affectés que les professionnels. Une hypothèse serait liée au fait qu'ils sont moins conscients de la lourdeur des procédures et des enjeux que la crise soulève tant au niveau individuel, collectif que d'un point de vu organisationnel. A ce propos, une étudiante s'exprime ainsi, *« l'enseignement retiré...est de ne pas trop se poser des questions »* :

« J'ai effectué mon stage...sur la période de mai-juin 2021 dans un établissement pour personnes âgées dépendantes...Il n'y pas eu d'aménagement dû à la crise sanitaire tout est resté comme avant. Le premier jour de mon stage, j'étais stressée car je me posais

beaucoup de questions comme : comment va se passer mon stage, ma relation avec ma référente, mon intégration dans l'équipe, comment je serai accueilli...Les jours suivants, je me suis bien intégrée à l'équipe, il avait une bonne communication et une bonne entente entre ma référente, moi et le reste de l'équipe...Les points positifs de ce stage sont tout d'abord, un bon encadrement, ma référente qui était toujours disponible et à l'écoute, une bonne intégration dans l'équipe soignante, être vite autonome dans les soins que je savais déjà faire grâce à mes stages précédents. Je suis à l'aise sur les soins de pansements que je fais seule, les injections d'anticoagulant, la prise de glycémie et l'injection d'insuline. J'ai sinon rencontré des difficultés concernant des soins que je n'arrivai pas à réaliser comme le sondage ou la pose de perfusion, pour finir c'est l'infirmière qui l'a faite. L'enseignement retiré dans cette situation est de ne pas trop se poser des questions sur le déroulement du stage, ne pas trop se stresser ni de se mettre trop la pression » (Zara, étudiante de 2^{ème} année, Ehpad).

Une deuxième étudiante s'exprime, elle a vécu sa réquisition comme une « *nouvelle expérience* ». Elle dit avoir « *appris à travailler dans un contexte de crise avec des moyens limités* » :

« La situation se passe lors de ma réquisition dans une mission de santé publique auprès des populations...dans un hôpital pédiatrique courant avril 2020...L'infirmière m'a appris à effectuer un dépistage Covid. J'étais plutôt enthousiaste de participer à cette mission car elle représentait pour moi une nouvelle expérience. J'ai été bien accueillie et bien intégrée dans la mission. Cependant, il me manquait des informations sur ce que j'allais faire car cette mission, venait juste de se mettre en place. J'ai bien vécu le contexte de crise sanitaire malgré quelques fois la peur d'être contaminée à cause d'un manque de matériel de protection. Les points positifs pour moi, sont que j'ai appris à travailler dans un contexte de crise avec des moyens limités » (Caroline, étudiante de 2^{ème} année, hôpital pédiatrique, mission de santé publique Covid-19).

Il semblerait que les apprenants ne mesurent pas toujours l'ampleur des impacts de la crise sanitaire sur l'organisation des services, des équipes alors que les professionnels eux portent un regard beaucoup plus structurant sur l'organisation. Dans ce sens, les étudiants semblent être moins affectés, ils n'ont pas encore tous les repères. Un autre récit renforce ce constat, la démarche d'accompagnement de l'équipe lui a permis de se « *surpasser en réussissant* » à s'adapter rapidement :

« J'ai effectué début mars 2020 mon stage du semestre 4, d'une durée de 10 semaines en maternité. Je suis restée une semaine en tant qu'étudiante infirmière puis, le reste du stage en tant que renfort aide-soignante dans le même service, dans le contexte de la crise sanitaire...Je n'ai pas eu de tutrice titulaire en charge de mon encadrement. Je travaillais en collaboration avec les infirmières et je réalisais mon rôle d'aide-soignante en toute autonomie. Mon ressenti en tant que renfort aide-soignante, était qu'au début j'avais beaucoup d'appréhensions, de stress, la peur de cette immense responsabilité attribuée, de me retrouver seule sans savoir exactement quoi faire, de ne pas répondre à leurs attentes. Puis avec l'accueil chaleureux de l'équipe, de sentir que je ne suis pas seule, cela m'a permis de me mettre en confiance et de me surpasser en réussissant à m'adapter rapidement au fonctionnement de l'équipe. Cette expérience a permis de me sentir comme étant un vrai professionnel de santé. Les points positifs rencontrés sont les équipes bienveillantes, le Maitre de stage et le cadre de santé toujours disponible, à proximité et à l'écoute. J'ai apprécié aussi les formations en amont (ex : sur les protocoles Covid-19 mis en place), l'intégration et la bonne entente dans les équipes. J'ai aussi acquis l'apport de compétences enrichissantes et j'ai pu apporter mon aide dans certaines missions confiées » (Florence, étudiante de 2^{ème} année, maternité).

La question de la temporalité semble jouer un rôle important. Les apprenants vivent une expérience difficile mais ils connaissent d'avance la durée du stage, cela leur permet par exemple de mieux supporter la souffrance des patients, que pour un professionnel. Pour les professionnels, la crise sanitaire a une durée indéterminée et donc l'anxiété que cela comporte est peut-être beaucoup plus prégnante. Une des étudiantes parle d'un gain important en termes de prise d'autonomie :

« J'ai été placé en renfort Covid-19 au sein du service de pneumologie courant mars 2020...Mais grâce à cette expérience, j'ai énormément gagné en autonomie et j'ai eu l'occasion par la suite d'encadrer des étudiants et prendre le temps de leur montrer les gestes et protocole au sein du service » (Sandrine, étudiante en 2^{ème} année, pneumologie).

Cet aspect de la temporalité est très intéressant parce que le vécu d'une situation de crise pour un apprenant peut être très formateur sans pour autant comporter des risques trop importants.

Une deuxième étudiante parle aussi de sa capacité à évaluer son niveau d'autonomie avec l'impression d'être considérée comme une professionnelle :

« Au cours de la crise sanitaire liée au Covid-19, j'ai été affectée en tant que renfort aide-soignante dans un service de néphrologie pédiatrique. En effet, de la fin avril 2020 à la fin mai 2020, j'ai effectué 5 semaines au sein d'un hôpital pédiatrique...Durant ces trois jours d'intégration, j'ai appris à connaître le service et son fonctionnement ce qui m'a permis d'obtenir plus facilement la confiance de l'équipe soignante lors de la prise en charge des patients. Au cours de ce renfort, l'équipe a été accueillante et à l'écoute. De ce fait, j'ai facilement été à l'aise au sein du service et n'ai pas eu de pression ou de stress supplémentaire lié au Covid-19. En ce qui concerne les points positifs de cette période, je peux dire que j'ai pu apprendre ainsi que réaliser certains soins infirmiers sans avoir le stress du stage. Ce contexte de renfort, m'a également permis d'évaluer mon niveau d'autonomie car j'ai été considéré comme une professionnelle aide-soignante. Donc, j'ai été amené à travailler en autonomie pour les soins de confort et d'hygiène des patients » (Laure, étudiante en 2^{ème} année, néphrologie pédiatrique).

Lorsqu'un apprenant est confronté à une situation difficile, si l'équipe estime que l'apprenant n'est pas en mesure de supporter le choc du stress, il est facile de le déplacer et de l'intégrer dans une autre équipe. Cela n'est pas facilement envisageable pour un professionnel de santé. Certains récits d'étudiants montrent que les équipes ont parfois jugés nécessaire de déplacer les étudiants et cela s'est révélé très judicieux.

Le vécu d'un étudiant constitue un accélérateur d'apprenance dans le sens où il doit démontrer l'assimilation de beaucoup d'acquis théoriques sur une courte période de temps. Ce vécu de la crise sanitaire marque les esprits des étudiants, la plupart disent que cela leur a permis de « voir la solidarité » qu'il peut y avoir dans les équipes, une valeur essentielle pour gérer une crise, une étudiante nous en parle :

« Durant mon stage...qui a été initié en mars 2020, j'ai été réquisitionnée ...au sein de la Suppléance³⁴⁷...Dans le cadre du contexte de la crise sanitaire en raison du Covid-

³⁴⁷ Le service de la Suppléance intègre des infirmières et aides-soignantes qui sont mobiles et assurent les remplacements dans les divers services en fonction des besoins et priorités recensés dans l'établissement. Dans la fonction publique, de manière générale, chaque établissement propose un service de suppléance pour gérer l'afflux d'activité à certaines périodes et l'absentéisme du personnel. Le personnel mobile est donc interne à l'établissement. Il est formé sur diverses spécialités pour être polyvalent avec une forte capacité d'adaptabilité.

19, j'ai été en renfort aide-soignant, ne connaissant pas du tout les services où j'étais affectée. J'étais parfois la seule aide-soignante du service par manque d'effectif ou par moment avec une autre aide-soignante. Mon ressenti en allant en stage est que j'étais beaucoup stressé et je me posais beaucoup de questions, sur comment tout ça allait évoluer et sur la suite de la formation. La plupart des professionnels avec qui j'ai travaillé m'ont bien accueilli car ils savaient que la crise que nous avons traversée n'était pas facile. Que dans des moments comme cela il faut s'entraider. Les infirmiers et les aides-soignantes avec qui j'ai travaillé notamment en service de réanimation m'ont très bien accueilli. La crise sanitaire a eu des points positifs car grâce à cela j'ai appris en autonomie. Cette expérience m'a permis de m'améliorer dans mon expérience professionnelle et de prendre plus d'initiative. Elle m'a permis aussi de travailler en équipe et de voir la solidarité qu'il peut y avoir dans les équipes. J'ai pu voir les restaurants qui livraient des repas aux équipes et des entreprises qui fournissaient du matériel aux équipes soignantes » (Maria, étudiante de 2^{ème} année, Suppléance).

Pour certains étudiants, le vécu de la crise sanitaire va représenter « *un marqueur somatique* » positif dans le sens où ils auront pu exercer leurs compétences et leurs acquis sur une période particulièrement marquante. Cette crise représente une expérience « *hors du commun* », qui restera gravé à jamais dans leur mémoire comme un repère apprenant, une ressource qu'ils pourront réinvestir. Cette expérience collective de la gestion de la situation de crise dans un contexte complexe contribue à un processus d'acquisition accéléré sur les bénéfices positifs de l'exercice partagée. L'esprit d'équipe, le sens de la solidarité est une valeur partagée et transmise.

Une autre étudiante s'exprime sur ce vécu intense malgré les aléas rencontrés « *j'ai pu vivre un stage hors du commun* », « *j'ai appris énormément* » :

« J'étais en stage en médecine interne de nuit à l'hôpital sur la période de mars à mai 2020 pour une durée de 10 semaines...Nous étions en pleine crise sanitaire à cause de la Covid-19...Comme pour chaque début d'un nouveau stage, j'étais très stressée...je me demandais si le service était touché par la Covid-19. Malgré mes différentes appréhensions, j'ai été très bien accueilli et contre toute attente, rapidement à l'aise avec l'intégralité de l'équipe soignante. La crise sanitaire a été une période particulièrement angoissante et compliquée à gérer. Elle a été formatrice car nous nous sommes adaptés aux différentes situations et conditions auxquelles nous avons été

confrontés. J'ai bénéficié du soutien moral, psychologique et une certaine écoute de l'équipe avec laquelle je travaillais. Mais, j'ai aussi été confrontée à un stress très important dû au manque d'informations sur notre formation pendant cette période de crise...Les services nous ont montré leur gratitude mais nous étions élèves, et nous n'avons pas été soutenus comme nous aurions dû l'être du fait de notre courte expérience face à des événements aussi forts. Malgré cette période intense, grâce au soutien et la bonne communication avec l'équipe de nuit, j'ai pu vivre un stage hors du commun. J'y ai appris énormément » (Cécile, étudiante en 2^{ème} année, médecine interne).

On peut dire que l'apprenance en situation dégradée est beaucoup plus marquante pour un étudiant comparativement à une situation de travail habituelle. Il en retire plus d'enseignements avec une évolution en termes d'auto-estime. Il se sent plus rassuré dans son choix de métier, il donne un sens à son engagement. Il comprend mieux le contexte dans lequel il va exercer sa carrière. Il a une vision plus globale de ce que sera son parcours. Il vit un vrai aperçu de ce qui l'attend par la suite, dans ce sens il peut atteindre une vraie prise de recul. Une étudiante fait part de son évaluation de la situation, vécue comme une expérience unique et très enrichissante :

« Cette crise au sein des urgences m'a appris beaucoup de choses : traiter l'urgence rapidement, accompagner une personne en fin de vie, être confronté à la mort. Je me suis adaptée au manque de personnel soignant. Il y a eu aussi des nuits pendant lesquelles je devais exercer en tant qu'aide-soignante en zone Covid. Cela était pour moi, une expérience unique et très enrichissante » (Paula, étudiante de 2^{ème} année, urgences).

Les étudiants prennent conscience de la rapidité des apprentissages et compétences qu'ils retirent de cette expérience de situation de crise. Ils sont en capacité de se projeter. Une autre étudiante s'exprime ainsi :

« Le stage...s'est déroulé dans un centre médico-social (CMS) dans le contexte de crise sanitaire Covid-19, entre avril et mai 2020...L'infirmière m'a tout de suite pris sous son aile, m'a montré comment faire le test virologique PCR et m'a expliqué le questionnaire de recueil qu'il fallait faire ou donner aux patients...J'étais stressée, mais je ne laissais pas paraître...Je me suis posée plusieurs questions, tel que... Est-ce que je vais réussir à m'adapter ? etc. La crise a été très stressante pour moi, j'avais peur de ne pas

pouvoir réussir, de ne pas pouvoir gérer et de ne pas pouvoir garder mon calme lorsqu'il est nécessaire. J'ai pu voir mes capacités de gestion dans ce contexte de crise. J'ai été mise en autonomie lors de mes anciens stages, mais là, je l'étais encore plus. J'ai appris à avoir plus confiance en moi et en mes décisions. On me considérait comme une infirmière et non comme une étudiante excepté ma tutrice » (Valène, étudiante de 2^{ème} année, Centre médico-social, mission de santé publique).

Une situation de crise est, pour un étudiant, un révélateur de ce que sera son environnement de travail futur. Certains peuvent mal le vivre mais ceux qui sont vraiment fait pour ce métier manifestent une réelle synchronisation avec ce nouvel environnement de travail. En effet, malgré l'adversité, les facteurs de stress et les conditions dégradées rencontrées, certains étudiants sont déterminés à réussir et s'impliquent. Ils essaient de faire ce qu'ils peuvent avec les ressources à disposition, un processus d'ajustement à la réalité de la situation a lieu. Une des étudiantes s'exprime :

« Mon stage se déroule en pneumologie, il a débuté début mars 2020, pendant la crise du Covid-19...Le service de pneumologie s'est transformé en service Covid une semaine après mon arrivée en stage. J'ai effectué 4 semaines de renfort aide-soignante sur les 10 semaines que j'ai passé dans le service. L'encadrement a donc été plus compliqué que prévu. Au regard de la crise sanitaire, beaucoup de renfort infirmier ont été appelés, j'ai donc travaillé avec des professionnels différents presque chaque jour de mon stage...Les infirmières apprenaient à travailler différemment en s'adaptant à cette crise sanitaire, je n'étais donc pas la priorité, ce qui est normal. Puis j'ai été réquisitionnée en tant qu'aide-soignante, toujours en pneumologie. La charge de travail était difficile mais je me suis adaptée à la situation de crise et je me sentais plus utile. J'ai essayé de m'intégrer comme je pouvais, d'aider comme je pouvais. Je donnais le meilleur de moi-même malgré la fatigue et je pense que cela s'est ressenti » (Karine, étudiante en 2^{ème} année, pneumologie).

Une deuxième étudiante témoigne de son retour d'expérience. Elle parle d'une expérience inédite et apprenante, malgré les obstacles rencontrés :

« Puis le service est passé en secteur Covid, ce qui signifie qu'il y avait besoin de plus de personnel...Le service a ouvert en Covid, le mercredi et le jeudi dans la nuit, un patient décéda. La confrontation aux décès, même si je n'étais pas toujours présente

lors de ceux-ci, était un peu difficile. Puis savoir que beaucoup de patients ne pourraient pas être sauvés par manque de place en réanimation était aussi difficile à gérer. Cependant, j'ai pu compter sur l'équipe qui a été très encadrante et très à l'écoute. Ce fut un vrai soutien lors de cette période compliquée moralement...la situation sanitaire actuelle pesait sur les nerfs...avoir une équipe paramédicale comme médicale qui est à l'écoute et qui vous encadre est très important pour ne pas perdre pied. De plus, je pense que ce genre d'expérience inédite, est très formateur car cela m'a permis de travailler avec parfois le strict minimum, à avoir des patients en fin de vie et des patients à transférer en réanimation en cas d'urgence, à travailler avec un équipement de protection parfois difficilement supportable... » (Laura, étudiante de 2^{ème} année, néphrologie).

En somme, la détermination des étudiants et leur motivation transparaît dans ces nombreux récits. Malgré des difficultés rencontrées, un sentiment d'efficacité personnelle émerge et cristallise les valeurs professionnelles en construction. Une nouvelle identité, nouvelle compréhension et habilités apparaissent de cette expérience hors norme, et une nouvelle culture émerge. Un processus d'acculturation de l'apprenance dans un contexte de crise est en route.

Tous ces éléments nous amènent à nous questionner sur la place des situations de crise dans le domaine de la formation en sciences infirmières. Il est clair que les situations de crise sont de plus en plus fréquentes, longues dans le temps (la durée de la pandémie Covid-19 en est un exemple type) et dont les impacts sont de plus grande intensité. L'analyse des récits des étudiants montre à quel point l'intégration de problématiques liées aux situations de crise dans les sciences infirmières doit être prioritaire.

Aujourd'hui les sciences infirmières abordent de manière partielle certains aspects des situations de crise, sur des modules d'enseignement dispersés. Par exemple l'unité d'enseignement Soins d'urgence³⁴⁸ ou Soins relationnels³⁴⁹ font une brève référence aux émotions et à la relation d'aide avec le patient. Un vaste champ reste toutefois à investir : définir les soins en situation de crise (comme par exemple le prise en charge de blessures de guerre), l'organisation de la gestion des équipes en situation dégradée, la gestion de la pénurie de matériel, les aspects législatifs de l'état d'urgence, la coordination au sein des établissements et

³⁴⁸ Unité d'enseignement (UE) 4.3 du programme de formation en Soins Infirmiers.

³⁴⁹ Unité d'enseignement UE) 4.2 du programme de formation en Soins Infirmiers.

la mobilité des services, l'accueil de l'afflux de patients, les modes de protection selon la typologie de la situation de crise, la gestion du stress au niveau individuel et collectif, les méthodes de prévention pour éviter un épuisement professionnel et un questionnement éthique et philosophique des soins. Ces thématiques doivent permettre aux étudiants d'être sensibilisés aux contraintes qu'ils peuvent rencontrer en situation dégradée.

L'épidémie Covid nous a montré à quel point la peur d'être contaminé peut influencer la prise en charge des patients. Les hôpitaux ont dû créer parfois des services isolés du reste de la structure hospitalière pour les accueillir. Il s'agit aussi de former les professionnels à réaliser les gestes techniques dans des circonstances autres que celles rencontrées dans des situations de travail habituelles. La gestion du stress et gestion du temps dans un contexte contraint est une réflexion transversale à mener dans tous les enseignements.

Il s'agit également de préparer les futurs professionnels à gérer des situations de dégradation rapide d'un grand nombre de patients et le choc de décès massif et notamment les modalités d'accompagnement des proches. Pour cela, il semble que les sciences infirmières doivent davantage interagir avec d'autres disciplines notamment la psychologie positive, afin de mieux intégrer ce sujet dans le cursus de formation. Il semble également nécessaire qu'une démarche de réflexion pédagogique soit engagée, notamment sur comment intégrer le champ des situations de crise dans la formation initiale des étudiants en santé. Cette démarche doit s'inspirer de ce qui existe déjà en formation de médecine de catastrophe mais ici dirigée vers les soins aux patients dans un contexte de crise quelle que soit sa typologie. Ces modules d'enseignement pourraient être assurés par des professionnels de santé ayant une expérience reconnue des situations de catastrophe ou situation de crise spécifiques.

Un exemple type est le stress que subissent les professionnels lorsqu'ils doivent exécuter des soins dans des conditions particulièrement dégradées. Ils risquent de paniquer, de faire des erreurs et de ne pas assurer avec un niveau de rapidité suffisant. Si l'étudiant a déjà été sensibilisé à la possibilité d'occurrence de ces cas, il va pouvoir gérer plus facilement avec moins d'anxiété ce type de situations. Il sait qu'il faudra reproduire les mêmes gestes de manière plus rapide en ayant été préparé à ce contexte de tensions. Un deuxième exemple est le besoin de sensibilisation des apprenants à la prise en charge de patients lourds lorsqu'ils sont intubés et sédatés dans un contexte de limites à la communication.

La pandémie Covid nous a appris que presque tous les enseignements des sciences infirmières doivent être repensés à l'égard des soins en situation dégradée. Dans presque toutes les unités d'enseignement, il semble impératif de devoir recontextualiser le soin dans un contexte de crise. Comment ce geste doit-il être exécuté si on est en situation dégradée ? Dans ce contexte, l'ingénierie de la formation doit être questionnée de manière transversale. On peut s'appuyer notamment sur les travaux de Giust-Desprairies³⁵⁰ sur la psychosociologie de la crise, sur les travaux de Crocq *et al.*³⁵¹ sur la gestion du stress aigu et sur les travaux de Lagadec³⁵² sur la gestion des situations de crise en général.

Les modalités de prévention de la santé des étudiants et des professionnels de santé, doivent être repensées car, lors de la crise sanitaire Covid-19, de nombreux étudiants et professionnels ont été affectés. La promotion de la santé des professionnels doit être investie dans les enseignements. Concrètement, en ce qui concerne la formation en alternance, elle pourrait être repensée en faisant en sorte que les étudiants puissent être confrontés systématiquement à des situations d'urgence, car le contexte de l'urgence est le plus proche du vécu des situations de crise.

On peut aussi imaginer une formation continue spécialisée dans la « gestion des soins en situation de crise ». Cela concerne en priorité la formation aux soins de patients victimes de catastrophes naturelles, victimes d'attentats terroristes ou victimes de pandémies. Chaque structure hospitalière pourrait ainsi avoir son quota de personnel formé dans ce domaine. Dès qu'une situation de crise se présente, ces professionnels seraient sollicités au premier plan en renfort des équipes sur place. Ces formations doivent être prévues de manière commune entre les personnels soignants et médicaux afin de forger une culture partagée de la crise.

D'après l'expérience des étudiants sur le terrain, il apparaît essentiel d'intégrer dans les sciences infirmières, la thématique de la démarche d'accompagnement des professionnels. Former les futurs professionnels à une démarche d'accompagnement des pairs demande une évolution des référentiels de formation. Il s'agit de former en priorité au développement du bien-être individuel et collectif, en s'appuyant sur les apports de la psychologie positive³⁵³ ; à des

³⁵⁰ Giust-Desprairies, F. (2019). *Op. Cit.*

³⁵¹ Crocq L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Op. Cit.*

³⁵² Lagadec, P. (1991). *Op. Cit.*

³⁵³ Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C. et Larkin, G.R. (2003). *Op. Cit.*

stratégies d'adaptation aux situations de stress³⁵⁴ ; et aux compétences d'intelligence émotionnelle³⁵⁵.

L'importance d'être formé à une écoute active et à la reconnaissance du vécu demande, de la part des équipes pluriprofessionnelles, une attitude d'aide, de soutien et de compréhension. Apprendre à gérer ses propres émotions et celles des autres (du patient, des proches ou des membres de l'équipe), peut favoriser des transformations bénéfiques pour le bien-être de soi et des autres, et promouvoir un changement culturel au travail. Cela peut réduire le stress et la surcharge émotionnelle. D'après un cadre de santé :

« C'est normal de rencontrer des situations complexes, il faut être honnête avec soi-même...il peut être nécessaire de prendre du recul, car tant que vous êtes dedans vous ne raisonnez pas bien, il faut penser à autre chose... » (René, Cadre en psychiatrie, Hôpital public).

L'une des principales attentes concerne l'instauration d'espaces de parole formels ou informels où les étudiants et les professionnels peuvent exprimer leur vécu. Prendre le temps d'écouter les professionnels, c'est leur permettre de se libérer des facteurs de stress inhérents aux situations critiques. Le soutien des pairs étudiants, pairs professionnels et des équipes interprofessionnelles sont souvent cités.

Ces interactions favorisent une plus grande compréhension du déroulement des événements et facilite le « *deuil* » de ce qui n'a pu être réalisé. Cela permet d'alléger le poids des responsabilités, parfois trop lourd à porter, et d'éviter un sentiment d'abandon : « *un partage d'expérience est toujours une occasion de renforcer les liens entre les collègues* », selon un cadre.

³⁵⁴ Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Op. Cit.*

³⁵⁵ Goleman, D. (1995). *Op. Cit.*

3.5. Conclusion de la partie III : L'apprenance en situation de crise, un révélateur de transformations

L'analyse des récits a permis de mettre en évidence 3 axes de recherche majeurs : un axe sur la compréhension des dynamiques d'agression, protection et repli, générées par les situations de crise, un axe d'émergence de dynamiques d'apprenances multiples et un axe sur les répercussions sur la formation des apprenants professionnels.

Concernant le premier axe, j'ai identifié les dynamiques générées par les situations de crise, sous forme de quatre catégories : les situations de crise génèrent un stress aigu ; les effets du stress aigu sur les professionnels de santé, notamment le stress post-traumatique, la « fatigue par compassion » ou l'épuisement professionnel ; l'émergence d'un processus de compréhension du vécu ; les stratégies mises en place par les professionnels, notamment des stratégies adaptatives ou préventives.

Concernant l'axe d'émergence de dynamiques d'apprenances multiples, j'ai identifié trois catégories : l'apprenance expérientielle, l'apprenance émotionnelle et l'apprenance sur soi. En ce qui concerne l'apprenance expérientielle, j'ai pu observer deux parcours de la part des professionnels. Tout d'abord, au niveau individuel, les savoirs apparaissent sous forme d'apprenance informelle, issus du terrain, de la réalité vécue. C'est un processus d'apprentissage dynamique, sous forme de savoirs pratiques et théoriques mis en place lors de la gestion de la situation de crise. Lorsqu'ils sont analysés par le professionnel, on constate un développement de nouvelles compétences. La situation de crise est décrite sous l'angle de la transformation. Un processus de changement se met à l'œuvre.

Ensuite, au niveau collectif, au niveau de l'organisation, des apprentissages organisationnels émergent lors de la gestion de situation de crise et révèlent une organisation ou une institution hospitalière apprenante et agile. Les professionnels interrogés font part d'un vécu, certes difficile à traverser, mais qui peut devenir apprenant, de par les processus de compréhension à l'œuvre et processus d'acquisition. Certains professionnels ont suggéré que les effets positifs en termes d'apprenance pouvaient provenir de l'intensité du stress généré en situation de crise qui peut agir comme un catalyseur d'énergie.

En ce qui concerne l'apprenance émotionnelle, la capacité du professionnel à gérer ses émotions en situation de crise transparaît clairement lors des récits. Ces compétences sont visibles à

travers l'intelligence émotionnelle individuelle du professionnel et l'intelligence collective de l'équipe de par la réussite de la bonne prise en charge des patients, malgré l'adversité. L'effet de l'apprenance peut se manifester aussi sous la forme d'un bien-être émotionnel qui découle des situations stressantes quand elles sont considérées comme des défis, ce qui signale la possibilité de maîtrise ou de bénéfice, caractérisé par des émotions positives telles l'optimisme, la motivation ou la confiance. L'effet de l'apprenance est également appréhendé lorsqu'il y a une évaluation favorable ou réussie dans la résolution d'une situation stressante. Cela conduit à des émotions positives telles que l'enthousiasme et la fierté, qui permettent de faire face à l'adversité.

Certains professionnels ont fait le lien entre un sentiment d'efficacité personnelle et la tendance à trouver un sens positif dans des situations stressantes. Ce cheminement met en exergue un processus de croissance personnelle avec l'observation d'une évolution sur la connaissance de soi, de ses ressources et limites identifiées lors de la situation de crise. On observe une croissance basée sur cette démarche autoréflexive qui se met en place pour résoudre la situation de crise. Avoir un sentiment d'efficacité personnelle est étroitement lié à la manière de traiter les situations difficiles. Dans ce contexte, on peut faire référence à une éventuelle croissance durable. Il est important de noter que l'on peut obtenir un sens positif en trouvant des bénéfices dans l'adversité.

Concernant l'axe des répercussions sur la formation des futurs professionnels, on constate que les situations de crise sont considérées comme un nouveau terrain d'acquisition de connaissances. Les étudiants ont clairement signalé que leur stage dans le contexte de la crise a été un véritable déclencheur de transformation de sens vis-à-vis de leur métier. Ce retour d'expérience ouvre de nouvelles perspectives à intégrer dans les programmes actuels de formation des professionnels de santé. Les sciences infirmières peuvent s'inspirer des connaissances acquises lors des soins en situation de crise, comme une nouvelle expertise à développer. Les étudiants ont exprimé le besoin d'être préparé aux situations de crise, cela montre les insuffisances du programme de formation actuel.

D'après mes observations, les professionnels portent constamment des appréciations sur la signification personnelle de ce qui se passe dans leur environnement de travail. Ce niveau d'appréciation est un processus de transformation de sens qui se met en œuvre naturellement sans que le professionnel en prenne forcément conscience. C'est un processus informel et spontané. Cette nouvelle transformation se manifeste sous la forme d'un changement de regard

vis-à-vis de leur profession et de leur environnement de travail. Ils sont fiers d'avoir réussi à dépasser les limites rencontrées. Ce changement se manifeste aussi autour d'une nouvelle posture en termes de renforcement du sentiment d'efficacité avec une demande d'aide systématique dans les situations complexes.

L'une des difficultés rencontrées par les professionnels est le manque de reconnaissance des efforts fournis lors de la situation de crise. S'agit-il d'une forme de déni ou d'ignorance des organisations ? Il y a un réel besoin de valorisation de ce travail dans des conditions dégradées et notamment de la part de la direction. Ce manque de reconnaissance est mal vécu par les professionnels car ils n'ont pas le même ressenti du vécu de la crise. Les professionnels se sont dépassés, ont fourni un effort considérable et aux yeux de l'organisation cela semble normal. Il y a un écart dans l'évaluation de l'investissement des professionnels. Ils ont l'impression de se donner à 100%, de faire des heures supplémentaires, d'accepter un impact au niveau de leur vie personnelle et malgré ces efforts, ils ne reçoivent aucune valorisation. Cette situation induit une véritable souffrance souterraine des soignants, peu reconnue.

D'après l'analyse des récits, on constate de vraies acquisitions de compétences de résilience chez les professionnels et les étudiants. La résilience observée, consiste à disposer de ressources qui aident les personnes interrogées à mieux tolérer l'adversité. De plus dans les récits, transparaît une certaine résilience organisationnelle qui permet à l'institution de se redresser et de corriger les erreurs qui se manifestent pendant la phase de la gestion de la menace.

Un des points clés qui ressort de l'analyse des divers récits, c'est l'importance de la place du cadre de santé dans l'émergence de l'apprenance. Que ce soit les étudiants en formation ou les professionnels, le constat est le même : c'est le cadre qui doit créer les conditions favorables à l'apprenance. Dans le cas des étudiants, la référence est souvent directe. Les étudiants signalent que c'est grâce à l'organisation relative à l'accueil en stage entre autre, aux indications du cadre, grâce à son leadership que leur stage s'est bien passé. Dans les récits des professionnels, les références sont moins explicites. On induit des récits que le lien entre les diverses équipes, la circulation de l'information, les prises de décision passent obligatoirement par le cadre. Le cadre est au cœur de ce processus d'apprenance. On voit bien que même dans les questions de gestion de stress aigu, de fatigue de compassion, voir même d'épuisement ; c'est le cadre qui est souvent sollicité pour aider et accompagner les professionnels et les étudiants à gérer ces difficultés.

Certaines organisations présentent des vulnérabilités dans leur processus. Ce sont ces vulnérabilités qui peuvent générer des situations de crise. Des récits, il ressort que les situations de crise sont un point de bifurcation dans une séquence d'évènements, qui résultent d'une convergence de circonstances latentes dans l'institution, dans le sens où une situation de travail habituelle peut dégénérer à tout moment dans une direction inattendue.

Ces processus interrogent les professionnels sur leurs pratiques habituelles afin de chercher de nouvelles solutions pour sortir de la crise. Lorsque ce processus de prise de conscience et d'apprenance se met en place, cela peut générer une culture de la crise au sein de l'institution. Au niveau des professionnels et des apprenants, cela représente un transformateur de sens. En somme, les situations de crise sont des processus qui prennent origine dans des imperfections organisationnelles qui sont déjà latentes dans les structures hospitalières. Ces imperfections génèrent des potentiels processus crisogènes.

CONCLUSION - Vers de nouvelles compétences en sciences infirmières

Les professionnels de santé sont exposés à des risques de plus en plus fréquents, tels que les épidémies, les catastrophes naturelles, les attentats, les évènements indésirables graves, les situations de violence, les suicides, les évènements imprévisibles, etc. Ils sont amenés à travailler sous pression, et certaines situations comportent des niveaux de stress particulièrement élevés. Ils sont amenés à trouver des ressources individuelles et collectives qui leur permettent de prendre en charge les patients et leurs proches, dans les meilleures conditions possibles. En tant que professionnelle de santé, j'ai vécu plusieurs situations de crise et je m'interroge, depuis longtemps, sur la capacité des professionnels de santé à face aux évènements critiques qu'ils rencontrent dans leurs parcours professionnels ? Au-delà des représentations sur les situations de crise en tant qu'évènements redoutés et potentiellement traumatisants pour les professionnels de santé, d'après mon vécu et des échanges sur le terrain, j'ai le sentiment qu'il y a beaucoup d'éléments à explorer, et surtout en termes d'apprenance.

En voulant investir ce sujet, je suis partie de la question suivante : les situations de crise sont-elles génératrices d'opportunités d'apprenance pour les professionnels de santé ? Si la réponse est oui, alors quels processus d'apprenance(s) peut-on observer ? S'agit-il d'apprenances exclusivement d'ordre professionnel ? Comment les professionnels de santé réagissent-ils aux situations de crise et quelles stratégies mettent-ils en place pour faire face aux évènements ? Ces stratégies sont-elles génératrices d'apprenances ?

Cette thèse avait donc pour objectif de départ d'explorer les possibilités d'apprenance qui peuvent émerger en situation de crise en terrain hospitalier. Elle a été structurée en 3 parties. Dans la première partie, j'ai cherché à conceptualiser les principales thématiques traitées ou rencontrées sur le terrain. J'ai d'abord cherché à délimiter le concept de crise au sens large, tel que débattu dans la littérature académique, pour ensuite me focaliser, plus spécifiquement, sur le concept de situation de crise en terrain hospitalier. J'ai proposé une catégorisation des situations de crise et une approche diachronique en terrain hospitalier, qui m'a amené à retenir une vision processuelle et systémique. J'ai ensuite intégré la notion d'apprenance tel qu'avancé par Carré³⁵⁶, puis j'ai initié le débat de l'apprenance en situation de crise. J'ai alors débattu conceptuellement les principales thématiques qui ont été soulevées par les acteurs sur le terrain, notamment la gestion des émotions et du stress aigu. Des concepts tels que l'intelligence

³⁵⁶ Carré, P. (2005). *Op. Cit.*

émotionnelle, les émotions positives, le sentiment d'efficacité personnelle, la croissance et la résilience ont été clarifiés.

Dans la deuxième partie, j'ai présenté la méthodologie de travail appliquée à cette recherche en terrain hospitalier, un terrain que j'ai qualifié de sensible. Le recueil d'expérience des professionnels s'est appuyé sur une approche dite de la théorie enracinée, qui vise à faire ressortir, à partir d'une analyse inductive des récits des professionnels, de nouvelles connaissances et enseignements. Concrètement, la méthodologie proposée a consisté à aller sur le terrain interviewer des professionnels de santé et étudiants ayant été exposés à des situations de crise diverses. J'ai détaillé l'organisation de l'enquête de terrain effectuée par étapes successives, avec les obstacles rencontrés, éventuellement transformés en opportunités. J'ai également proposé une typologie des situations de crise recensées au travers d'une cartographie selon une échelle macro, méso et micro de l'organisation hospitalière.

Dans la troisième partie, j'ai proposé une analyse inductive des récits des professionnels de santé et des étudiants interrogés, concernant leurs vécus des situations de crise. Lors des entretiens, j'ai notamment recensé les stratégies individuelles et collectives employées par les professionnels et les apprenants, pour faire face aux situations de crise rencontrées. J'ai donc cherché à faire émerger l'évidence empirique d'apprenance dans la gestion des situations de crise sous forme de connaissances nouvelles.

Les professionnels de santé ont identifié un ensemble de dynamiques qui se mettent en place en situation de crise, qui vont des effets négatifs immédiats ou prolongés (stress post-traumatique, fatigue par compassion, épuisement professionnel) jusqu'à des processus d'apprenances multiples. Les professionnels qui sont confrontés à des situations extrêmement complexes, subissent des impacts directs, ou indirects, tels que la confrontation avec la souffrance des patients. Certaines situations qui, selon les professionnels, sont plus fréquentes qu'on ne le pense, peuvent être très déstabilisantes, voir traumatisantes.

Dans le contexte hospitalier, la prise en charge des patients peut s'avérer difficile, et entraîner des effets durables pour les professionnels avec un impact sur leur santé, sur le plan physique (fatigue durable) et psychologique (souffrance chronique). Malgré l'adversité, la santé des professionnels semble moins affectée que celle des victimes, ce qui suppose un certain niveau de résilience. Un sentiment de résilience émerge lorsque le professionnel comprend, accepte, change ses représentations de départ sur le phénomène et garde une capacité d'agir et de

produire de nouvelles connaissances qu'il souhaite à son tour transmettre. La résilience se manifeste ainsi sous forme de résistance à la menace, d'adaptabilité et d'agilité face aux problèmes rencontrés ou aux échecs. Selon les professionnels interrogés, le processus de résilience professionnelle est une compétence importante lorsqu'ils doivent composer avec des événements stressants. Le sentiment de résilience peut servir de protection contre les exigences du travail qui induit du stress, et peut aussi contribuer à atténuer les effets négatifs des stress antérieurs.

Une forte charge émotionnelle, qui n'a pas pu être extériorisée, peut réapparaître à tout moment, des semaines, des mois ou même des années plus tard et impacter le professionnel. C'est l'effet de la temporalité de cette souffrance. Un événement, un mot, une image peut faire émerger émotionnellement ce qui n'a jamais été exprimé. Ce phénomène, peut mener le professionnel à un épuisement invisible, un véritable processus souterrain.

Le vécu des situations de crise peut être riche d'enseignements d'un point de vue personnel et professionnel au niveau de la posture, des valeurs et de la gestion des émotions. Cette expérience apporte des changements de compréhension des phénomènes observés, une évolution sur le rapport au stress, un développement de nouvelles stratégies de conduite pour faire face aux événements. Tous ces phénomènes induisent un état d'apprenances multiples, dans la mesure où le professionnel vit de nouvelles situations inconnues jusque-là, et trouve de nouvelles solutions. Il apprend à mieux repérer ses émotions et celles des autres pour mieux gérer les prises en charge ou le collectif de travail. Il découvre aussi un potentiel de capacités qu'il ne connaissait pas jusque-là. Il se découvre sous un autre jour, c'est la connaissance de soi, de ses ressources et de ses limites.

Les processus de développement professionnel et personnel se superposent. Ils peuvent apparaître sous forme d'un renforcement du sentiment d'efficacité, d'une croissance de soi, qui se traduit par un changement de posture, d'attitude et un processus d'évolution identitaire. La transmission des savoirs, démontre le processus d'apprenance mis en place pour dépasser la menace, l'obstacle et en retirer des enseignements. Le rapport au savoir de ces professionnels évolue et se cristallise en savoir-faire et savoir-être avec l'émergence d'une culture de la crise en évolution constante. Cette apprenance comporte aussi un changement sur le sens au travail et le sens de la vie et génère un nouveau rapport à soi, aux autres, au travail, et à son environnement.

Ma posture en tant que chercheuse, confrontée aux connaissances nouvelles que cette thèse a pu produire m'amène à des réflexions sur les perspectives de recherches futures dans le domaine des sciences infirmières. Il est vrai que la formation en sciences infirmières est très règlementée. Elle s'appuie fondamentalement sur des compétences techniques. Par exemple, les soins en réanimation demandent une maîtrise d'un certain nombre de gestes techniques, très encadrés. La vie des patients en dépend. Un autre exemple, les calculs de doses pour les administrations injectables, doivent être très précis, et cela afin d'éviter tout événement indésirable. Il est donc naturel que les sciences infirmières se focalisent, avant tout, sur des compétences techniques, très objectives. Néanmoins, l'analyse des récits des étudiants et les résultats de cette recherche montrent à quel point l'intégration de problématiques liées aux relations humaines en situations de crise doit être priorisée. Certains types de situations, particulièrement complexes, vont mettre à l'épreuve les professionnels sur de nouvelles compétences. Dans ces situations, ce n'est pas tant la technicité qui est en jeu, c'est plutôt la capacité de résistance du professionnel, le sens de la maîtrise de ses émotions, la communication avec les patients, l'interaction avec les autres professionnels ou la capacité de prendre des décisions dans un environnement dégradé et de se coordonner. On voit bien que ces compétences ont toutes leur place dans une formation des professionnels de santé, tout autant que les aspects techniques.

Les étudiants mettent en évidence le fait de ne pas avoir été préparés aux situations de crise. A l'heure actuelle, il est vrai que toutes ces nouvelles compétences ne trouvent pas encore la place qu'elles méritent dans les programmes³⁵⁷. Cette prise de conscience devrait amener à un élargissement du champ des sciences infirmières à des nouveaux domaines. Des modules spécifiques pourraient ainsi être rajoutés dans le cursus des futurs professionnels de santé afin de les préparer à travailler dans des contextes dégradés. Dans un premier temps, ces modules pourraient être conçus, soit au niveau Master, soit en formation continue.

Aujourd'hui, les sciences infirmières traitent déjà de manière partielle certains aspects des situations de crise, sur des unités d'enseignement dispersées. L'unité d'enseignement Soins d'urgence ou Soins relationnels, font une brève référence aux émotions et à la relation d'aide avec le patient. La recherche en sciences infirmières se fait en France, de manière

³⁵⁷ La formation initiale des soins infirmiers se déroule sur 3 ans. La formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'infirmier s'appuie sur des capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestés par l'obtention du diplôme d'Etat. Il s'agit de la maîtrise de 10 compétences. Ces compétences s'appuient sur l'obtention de 180 crédits européens (ECTS). Sur ces 180 crédits, seul 8% sont consacrés aux sciences humaines.

institutionnalisée dans quelques centres universitaires. Les principaux travaux proviennent de l'EHESP³⁵⁸, notamment dans le cadre des formations spécialisées, telles que la formation des directeurs de soins ou directeurs d'hôpitaux. A noter que les Instituts de formation des cadres de santé, au sein des groupes hospitaliers, contribuent également à la recherche. Un vaste champ reste toutefois à investir sur la définition des soins en situation de crise, l'organisation de la gestion des équipes en situation dégradée, la gestion de la pénurie de matériel, les aspects législatifs des crises sanitaires, la coordination au sein des établissements et la mobilité des services, l'accueil de l'afflux massif de patients, les modes de protection selon la typologie de la situation de crise, la gestion du stress au niveau individuel et collectif, les méthodes de prévention pour prévenir un épuisement professionnel et la promotion de la santé des professionnels et des apprenants. Ces thématiques doivent permettre aux étudiants et aux professionnels d'être sensibilisés aux contraintes qu'ils peuvent rencontrer en situation dégradée.

La pandémie Covid-19 nous a appris à quel point de nombreux d'enseignements en sciences infirmières doivent être repensés à l'égard des soins en situation dégradée. Dans presque toutes les unités d'enseignement, il semble dorénavant impératif de recontextualiser le soin dans un environnement de crise. Comment les gestes doivent-ils être appréhendés lorsque l'on se retrouve en situation dégradée ? On peut pour cela s'appuyer notamment sur les travaux de Giust-Desprairies³⁵⁹ sur la psychosociologie de la crise, sur les travaux de Crocq *et al.*³⁶⁰ sur la gestion du stress aigu ou sur les travaux de Lagadec³⁶¹ sur la gestion des situations de crise de manière plus générale.

Il s'agit également de préparer les futurs professionnels à gérer des situations de dégradation rapide d'un grand nombre de patients, le choc de décès massif et notamment les modalités d'accompagnement des patients en fin de vie et accompagnement des proches. Pour cela, il semble que les sciences infirmières peuvent davantage interagir avec d'autres disciplines, notamment le domaine de la psychologie positive, afin de mieux intégrer ces notions dans le cursus de formation. Il semble donc nécessaire qu'une démarche de réflexion pédagogique soit engagée, notamment pour bien intégrer le champ des situations de crise dans la formation initiale des étudiants en santé. Cette démarche peut s'inspirer de ce qui existe déjà en formation

³⁵⁸ EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

³⁵⁹ Giust-Desprairies, F. (2019). *Op. Cit.*

³⁶⁰ Crocq L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Op. Cit.*

³⁶¹ Lagadec, P. (1991). *Op. Cit.*

de médecine de catastrophe mais ici dirigée vers les soins aux patients, dans un contexte de crise. Ces unités d'enseignement, pourraient être assurées par des professionnels de santé ayant une expérience reconnue des situations de crise spécifiques ou des situations de catastrophe.

Un exemple type, est le stress que les professionnels subissent lorsqu'ils doivent réaliser des soins dans des conditions particulièrement dégradées. Ils risquent de paniquer, de faire des erreurs et de ne pas assurer au niveau rapidité car l'activité est accélérée. Si l'apprenant professionnel a déjà été formé à ces situations, il va pouvoir gérer plus efficacement et avec moins d'anxiété. Il peut alors exécuter les soins de manière adaptée, en ayant été préparé, auparavant, à ces contextes de tension.

Il me semble indispensable d'intégrer les soins en situation de crise³⁶² dans toutes les formations en santé. Il s'agit de soins aux patients dans un contexte de crise dans n'importe quelle structure hospitalière ou extrahospitalière³⁶³. Cela concerne en priorité des formations aux soins de patients victimes de catastrophes naturelles, victimes d'attentats terroristes, des pandémies mondiales, etc. Ces formations doivent être prévues de manière commune entre le personnel soignant et médical afin de forger une culture partagée de la crise. Ces situations demandent des compétences renforcées en termes de communication, partage de l'information, coordination, maîtrise de soi et des autres, capacité d'analyse et capacité de prise de décision, au-delà des situations habituelles de travail.

La capacité à analyser une situation complexe, à faire face aux aléas et être en mesure de mettre en place des stratégies de communication et d'adaptation pertinentes, est essentielle. Les apports de la psychologie positive, par exemple, pourraient améliorer les capacités de maîtrise émotionnelle, permettre d'appréhender les difficultés sous forme de défis à relever, développer un sentiment de résilience et d'apprenance, dans un objectif de développement de nouvelles compétences.

Les professionnels de santé ont besoin d'exprimer leur ressenti mais aussi leurs apprentissages tant d'un point de vue personnel (développement personnel) que professionnel (croissance, résilience, capitalisation des savoirs, apprenance). La plupart des professionnels interrogés

³⁶² A distinguer de la médecine de catastrophe qui représente une formation très spécialisée pour des professionnels aguerris qui partent en mission de guerre par exemple ou sur des missions humanitaires dans des conditions dégradées.

³⁶³ Comme on a pu le constater, sur la pandémie Covid-19, les établissements pour personnes âgées dépendantes ont été aussi touchés que les hôpitaux.

m'ont précisé qu'ils se sentaient mieux après l'expression de ces situations car ils prenaient conscience des nombreuses compétences à l'œuvre.

Au regard de l'analyse des récits des étudiants recensés, il me semble important de développer et approfondir les démarches d'accompagnement en formation et notamment sur la période des stages. De nombreuses interrogations émergent et on observe qu'ils ont besoin d'exprimer leur vécu, leur ressenti émotionnel, les difficultés ou limites rencontrées. On observe dans ces récits un impact psychologique (peurs, angoisse, panique, fatigue par compassion) et physique (fatigue, contamination). Il devient essentiel de former les équipes pluriprofessionnelles à une écoute active et à la reconnaissance du vécu en développant une attitude d'aide, de soutien et de compréhension. Apprendre à gérer ses émotions et celles des autres, peut favoriser des effets positifs et promouvoir un changement culturel et social au travail. Cela peut réduire le stress et la surcharge mentale. Former les futurs professionnels de santé à une démarche d'accompagnement des pairs demande une évolution des référentiels de formation. Il est nécessaire de former en priorité au développement du bien-être individuel et collectif, en s'appuyant sur les travaux de recherche de la psychologie positive, des stratégies d'adaptation aux situations de stress, aux compétences d'intelligence émotionnelle. Les démarches d'accompagnement par des pairs professionnels, ou autres spécialités restent à investiguer comme axe de recherche car comme on le voit sur les récits des acteurs interrogés, l'équipe reste leur soutien de proximité le plus fiable. Une réflexion doit être menée sur comment former les équipes pluriprofessionnelles à ces modalités d'accompagnement ?

Les étudiants ont apprécié cet exercice de retranscrire par écrit leur expérience de stage dans un contexte de crise sanitaire. Le fait de retranscrire leur vécu, et ressenti en stage, leur a permis, pour la grande majorité, de prendre conscience de l'enrichissement personnel et professionnel acquis et d'en retirer des bénéfices. On peut ici s'interroger sur les apports de la psychologie positive et se demander est ce que ces apports théoriques auraient pu alléger les effets constatés chez les étudiants observés dans cette étude ? C'est une piste à explorer pour de futures recherches.

Le corpus de connaissances qui a émergé dans cette thèse, notamment les processus, définitions, concepts et notions mises en évidence, peut déjà servir de base à une première démarche de réflexion. Une évolution des pratiques pédagogiques, tant au niveau des étudiants, que des professionnels, semble pertinente, afin de les préparer à affronter les situations de crises. Cette préparation peut les aider à mieux vivre ces événements et peut ainsi réduire ou limiter l'impact

psychologique, physique et émotionnel. L'analyse des récits d'expérience des situations de crise présentés dans cette étude montre une illustration des situations possibles que le futur professionnel aura à gérer à un moment ou un autre de son parcours. Cet exercice pourra l'aider à développer dans un premier stade une réflexion, un questionnement sur ses représentations de départ, relatives à ces situations. Il pourra exprimer ses appréhensions, peurs ou questionnements. Ce travail sur ses propres représentations individuelles et collectives, est le premier stade de travail sur soi, indispensable pour anticiper des difficultés dans les situations de travail complexes. L'analyse de ces situations permettent, entre autres, de s'interroger sur quelles ressources le professionnel doit prioritairement s'appuyer pour rebondir ou dépasser certains obstacles.

Le sentiment d'efficacité personnelle peut être travaillé notamment avec des jeux de rôle, à proposer à partir des récits proposés dans cette étude. La simulation, par exemple, est aussi un bon support pédagogique pour exploiter ces situations. Il me semble important de favoriser des échanges avec des professionnels ou des étudiants ayant vécu des situations de crise, dans la mesure où la parole d'une personne expérimentée est plus crédible et porteuse de messages informels. Les valeurs professionnelles et la confiance sont essentielles dans cette transmission informelle des savoirs expérientiels. Les moments d'exploitation de ces situations sont aussi des opportunités pour parler et présenter toutes les ressources à disposition pour se sortir des difficultés rencontrées (personnes ressources, services à disposition, rôle du psychologue, les groupes de parole, les groupes d'analyse de la pratique, les groupes de comité d'éthique, le rôle des pairs étudiants et pairs professionnels). Les aspects du prendre soin de soi et des autres, peuvent aussi être abordés afin que l'apprenant professionnel puisse apporter une réflexion et une analyse sur ses ressources en développement.

Cette recherche interroge les approches et les espaces pédagogiques d'apprentissage. Comment capitaliser ces connaissances réutilisables ? Comment les transposer sur une autre situation ? Il me semble que la formation des infirmiers pourrait faire appel aux apports des sciences de l'éducation afin d'outiller les apprenants à être en capacité de valoriser leur acquis sur le terrain et d'en retirer des apprentissages. Les apports des sciences de l'éducation sont à mon avis indispensable pour cette appropriation des savoirs, autant dans la formation initiale des professionnels, que dans la formation continue. Des postes de chercheurs en situation de crise que ce soit en terrain hospitalier ou au niveau de la formation en santé, pourraient être conçus. Ces chercheurs pourraient ainsi aider les équipes managériales, les responsables des ressources

humaines et les équipes pédagogiques à, entre autres, appréhender une démarche de valorisation et de développement de nouvelles compétences.

Les cadres formateurs rattachés aux Instituts de formation en soins infirmiers, au plus proche du terrain hospitalier, sont à même d'écouter les professionnels, de manière neutre, la plupart ont suivi des formations universitaires de type Master et même des Doctorats avec une expertise du terrain hospitalier et de l'accompagnement. C'est un travail que l'on réalise, en partie, avec les étudiants, en retour de stage, et tout au long des trois années de formation. La formation continue doit prendre une place plus importante dans l'accompagnement des professionnels de santé, mais la question suivante se pose : comment assurer ces missions avec les restrictions de personnel tant à l'hôpital, dans les diverses structures en santé qu'en Institut de formation ?

Les modalités de financement de la formation diplômante des professionnels de santé sont aussi une perspective importante à redéfinir, développer et à valoriser. Ces formations représentent un investissement important de nombreux professionnels de santé, souvent contraints de le faire sur leur temps personnel. De nombreux cadres du terrain, ou cadres formateurs, financent eux-mêmes des masters ou doctorats. Les institutions hospitalières maintiennent une prise en charge très réduite alors que les besoins des organisations sont notoires. Les transformations régulières de l'environnement de travail requièrent sans cesse des nouvelles connaissances, compétences mais en parallèle il manque des financements et des aides à la valorisation des acquis professionnels. La reconnaissance et la valorisation des Masters et Doctorats dans la filière infirmière entre autre, peut contribuer à valoriser l'institution hospitalière et développer la recherche en soins infirmiers au bénéfice d'une meilleure qualité des soins et démarches d'accompagnement des professionnels de santé.

Les situations de crise ne sont pas spécifiques au terrain hospitalier, elles peuvent émerger dans n'importe quelle organisation. C'est pourquoi cet objet de recherche peut être élargi à d'autres terrains sensibles comme par exemple le secteur social. Elle peut aussi intéresser les professionnels du premier secours qui vivent au quotidien des situations complexes et souvent inédites. Y a-t-il une notion de gravité dans les situations exceptionnelles ? Il serait intéressant de mener en parallèle une analyse sur le vécu des professionnels autant sur les situations de travail habituelles que les situations exceptionnelles pour une compréhension plus globale des phénomènes à l'œuvre. Une vision élargie de la crise est nécessaire et la dimension préventive, éducative et pédagogique reste à approfondir.

A plusieurs reprises, les professionnels ont fait référence dans les récits, aux attentats du Bataclan survenus à Paris en 2015, avec la manifestation d'un stress post-traumatique. Cette question reste une autre perspective de recherche à développer concernant entre autre les approches relationnelles à mettre en place lors des soins aux victimes. Notamment sur les effets qui peuvent perdurer pendant des mois ou des années. Une investigation au plus proche des acteurs de terrain doit continuer à être menée afin d'apporter un corpus de connaissances plus important et généralisable à n'importe quel lieu d'émergence. Ces apports sont utiles, entre autres, pour mesurer le niveau de souffrance des professionnels et savoir à quel moment il faut demander ou proposer de l'aide. Je pense, notamment, au risque d'épuisement professionnel ou de suicide, souvent abordé dans les récits recueillis.

Une culture de la crise reste à développer, notamment sur les apprentissages issus de l'adversité. La notion d'apprenance en situation de crise ou d'apprenance face à l'adversité, d'après l'analyse des récits expérientiels, représente une autre forme d'apprentissage, basée sur le vécu et la réalité des acteurs, sur le terrain. Le champ des interactions sociales et interactions émotionnelles reste prévalent dans cette notion plus large d'apprentissage.

D'après les observations sur le terrain, les organisations peuvent contribuer à ces nouvelles formes d'apprenance si elles savent exploiter les ressources expérientielles à disposition, une ressource immense à explorer. Le terrain hospitalier ouvre ainsi de nouveaux axes de recherche sur les réactions individuelles (notion de développement et de croissance), collectives (notion de complémentarité et d'entraide), organisationnelles (notion d'expérimentation) et institutionnelles (notion d'innovation et d'apprenance issue de l'environnement de travail). Le terrain de la crise, peut se révéler un terrain de connaissance³⁶⁴ et la capitalisation de ces apprentissages tend vers l'apprenance sous toutes ses formes. Il peut devenir un véritable espace pédagogique.

En somme, cette thèse a montré que les situations de crises peuvent être un terrain d'apprenances multiples pour les professionnels de santé et les apprenants. Dans la mesure où ces situations obligent les professionnels de santé à sortir des sentiers battus, elles peuvent cristalliser des pistes de recherches importantes en termes de développement de nouvelles compétences et de connaissances, issues du terrain. Elle ouvre ainsi un vaste champ de recherche, très prometteur. Les dynamiques d'apprenance en situations de crise émergent de

³⁶⁴ Vulbeau, A. (1998). *Op Cit.*

manière multidimensionnelle. Les récits le démontrent par des références à des domaines variés comme les sciences de l'éducation, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, les sciences managériales, les sciences infirmières, etc. C'est pourquoi les perspectives de recherche futures doivent investir l'apprenance en situation de crise par des équipes pluridisciplinaires de chercheurs. En effet, cette thèse s'inscrit dans la continuité des travaux en terrain hospitalier déjà initiés en France par Vega³⁶⁵, Peneff³⁶⁶ et Muller³⁶⁷. D'un point de vue méthodologique, elle s'inscrit dans la continuité des travaux de Luckerhoff et Guillemette³⁶⁸ sur la théorisation enracinée. Elle appréhende un terrain sensible comme Pain³⁶⁹, Vulbeau³⁷⁰ et au sens d'Hennequin³⁷¹ et Bouillon *et al.*³⁷². Comme Carré³⁷³ et Muller³⁷⁴, elle investit les notions de l'apprenance et d'apprentissages informels. Comme Crocq *et al.*³⁷⁵, Giust-Desprairies³⁷⁶ et Roux-Dufort³⁷⁷, elle élargie le champ de recherche aux situations de crise. L'ensemble de ces perspectives complémentaires constitue une base de travail très encourageante pour les recherches à venir.

³⁶⁵ Vega, A. (2000). *Op. Cit.*

³⁶⁶ Peneff, J. (2005). *Op. Cit.*

³⁶⁷ Muller, A. (2016). *Op. Cit.*

³⁶⁸ Luckerhoff, J. et Guillemette, F. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée : Fondements, procédures et usages*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 37-60.

³⁶⁹ Pain, J. (2010). Terrains sensibles. Stratégies et projets d'intervention. *Anduli : Revue de sciences sociales*, n°9, 29-38.

³⁷⁰ Vulbeau, A. et Becquet, V. (2015). *L'action publique en réponse à la crise de l'école*. Paris : Presses de l'Université d'Artois.

³⁷¹ Hennequin, E. (2012). *Op. Cit.*

³⁷² Bouillon, F., Fresia, M. et Tallio, V. (2005). *Op. Cit.*

³⁷³ Carré, P. (2005). *Op. Cit.*

³⁷⁴ Muller, A. (2016). *Op. Cit.*

³⁷⁵ Crocq L., Huberson, S. et Vraie, B. (2009). *Op. Cit.*

³⁷⁶ Giust-Desprairies, F. (2019). *Op. Cit.*

³⁷⁷ Roux-Dufort, C. (2003). *Op. Cit.*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aldwin, C.M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York : The Guilford Press.
- Altintas, G. Royer, I. (2009). Renforcement de la résilience par un apprentissage post-crise : étude longitudinale sur deux périodes de turbulence. *Management*, 12 (4), 266-293.
- Argyris, C. (1977). Double-Loop Learning in Organizations. *Harvard Business Review*. 55 (5), 115-125.
- Argyris, C. et Schön, D.A. (1978). *Organizational learning : A theory of action perspective*. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Arnold, D., Calhoun, L.G., Tedeschi, R. et Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239-263.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : de Boeck.
- Barrington, A.G., et Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma : An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26 (1), 89-105.
- Bartunek, J.M. et Moch, M.K. (1987). First-order, second-order and third-order change and organization development interventions: A cognitive approach. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 483-500.
- Barus-Michel, J. Giust-Desprairies, F. et Ridet, L. (1996). *Crises*. Toulouse : Erès.
- Baum, N. (2004). Social work students cope with terror. *Clinical Social Work Journal*, 32, 395-413.
- Beaud, S. et Weber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La découverte.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris : Armand Collin.
- Boin, A. (2005). From crisis to disaster : Toward an integrative perspective. In R. Perry et E. L. Quarantelli (Eds.), *What Is A Disaster ? New Answers to Old Questions*. Philadelphia : Xlibris Press, 153-173.
- Boin, A. et Lagadec, P. (2000). Preparing for the Future : Critical Challenges in Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 8, 185-191.
- Boin, A. et McConnell, A. (2007). Preparing for critical infrastructure breakdowns : The limits of crisis management and the need for resilience. *Journal of Contingencies et Crisis Management*, 15 (1), 50-59.
- Bouillon, F., Fresia, M. et Tallio, V. (2005). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'Anthropologie*. Paris : EHESS.
- Bourrier, M. (2002). Bridging research and practice : The challenge of normal operations studies. *Journal of Contingencies et Crisis Management*, 10 (4), 173-180.
- Brecher, M. (1980). *Decisions in Crisis : Israel, 1967 and 1973*. Berkeley : University of California Press.
- Brown, A. (2002). Avoiding unwelcome surprises. *Futurist*, 36 (5), 21- 23.
- Cadell, S., Regehr, C. et Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth : A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (3), 279-287.
- Calhoun, L.G. et Tedeschi, R.G. (2006). *The handbook of posttraumatic growth : Research and practice*. London : Lawrence Erlbaum.

- Calhoun, L.G., Cann, A. et Tedeschi, R.G. (2010). The posttraumatic growth model : Sociocultural considerations. In T. Weiss et R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice : Lessons learned from around the globe*. Hoboken, New Jersey : Wiley, 1-14.
- Carré, P. (2003). Transmettre des savoirs et des compétences : une fausse question ?, In Ruano-Borbalan, J.-C. (Ed.). *Transmettre en éducation, formation et organisation*. Paris : Editions Demos, 82-92.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle. *Revue Savoirs : Hors série*, 9-50.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance*. Paris : Dunod.
- Carré, P. (2015a). *Cadre théorique sociocognitif et sociologie des dispositions*. Nanterre : Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- Carré, P. (2015b). De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. *Revue Française de Pédagogie*, 29-40.
- Carré, P. et Charbonnier, O. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris : L'Harmattan.
- Carré, P. et Fenouillet, F. (2009). *Traité de psychologie de la motivation*. Paris : Dunod.
- Carré, P., Moisan, A. et Poisson, D. (2010). L'autoformation. *Perspectives de recherche*. Paris : PUF.
- Carré, P. et Muller, A. (2013). Les apprentissages professionnels informels, à la découverte du continent englouti. In Bourgeois, E. et Enlart, S. (Dir.), *Apprendre dans l'entreprise*. Paris : PUF, 1-9.
- Carré, P. (2020). Pourquoi et comment les adultes apprennent. De la formation à l'apprenance. Paris : Dunod.
- Carver, C. (1998). Resilience and Thriving : Issues, Models and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 245-266.
- Charmaz, K. (1983). The Grounded Theory Method : An Explication and Interpretation. In Emerson, R.M. (Ed.), *Contemporary Field Research*. Boston : Little-Brown. 109-126.
- Charmaz, K. (1995). Grounded Theory. In Smith, J.A., Harré, R., et Van Langenhove, L. (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology*, 27-49.
- Charmaz, K. (2002). Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In Gubrium, J.F. et Holstein, J.A. (Eds.), *Handbook of interview research. Context et method*. CA : Thousand Oaks, 675-694.
- Charmaz, K. (2004). Grounded Theory. In Hesse-Biber, S.N. et Leavy, P. (Eds.), *Approaches to Qualitative Research*. New York : Oxford University Press, 496-521.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century. In Denzin, N.K., et Lincoln, Y.S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research (3e ed.)*. CA : Thousand Oaks, 507-535.
- Cohen, K. et Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers : A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (6), 570-580.
- Corbin, J. et Strauss, A.L. (1990). Grounded Theory Research : Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13 (1), 3-21.
- Cornile, T.A. et Meyers, T. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers : Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5 (1), 15-31.
- Crabbe, J. M., Bowley, D. M., Boffard, K. D., Alexander, D. A., et Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire ? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medical Journal*, 21, 568-572.

- Crocq, L. (1991). Krisis, crisis, crise. Les métamorphoses du concept, *Revue de Médecine Psychosomatique*, 17.
- Crocq, L. (1993). Psychologie de la prise de décision en situation de crise. *Les études du cercle*, Paris : Latour Maubourg.
- Crocq, L. (2003). Clinique de la réaction immédiate. *Journal des psychologies*, 208, 48-53.
- Crocq, L., Huberson S. et Vraie B. (2009). *Gérer les grandes crises - Sanitaires, écologiques, politiques et économiques*. Paris : Odile Jacob, 20-80.
- Crossan, M.M., Lane, H.W. et White R.E. (1999). An organizational learning framework: from intuition to institution. *Academy of Management Review*, 24 (3), 522-537.
- Deverell, E. (2009). Crises as Learning Triggers : Exploring a Conceptual Framework of Crisis-Induced Learning. *Journal of Contingencies et Crisis Management*, 17 (3), 179-188.
- Dillon, R. L. et Tinsley, C. H. (2008). How near-misses influence decision making under risk : A missed opportunity for learning. *Management Science*, 54 (8), 1425-1440.
- Duarte, A.P. (2014). *Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance*. Mémoire de recherche pour l'obtention du Master II : Recherche en Education et en Formation. Nanterre : Université Paris Ouest Nanterre.
- Duarte, A.P. (2014). Stratégies de communication dans un contexte de crise, *Revue de l'infirmière*, 206, 51-52.
- Duarte, A.P. (2014). Situations de crises à l'hôpital opportunités d'émergence de l'apprenance, *Gestions hospitalières*, 540, 542-545.
- Duarte, A.P. (2015). L'observatoire des situations de crise, un impératif pour d'hôpital de demain, *Gestions hospitalières*, 543, 92-95.
- Duarte, A.P. (2015). Intelligence émotionnelle en situation de crise, *Soins cadres*, 94, 56-58.
- Duarte, A.P. (2015). Management post-situation de crise, l'apport de l'intelligence émotionnelle, *Gestions hospitalières*, 546, 273-276.
- Duarte, A.P. (2016). Résistance Passive à l'Hôpital, *Gestions Hospitalières*, 554, 144-147.
- Duarte, A.P. (2016). Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance. *Savoirs*, 41, 55-59.
- Duarte, A.P. (2018). La formation en prévention : besoins et réalités, *Adsp*, 103, 52-53.
- Duarte, A.P. (2018). Exercice partagé : le nécessaire apprentissage du faire ensemble, *Adsp*, 107, 45-46.
- Duarte, A.P. (2019). Accompagnement des aidants et formation des professionnels de la santé, *Adsp*, 109, 49-51.
- Duarte, A.P. (2020). Prendre soin des professionnels de santé : quels besoins émergent en situation de crise ? *Adsp*, 110, 50-52.
- Duarte, A.P. (2021). Apprenance en situation de crise : l'expérience de la pandémie Covid 19. In Covid 19 : Une crise sanitaire Inédite. *Adsp*, 116, 59-61.
- Dubrovski, D. (2009). Management mistakes as causes of corporate crises : Managerial implications for countries in transitions. *Total Quality Management*, 20 (1), 39-59.
- Dutton, J.E. (1986). The processing of crisis and non-crisis strategic issues, *Journal of Management Studies*, 23, 501-517.
- Egeland, B., Carlson, E. et Sroufe, L. A. (1993). Resilience as Process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.

- Elliott, D. (1999). Strategic Management in Schools. In M. Brundrett (ed.) *Contemporary Issues in Education Management*. Cambridge : Peter Francis.
- Elliott, D. et Smith, D. (1997). Waiting for the Next One. In Frosdick, S. and L. Walley (Eds.) *Sport and Safety Management*, Oxford : Butterworth-Heinemann, 85-107.
- Elliott, D. et Smith, D. (2006). Cultural Readjustment after Crises : Regulation and Learning from Crises Within the UK Soccer industry, *Journal of Management Studies*, 43 (2), 289-317.
- Elliott, D., Harris, K. et Baron, S. (2005). Crisis Management and Services Marketing. *Journal of Services Marketing*, 19 (5), 336-346.
- Elliott, D., Smith, D. et McGuinness, M. (2000). Exploring the failure to learn : Crises and the barriers to learning. *Review of Business*, 21 (3), 17-24.
- Elliott, D., Swartz, E. et Herbane, B. (2002). *Business Continuity Management : A Crisis Management Approach*. London : Routledge.
- Farjoun, M., et Starbuck, B. (2005). Organization at the limit : Lessons from the Columbia Disaster. *Management Learning*, 39 (3), 361-368.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue : Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Eds.), *Secondary traumatic stress : Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Brooklandville, MD : Sidran Press, 3-28.
- Figley, C.R. (Ed.). (2002). *Treating compassion fatigue*. New York : Brunner-Routledge.
- Fiol, C.M. et Lyles, M.A. (1985). Organizational Learning. *Academy of Management Review*, 19 (4), 803-813.
- Fischbacher-Smith, D. et Fischbacher-Smith, M. (2009). We may remember but what did we learn ? Dealing with errors, crimes and misdemeanors around adverse events in healthcare. *Financial Accountability and Management*, 25 (4), 451-474.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping. UCSF Osher Center for Integrative Medicine*, 21 (1), San Francisco : University of California.
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat et R.S. Lazarus (Eds) *Stress and coping : An anthology (3rd edition)*. New York : Columbia University Press, 207-227.
- Forgues, B. (1993). *Processus de décision en situation de crise*. Thèse de doctorat en Sciences de gestion. Paris : Université Paris-Dauphine.
- Forgues, B. et Roux-Dufort, C. (1998). Crises : Events or processes ? *Hazards ans Sustainability Conference*. Durham : UK, 26-27.
- Fortune, J. et Peters, G. (1995). *Learning from Failure : The Systems Approach*. Chichester : Wiley.
- Frederickson, B.L. (1998). What good are positive emotions ? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B.L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology : The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226.
- Fredrickson B.L. et Joiner T. (2002). Positive Emotions Trigger Upward Spirals toward Emotional Well-Being. *Psychological Science*, 13 (2), 172-175.
- Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C. et Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crisis ? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.

- Fredrickson, B.L. (2003). The value of positive emotion : The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91(4), 330-336.
- Giust-Desprairies, F. (2019). Crise. In Agnès V-R., Fugier P., Dictionnaire de sociologie Clinique. Paris : Érès, 169-171.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity : advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser, B.G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser, B.G. (1995). A Look at Grounded Theory : 1984 to 1994. In Glaser, B.G. (Ed.). *Grounded Theory : 1984-1994*. Mill Valley, CA : Sociology Press, 3-17.
- Glaser, B.G. (1998). *Doing Grounded Theory*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser, B.G. (2001). *The Grounded Theory Perspective : Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley, CA : Sociology Press, 26 (1), 49.
- Glaser, B.G. (2005). *The Grounded Theory Perspective III : Theoretical Coding*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL : Aldine.
- Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1968). *Time for dying*. Chicago : Aldine.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. London : Bloomsbury Publishing.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. London : Bloomsbury Publishing.
- Goleman, D. (2011). *The brain and emotional intelligence (Digital Edition)*. Northampton, MA : More Than Sound.
- Goyal, R.K. et Kulkarni, N. (2009). Do we really learn from loss incidents ? *Loss Prevention Bulletin*, 206, 10-18.
- Grabowski, M. et Roberts, K. H. (1999). Risk mitigation in virtual organizations. *Organization Science*, 10 (6), 704-721.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory, pour innover. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 32-50.
- Guillemette, F., et Luckerhoff, J. (2009). L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Recherches qualitatives*, 28 (2), 3-20.
- Guillemette, F. et Luckerhoff, J. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée : Fondements, procédures et usages*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 37-60.
- Guillemette, F. et Luckerhoff, J. (2015). Introduction : Les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). *Approches inductives*, 2(1), 1-11.
- Gundel, S. (2005). Towards a new typology of crises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 13 (3), 106-115.
- Hart, H.P. et Boin, A. (2001). New trends in crisis management and crisis management research : Setting the agenda. *Journal of Contingencies and Crisis management*, 9 (4), 181-188.
- Hennequin, E. (2012). *La recherche à l'épreuve des terrains sensibles : approches en sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Herbane, B., Elliott, D. et Swartz, E. (1997). Contingency and Continua: Achieving Excellence through Business Continuity Planning. *Business Horizons*, 40 (6), 19-25.
- Hermann, C.F. (1972). Some Issues in the Study of International Crisis, in Hermann C.F. *International Crises : Insights from Behavioral Research*, New York : The Free Press, 3-17.

- Hermann, C.F. (1963). Some Consequences of Crisis Which Limit the Viability on Organizations, *Administrative Science Quarterly* 8, 61-82.
- Hollnagel, E. (2006). Resilience : The challenge of the uns table. In E. Hollnagel, D. D. Woods et N. Leveson (Eds.), *Resilience Engineering: concepts and precepts*. Burlington : Ashgate, 9-17.
- Holmqvist, M. (2004). Experiential Learning Processes of Exploitation and Exploration Within and Between Organizations : An Empirical Study of Product Development. *Organization Science*, 15 (1), 70-81.
- Hynes, T. et Prasad, P. (1997). Mock bureaucracy in mining disasters. *Journal of Management Studies*, 34 (4), 601-623.
- Isen, A.M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 20, 203-253.
- Isen, A.M. et Daubman, K.A. (1984). The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1206-1217.
- Isen, A.M. et Means, B. (1983). The influence of positive affect on decision-making strategy. *Social Cognition*, 2(1), 18-31.
- Isen, A.M., Daubman, K.A., et Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (6), 1122-1131.
- Isen, A.M., Johnson, M.M.S., Mertz, E. et Robinson, G. F. (1985). The influence of positive affect on the unusualness of word associations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (6), 1413-1426.
- Isen, A.M., Niedenthal, P.M., et Cantor, N. (1992). An influence of positive affect on social categorization. *Motivation and Emotion*, 16 (1), 65-78.
- Isen, A.M., Rosenzweig, A.S. et Young, M.J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making : An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 11(3), 221-232.
- Jaques, T. (2008). A case study approach to issue and crisis management : Schadenfreude or an opportunity to improve ? *Journal of Communication Management*, 12 (3), 192-203.
- Jaques, T. (2009). Issue management as a post-crisis discipline : identifying and responding to issue impacts beyond the crisis. *Journal of Public Affairs*, 9 (1), 35-44.
- Jaques, T. (2010). Reshaping crisis management : The challenge for organizational design. *Organization Development Journal*, 28 (1), 9-17.
- Joseph, S. (2011). *What doesn't kill us. The new psychology of posttraumatic growth*. New York : Basic Books.
- Joseph, S. et Linley, P.A. (2005). Positive adjustment to threatening events : An organismic valuing theory of growth through Trauma. *Review of General Psychology*, 9 (3), 262-280.
- Joseph, S. et Linley, P.A. (2006). *Positive therapy : A meta-theory for positive psychological practice*. London : Routledge.
- Joseph, S. et Linley, P.A. (2008). *Trauma, recovery and growth : Positive psychology perspectives on posttraumatic stress*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Joseph, S., Maltby, J., Wood, A. M., Stockton, H., Hunt, N. et Regel, S. (2012). The Psychological Well-Being-Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ) : Reliability and validity. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 420-428.
- Joseph, S., Williams, R. et Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster : The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (2), 271-279.

- Kouzman, A. (2008). Crises Management in Crises ? *Administrative Theory and Praxis*, 30 (2), 155-183.
- Krueger, N.F. et Dickson, P.R. (1993). Self-efficacy and perceptions of opportunities and threats. *Psychological Reports*, 72, 1235-1240.
- Lagadec, P. (1991). *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*. Montréal : McGraw-Hill.
- Lagadec, P. (1993). *Apprendre à gérer les crises*. Paris : Les Editions d'Organisation.
- Lagadec, P. (1994). *La gestion des crises*. Paris : Ediscience International.
- Lagadec, P. (1995). *Risques, crises, ruptures, prévention, gestion de crise*. Paris : Dunod.
- Lagadec, P. (2009). Audit des capacités de gestion des crises. Cadrage, Evaluation, Initiatives. *Cahier de recherche*, 19, 1-23.
- Lagadec, P. (2012). *Du risque majeur aux mégachocs*. Paris : Préventique.
- Lagadec, P., Artus, P., Bachelet, J.-R. et Baralon, P. (2000). *Ruptures créatrices*. Paris : Éditions d'organisation.
- Lalonde, C. (2007). The Potential Contribution of the Field of Organizational Development to Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15 (2), 95-104.
- Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Cambridge, MA : Perseus.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*, Paris : L'Harmattan, 59-90.
- Linley, P.A. et Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity : A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11-21.
- Linley, P.A., et Joseph, S. (2004b). *Positive psychology in practice*. Hoboken : John Wiley and Sons.
- Linley, P.A. et Joseph, S. (2005a). The human capacity for growth through adversity. *American Psychologist*, 262-264.
- Linley, P.A. et Joseph, S. (2005b). Positive and negative changes following occupational death exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 751-758.
- Linley, P.A. et Joseph, S. (2006). The positive and negative effects of disaster work : A preliminary investigation. *Journal of Loss et Trauma*, 11 (3), 229-245.
- Linley, P.A. et Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385-403.
- Linley, P.A., Joseph, S., Cooper, R., Harris, S. et Meyer, C. (2003). Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (5), 481-485.
- Linley, P.A., Joseph, S. et Loumidis, K. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (3), 185-188.
- Linley, P.A., Joseph, S., et Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 1189-1195.
- Lopez, S.J. et Snyder, C.R. (2009). *The Oxford handbook of positive psychology*. New York : Oxford University Press.
- Lorenz, E. (1963). Deterministic Non-periodic Flow. *Journal of Atmospheric Science*, 20, 130-141.

- Luckerhoff, J. et Guillemette, F. (2011). The Conflicts between Grounded Theory Requirements and Institutional Requirements for Scientific Research. *The Qualitative Report*, 16(2), 396-414.
- Malle, S. (2009). Soviet legacies in post-Soviet Russia : insights from crisis management. *Post-Communist Economics*, 21 (3), 249-282.
- March, J.G. et Olsen, J.P. (1975). Organizational learning under ambiguity. *European Journal of Policy Review*, 3 (2), 147-171.
- Marcus, A.A. et Nichols, M.L. (1999). On the edge : Heeding the warnings of unusual events. *Organization Science*, 10(4), 482-499.
- Mayer, J.D., Caruso, D., et Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *Intelligence*, 27 (4), 267-298.
- Mayer, J.D., Salovey, P., et Caruso, D. (2008). Emotional intelligence : New ability or eclectic traits ? *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Mayer, J.D. et Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17 (4), 433-442.
- Mayer, J.D. et Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence ? In P. Salovey, et D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York : Basic Books, 3-31.
- McAdams, D.P. (1996). Personality, modernity, and the storied self : A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7 (4), 295-321.
- McCann, I.L. et Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization : A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McMillen, J.C. (2004). Posttraumatic growth : What's it all about ? *Psychological Inquiry*, 15 (1), 48-52.
- McMillen, J.C. et Fisher, R. H. (1998). The Perceived Benefit Scales : Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*, 22, 173-187.
- Meyer, A.D. (1982). Adapting to environmental jolts. *Administrative Science Quarterly*, 27 (4), 515-524.
- Meyer, A.D., Brooks, G. R. et Goes, J. B. (1990). Environmental jolts and industry revolutions : Organizational responses to dis continuous change. *Strategic Management Journal*, 11 (4), 93-110.
- Milasinovic, S., Kesetovic, Z. and Nadic, D. (2010). The Power and Importance of Crisis Management in Facing Modern Crises. *Megatrend Review*, 7 (2), 273-290.
- Mitroff I.I. (1988), Crisis Management : Cutting through the Confusion. *Sloan Management Review*, 29.
- Mitroff, I.I. (2002). Crisis learning : The les sons of failure. *The Futurist*, 18-21.
- Mitroff, I.I. (2004). *Crises Leadership : Planning for the Unthinkable*. MA : John Wiley et Sons.
- Mitroff, I.I. et al.paslan, M. C. (2003). Preparing for Evil. *Harvard Business Review*, 81 (4), 109-115.
- Mitroff, I.I. et Killman, R. H. (1984). *Corporate tragedies*. New York : Praeger.
- Mitroff, I.I., Pauchant, T.C. et Shrivastava, P. (1988a). The Structure of Man-made Organizational Crises. Conceptual and Empirical Issues in Development of a General Theory of Crises Management. *Technological Forecasting and Social Change*, 33, 83-107.
- Mitroff, I.I., Pauchant, T.C. et Shrivastava, P. (1988b). Forming a crisis portfolio. *Security Management*, 33, 101-108.

- Mitroff, I.I., Pearson, C.M. et Harrington, L. K. (1996). *The essential guide to managing corporate crises : A step-by-step handbook for surviving major catastrophes*. Oxford : Oxford University Press.
- Mitroff, I.I., Shrivastava, P. et Udwadia, F. E. (1987). Effective crisis management. *Academy of Management Executive*, 1, 283-292.
- Morin, E. (1976). Pour une crisologie. In *Communications* 25. La notion de crise. Paris : Seuil, 149-163.
- Morin, E. (1994). *Sociologie*. Paris : Seuil.
- Muhren, W., Van Den Eede, G. et Van de Walle, B. (2008). Sensemaking and implications for information systems design : Findings from the Democratic Republic of Congo's ongoing crisis. *Information Technology for Development*, 14 (3), 197-212.
- Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers : Pour une valorisation des apprentissages informels*. Paris : Seli Arslan.
- Nathan, M.L. (2000). The paradoxical nature of crisis. *Review of Business*, 21 (3), 12-24.
- Nathan, M.L. (2004). How past becomes prologue : A sense making interpretation of the hindsight-foresight relationship given the circumstances of crisis. *Futures*, 36 (2), 181-199.
- Nonaka, I. et Von Krogh, G. (2009). Tacit knowledge and knowledge conversion : Controversy and advancement in knowledge creation theory. *Organization Science*, 20, 635-652.
- November, A. (1984). *Corporate Crisis Management*, NY : Petrocelli Books.
- Nystrom, P.C. et Starbuck, W.H. (1984). To avoid organizational crisis, unlearn. *Organizational Dynamics*, 12, 53-64.
- Pack, M. (2014). Vicarious resilience : A multilayered model of stress and trauma. *Affilia : Journal of Women and Social Work*, 29 (1), 18-29.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3 ed.)*. Paris : Armand Colin.
- Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping : The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 267-277.
- Park, C.L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences : Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 69-76.
- Park, C.L. (2010). Making sense of the meaning literature : An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136 (2), 257-301.
- Park, C.L. et Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section : Growth following highly stressful life events - current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 791-796.
- Park, C.L., Cohen, L.H. et Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64 (1), 71-105.
- Pauchant, T.C. (1988). An annotated bibliography in crisis management. *Cahier de Recherche*. Québec : HEC Montréal.
- Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1992). *Transforming the crisis prone organization : Preventing individual, organizational and environmental tragedies*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1988). Crisis Prone Versus Crisis Avoiding Organizations. Is your company's culture its own worst enemy in creating crises ? *Industrial Crisis Quarterly*, 2, 53-63.
- Pauchant, T.C. et Mitroff, I.I. (1990). Crisis management : Managing paradox in a chaotic world - the case of Bhopal. *Technological Forecasting and Social Change*, 38, 99-114.

- Pauchant, T.C., et Douville, R. (1993). Recent research in crisis management : A study of 24 authors' publications from 1986 to 1991. *Industrial Environment Crisis Quarterly*, 7, 43-66.
- Pearlman, L.A. (1995). Self-care for trauma therapists : Ameliorating vicarious traumatization. In B. Stamm, *Secondary Traumatic Stress : Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. Lutherville : The Sidran Press. 51-64.
- Pearlman, L.A. et Maclan, P.S. (1995). Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 26, 558-565.
- Pearlman, L.A. et Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist : Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York : W.W. Norton and Company.
- Pearson, C.M. et Clair, J. A. (1998). Reframing crisis management. *Academy of Management Review*, 23 (1), 59-76.
- Pearson, C.M. et Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared : A framework for crisis management. *Academy of Management Executive*, 7 (1), 48-59.
- Peneff, J. (2005). *L'Hôpital en urgence*. Paris : Éditions Métailié.
- Penrose, J. (2000). The role of perception in crisis planning. *Public Relations Review*, 26 (2), 155-171.
- Pentland, B. T. (1999). Building process theory with narrative : From description to explanation. *Academy of Management Review*, 24 (4), 711-724.
- Perrow C. (1984). *Normal Accidents : Living with High-Risk Technologies*. New York : Basic Books.
- Phelps, N.L. (1986). Setting up a crisis recovery plan. *Journal of Business Strategy*, 6 (4), 5-8.
- Pinçon, M. et Pinçon-Charlot, M. (2005). *Voyage en grande bourgeoisie : Journal d'enquête*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Popper, M. et Lipshitz, R. (2000). Organizational learning mechanisms, culture, and feasibility. *Management Learning*, 31, 181-196.
- Reason, J. (1995). Understanding Adverse Events : Human factor. *Quality in Health Care*, 4, 80-89.
- Renzetti, C.M. et Lee, R.M. (1993). *Researching sensitive topics*. CA : Newbury Park.
- Richardson, B. (1994). Socio-technical disaster : Profile and prevalence. *Disaster Prevention and Management*, 3 (4), 41-69.
- Roberts, B.W., Caspi, A. et Moffitt, T.E. (2001). The kids are alright : Growth and stability in personality development from adolescence to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(4), 670-683.
- Roberts, K.H. (1990). Managing high reliability organizations. *California Management Review*, 32 (4), 101-113.
- Roberts, L.M. et Dutton, J. E. (Eds.). (2009). *Exploring positive identities and organizations : Building a theoretical and research foundation*. New York : Routledge.
- Robinson J.A. (1968). Crisis. *International Encyclopedia for Social Sciences*, 3, 510-514.
- Roux-Dufort, C. (1996). Crises : des possibilités d'apprentissage pour l'entreprise. *Revue Française de Gestion*, 108, 79-89.
- Roux-Dufort, C. (2000). Why organizations don't learn from crises : The perverse power of normalization. *Review of Business*, 21 (3), 25-30.
- Roux-Dufort, C. (2003). *Gérer et décider en situation de crise*. Paris : Dunod.

- Roux-Dufort, C. (2003). La construction d'une théorie de la fiabilité organisationnelle. In B. Vidaillet (Eds.), *Le sens de l'action*. Paris : Vuibert, 139-157.
- Roux-Dufort, C. (2005). Comment en est-on arrivé là ? Du terrain de crise à la catastrophe. *Revue Spaces*, 85, 24 - 39.
- Roux-Dufort, C. (2010). La vulnérabilité organisationnelle à la loupe : entre fragilité et ignorance. *Télescope*, 16 (2), 1-21.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantages. In M.W. Kent et J.E. Rolf (Eds.). *Primary prevention of psychopathology*, 3. Hanover : University Press of New England, 49-74.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings : Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Savolainen, R. (1993). The sense-making theory: Reviewing the interests of a user-centered approach to information seeking and use. *Information Processing and Management*, 29 (1), 13-28.
- Schwab, A. (2007). Incremental Organizational Learning from Multilevel Information Sources : Evidence for Cross-Level Interactions. *Organization Science*, 18 (2), 233-251.
- Schwartz, H.S. (1987). On a psychodynamics of organizational disaster : The case of the space shuttle Challenger. *The Columbia Journal of World Business*, 22, 59-68.
- Seery, M.D., Holman, E.A., et Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us : Cumulative lifetime trauma, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99 (6), 1025-1041.
- Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. *Applied Psychology : An International Review*, 57, 3-18.
- Seligman, M.E.P. et Pawelski, J.O. (2003). Positive psychology : FAQs. *Psychological Inquiry*, 14 (2), 159-163.
- Seligman, M.E.P., Parks, A.C. et Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Buletin*, 359, 1379-1381.
- Shrivastava, P. (1987). *Bhopal: Anatomy of a crisis*. Cambridge : Ballinger.
- Shrivastava, P. (1992). *Bhopal I: Anatomy of a crisis (2 ed.)*. London : Paul Chapman Publishing.
- Shrivastava, P. et Mitroff, I.I. (1987). Strategic Management of Corporate Crises. *Columbia Journal of World Business*, 23 (1), 5-12.
- Shrivastava, P. et Siomkos, G. (1989). Disaster Containment Strategies. *The Journal of Business Strategy*, 10.
- Shrivastava, P., Mitroff, I.I., Miller, D. et Migliani, A. (1988). Understanding Industrial Crises. *Journal of Management Studies*, 25 (4), 285-303.
- Sievers, B. (1986). Beyond the surrogate of motivation. *Organizations Studies*, 7, 335-351.
- Smith, A.J.M., Kleijn, W.C., Trijsburg, R.W. et Hutschemaekers, J.M.G. (2007). How therapists cope with clients' traumatic experiences. *Torture*, 17, 203-215.
- Smith, D (2002). Not by Error, but by Design - Harold Shipman and the Regulatory Crises for health Care. *Public Policy and Administration*, 17 (4), 55-74.
- Smith, D. (1990). Beyond Contingency Planning-Towards a Model of Crisis Management. *Industrial Crisis Quarterly* 4 (4), 263-75.

- Smith, D. (1995). The Dark Side of Excellence : Managing Strategic Failures. In J. Thompson (ed.) *Handbook of Strategic Management*. London : Butterworth Heinemann, 161-91.
- Smith, D. (1999). Crisis as a Catalyst for Change ? Changing Corporate Approaches to Responsibility. In U. Rosenthal, L. Comfort et A. Boin (eds.). *From Crises to Contingencies : A Global Perspective*. Springfield : Charles C. Thomas.
- Smith, D. (2001). Crisis as a Catalyst for Change : Issues in the Management of Uncertainty and Organizational Vulnerability. In British Bankers Association (ed.) *E-risk : Business as Usual*. London : British Bankers Association/Deloitte and Touch, 81-88.
- Smith, D. (2005). Business (not) as usual : crisis management, service recovery and the vulnerability of organizations. *Journal of Services Marketing*, 19 (5), 309-320.
- Smith, D. et Elliott, D. (2007). Exploring the Barriers to Learning from Crisis. Organizational Learning and Crisis. *Management Learning*, 38 (5), 519-538.
- Smith, D. et Sipika, C. (1993). Back from the brink - post crises management. *Long Range Planning*, 26 (1), 28-38.
- Smith, D. et Tombs, S. (1995). Self Regulation as a Control Strategy for Major Hazards, *Journal of Management Studies* 32 (5), 619-636.
- Snyder, C.R. et Lopez, S.J. (Eds.). (2005). *Handbook of positive psychology*. New York : Oxford University Press.
- Snyder, C.R., et Lopez, S.J. (2006). *Positive psychology : The scientific and practical explorations of human strengths*. CA : Thousand Oaks.
- Spitzeck, H. (2009). Organizational Moral Learning : What, If Anything, Do Corporations Learn from NGO Critique ? *Journal of Business Ethics*, 88 (1), 157-173.
- Stacey, R.D. (2003). *Strategic Management and Organizational Dynamics - The Challenge of Complexity*. Essex : Pearson Education Limited.
- Starbuck, W.H., Greve, A. et Hedberg, B. (1978). Responding to Crises. *Journal of Business Administration*, 9 (2), 107-137.
- Staub, E. et Vollhardt, J. (2008). Altruism born of suffering : The roots of caring and helping after victimization and other trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 267-280.
- Staw, B.M., Sandelands, L.E. et Dutton, J.E. (1981). Threat Rigidity Effects in Organizational Behavior : A Multilevel Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 26 (4), 501-524.
- Stein, J.G. (2008). Crisis Management : Looking Back to Look Forward. *Political Psychology*, 29 (4), 553-569.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1990). *Basis of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*. CA : Newbury Park.
- Strauss, A.L. (1975). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Saint Louis : Mosby.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. New York : Cambridge University Press.
- Strauss, A.L. (1993). *Continual permutations of action*. Hawthorne : Aldine.
- Strauss, A.L., et Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology : An overview. In Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, 273-285. CA : Thousand Oaks.
- Strauss, A.L., et Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research (2ème ed.)*. CA : Thousand Oaks.
- Taleb, N.N. (2010). *Black Swan. Impact of Highly Improbable*. London : Penguin.

- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38 (11), 1161-1173.
- Taylor, S.E. et Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64 (4), 873-898.
- Tedeschi, R.G. et Calhoun, L.G. (1995). *Trauma et transformation : Growing in the aftermath of suffering*. CA : Thousand Oaks.
- Tedeschi, R.G. et Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory : Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
- Tedeschi, R.G. et Calhoun, L.G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. In P. A. Linley et S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice*, 405-419. Hoboken, NJ : Wiley.
- Tedeschi, R.G. et Calhoun, L.G. (2008). Beyond the concept of recovery : Growth and the experience of loss. *Death Studies*, 32, 27-39.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. et Cann, A. (2007). Evaluating resource gain : Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 396-406.
- Tedeschi, R.G., et Calhoun, L.G. (2004). Post-traumatic growth : Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychology Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L. et Calhoun, L.G. (1998). Posttraumatic growth : Conceptual issues. In R.G. Tedeschi, C.L. Park et L.G. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic growth : Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ : Erlbaum Publishers. 1-22.
- Thomas, J.B., Clark, S.M. et Gioia, D.A. (1993). Strategic sensemaking and organizational performance : Linkages among scanning, interpretation, action, and outcomes. *Academy of Management Journal*, 36 (2), 239-270.
- Tombs, S. et Smith, S. (1995). Corporate Responsibility and Crisis Management : Some Insights from Political and Social Theory. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 3 (3), 135-148.
- Turner, B.A. (1976). The Organizational and Interorganizational Development of Disasters. *Administrative Science Quarterly*, 21, 378-397.
- Turner, B.A. (1994). Causes of Disaster: Sloppy management. *British Journal of management*, 5, 215-219.
- Ursacki-Bryant, T.J., Smart, C., et Vertinsky, I. (2008). The fit between crisis types and management attributes as a determinant of crisis consequences. In G. P. Hodgkinson et W. H. Strabuck (Eds.), *The Oxford Handbook of Organizational Decision Making*, Oxford : Oxford University Press, 174-193.
- Vaughan, D. (1996). *The challenger launch decision: Risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago : University of Chicago Press.
- Vaughan, D. (2005). System effects : On slippery slopes repeating negative patterns and learning from mistake? In W. H. Starbuck et M. Farjoun (Eds.), *Organization At The Limit : Lessons From The Columbia Disaster*, 41-59.
- Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Edition des archives contemporaines.
- Veil, S.R. (2011). Mindful Learning in Crisis Management. *Journal of Business Communication*, 48 (2), 116-147.
- Vraie, B (2016). *Management sous stress. Prise en compte des facteurs de stress aigue dans la gestion des crises. Les impacts du stress aigue sur les capacités des décideurs en situation de crise*. Paris : Panteon Sorbonne 1.
- Vraie, B (2018). *Stress aigue en situation de crise*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

- Vulbeau, A. (1998). En terrain de connaissance. Texte éditorial dans « Hommes et femmes de terrain ». *Informations sociales*, n°72, 4-13.
- Vulbeau, A. (2009). L'éducation tout au long de la ville. In G. Brougère, et A-L. Ulmann, *Apprendre de la vie quotidienne*, 43-53. Paris : Presses Universitaires de France.
- Vulbeau, A. (2013). Contrepoint. La crise du concept de crise, *Informations sociales*, 180 (6), 71-81.
- Vulbeau, A. et Becquet, V. (2015). *L'action publique en réponse à la crise de l'école*. Paris : Presses de l'Université d'Artois.
- Weick, K.E. (1987). Organizational culture as a source of high reliability. *California Management Review*, 29 (2), 112-127.
- Weick, K.E. (1988). Enacted sensemaking in crisis situations. *Journal of Management Studies*, 25 (4), 305-317.
- Weick, K.E. (1990). The vulnerable system : An analysis of the Tenerife air disaster. *Journal of Management*, 16 (3), 571-593.
- Weick, K.E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations : The Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38 (4), 628-652.
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. CA : Thousand Oaks.
- Weick, K.E. et Quinn, R.E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-368.
- Weick, K.E. et Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected : Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Weick, K.E., Sutcliffe, K. M., et Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. In R. I. Sutton et B. M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior*, 21, Elsevier Science/JAI Press, 81-123.
- Weick, K.E., Sutcliffe, K.M. et Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16 (4), 409-421.
- Wicks, D. (2001). Institutionalized mindsets of invulnerability : differentiated institutional fields and the antecedents of organizational crisis. *Organizational Studies*, 22 (4), 659-692.