



HAL
open science

**Expérimentation sensible, guidage de l'attention et
objectivation des émotions. L'éducation au sang froid
dans une formation médicale à la prise en charge
d'urgences vitales par simulation**

Julien Bernard

► **To cite this version:**

Julien Bernard. Expérimentation sensible, guidage de l'attention et objectivation des émotions. L'éducation au sang froid dans une formation médicale à la prise en charge d'urgences vitales par simulation. *L'Ethnographie: création, pratiques, publics*, 2022, 7, pp.[En ligne]. hal-04405940

HAL Id: hal-04405940

<https://hal.science/hal-04405940>

Submitted on 23 Jan 2024

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.

Version avant mise en page de la revue

Julien BERNARD

Maître de conférences en sociologie à l'université Paris Nanterre, chercheur au Sophiapol (EA3932). Ses travaux de recherche s'inscrivent dans le champ de la socio-anthropologie du corps et des émotions et ont principalement porté sur le travail des pompes funèbres et le don du corps à la science. Il s'intéresse désormais aux apprentissages du travail émotionnel dans les métiers du soin.

Résumé : Le travail en services d'urgences nécessite de composer avec de multiples stimulations sensorielles produisant une charge cognitive et émotionnelle forte. Des exercices de simulation ont pour objet de former les apprenants à l'appréhension sensible et cognitive de situations stressantes. Cet article étudie les mécanismes d'apprentissage à l'œuvre dans les simulations afin de montrer en quoi ils permettent d'incorporer des modèles de comportements propres à la culture urgentiste.

Mots-clés: sensibilité, simulation, travail, urgences, émotions

Title: Sensitive experimentation, attention guidance and objectification of emotions. Cold blood education in medical training in the management of life-threatening emergencies by simulation.

Abstract: Working in an emergency department requires dealing with multiple sensory stimuli producing a high cognitive and emotional load. Simulation exercises aim to train learners in the sensitive and cognitive understanding of stressful situations. This article studies the learning process in simulations at work, in order to show how they allow the incorporation of behavioral models specific to the emergency culture.

Key words :sensitivity, simulation, work, emergencies, emotions

Expérimentation sensible, guidage de l'attention et objectivation des émotions. L'éducation au sang-froid dans une formation médicale à la prise en charge d'urgences vitales par simulation

Le travail de soin suppose le déploiement d'une large gamme de capacités cognitives et techniques mais aussi relationnelles. La maîtrise pratique de procédures pour établir un diagnostic et effectuer des soins ou des traitements ne garantit pas une prise en charge optimale. Travailler en équipe et avec des êtres humains nécessite d'adapter ces procédures en fonction d'une multitude de signaux émanant du contexte de prise en charge. C'est particulièrement le cas dans les situations d'urgence vitale où la criticité et l'incertitude obligent à supporter une charge cognitive et émotionnelle forte. Les capacités de prendre des informations et des décisions rapidement s'articulent avec un travail émotionnel sur soi et sur autrui.

Cet article interroge l'articulation de ces capacités et les modalités d'apprentissage. Comment les soignants apprennent-ils à composer avec la dimension émotionnelle de leur métier ? À quelles informations faut-il être particulièrement sensible ? Comment hiérarchiser celles-ci et

optimiser leur communication lors du travail en équipe ? Jusqu'où les soignants doivent-ils s'engager subjectivement dans l'action ? À quel moment risquent-ils de perdre leur regard critique sur l'action en train de se faire ?

L'apprentissage de la dimension sensible du métier de soignant résulte sans doute de l'expérience professionnelle, de la confrontation à des situations éprouvantes ou gratifiantes et d'une forme de synthèse inconsciente de ces expériences selon les personnalités de chaque soignant. Mais il fait aussi l'objet de tentatives de réflexions collectives et de formalisations pratiques au sein de certains enseignements dans les cursus de médecine et de soins infirmiers, en particulier ceux qui emploient pour ce faire une pédagogie par simulation, que ce soit en formation initiale ou continue. Ces dispositifs ont en effet pour objet de placer les apprenants dans des situations cadrées et scénarisées de sorte à simuler la réalité du travail vécu en contexte professionnel. Ils visent à produire une illusion de la réalité dans laquelle les apprenants doivent se conduire comme si la situation était « réelle ». Il s'agirait ainsi d'« enseigner des procédures [...] et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision.¹ »

Ces mises en situation simulées permettent-elles de dépasser un apprentissage cognitif et technique afin d'intégrer les dimensions sensibles et relationnelles ? Par quels mécanismes expérientiels, interactionnels, cognitifs et/ou émotionnels cet apprentissage se produirait-il ? Celui-ci conduirait-il par ailleurs à l'intériorisation de modèles de comportements propres à une culture professionnelle ?

Cet article présente une ethnographie d'une séance de formation à la prise en charge des urgences vitales de l'enfant. Le travail en urgences vitales apparaît comme exemplaire d'un travail spécifique de mise à l'épreuve de la sensibilité des apprenants qui vise l'apprentissage d'une maîtrise des émotions propre à la culture urgentiste². Le cadre d'analyse propose d'adjoindre à la microsociologie axée sur la cognition en situation les apports de la socio-anthropologie des sens. L'analyse se focalisera sur les facteurs sensoriels et affectifs engagés dans la mise en situation et sur leur analyse par les apprenants et leur formateur. Il s'agit par-là de comprendre les manifestations des affects *in situ* et leurs mises en signification comme révélateurs d'un apprentissage particulier du sensible / par le sensible.

Encadré méthodologique :

Notre investigation de séances de formation par simulation s'inscrit dans le cadre d'une recherche socio-anthropologique plus générale sur la formation aux aspects relationnels et émotionnels des métiers du soin. Le recueil de données sur les simulations repose sur des observations directes, des observations participantes (en tant qu'acteur des simulations³) et des

¹ GRANRY Jean-Claude, MOLL Marie-Christine, *Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins*. Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf, p.7.

² INGRAO Christian, « Visages de l'urgentisme. Dispositifs, expérience, paroxysme », *Sensibilités*, vol. 2, n°3, 2017, p.64-78.

³ La participation aux exercices en tant que patient simulé, proche de patient ou assistant des équipes de soin, permet de vivre *in vivo* les effets de la simulation. Nous présentons ces effets subjectifs et les questions méthodologiques qu'ils posent dans BERNARD Julien, « Un sociologue en simulation. Observations participantes et émotions dans des formations médicales par simulation », dans Stéphane Héas et Omar Zanna (dir.), *Les émotions dans la recherche en sciences humaines et sociales. Epreuves de terrain*, Rennes, Presses universitaires, coll. le sens social, 2021, p.93-114.

entretiens avec des formateurs et des apprenants. L'enquête de terrain s'est déroulée entre 2017 et 2019, lors de formations par simulation dans les domaines des soins relationnels (six séances de trois heures), de l'annonce de mauvaise nouvelle (deux journées de huit heures), de la prévention du risque suicidaire en psychiatrie (deux séances de quatre heures), de l'urgence vitale de l'enfant (une séance de deux heures pour des internes en médecine et deux fois deux journées d'un Diplôme inter-universitaire interprofessionnel), des prélèvements multi-organes (deux fois une journée), et du debriefing pour former des formateurs par simulation (une journée)⁴.

Des dispositifs de formation en plein essor

L'usage de dispositifs de simulation pour l'apprentissage ou la formation n'est pas un phénomène nouveau. L'entraînement à la joute équestre pour les tournois des chevaliers du Moyen-âge s'effectuait grâce à des mannequins fixés aux chevaux. L'intérêt des jeux d'imitation pour les apprentissages de l'enfant constitue également un savoir de référence de la psychologie du développement. Dans le domaine de la santé, l'entraînement chirurgical sur des corps morts, l'usage de cires anatomiques, de mannequins en bois articulés, ou la « machine » d'Angélique du Coudray pour enseigner l'art de l'accouchement, constituent des références importantes de l'histoire de la formation médicale et paramédicale.

Au 20^{ème} siècle cependant, les évolutions technologiques ont modifié les dispositifs de formation par simulation en particulier dans l'aéronautique et l'armée⁵. L'utilisation du numérique pour l'entraînement des contrôleurs aériens⁶, des pilotes de ligne⁷ ou aujourd'hui des pilotes de drones⁸ a pu interroger le « caractère de plus en plus technocentré⁹ » de ces dispositifs. Le numérique introduit une « discontinuité forte avec l'expérience sensible », ce qui conduit à un processus de « désanthropomorphisation » du rapport à la technique, c'est-à-dire à l'instauration d'un rapport à l'outil qui s'éloigne du « montage physio-psycho-sociologique » caractérisant les « techniques du corps » selon Marcel Mauss¹⁰. L'entraînement sur simulateur conduit par ailleurs à une forme de déréalisation de la dimension collective du travail. Ainsi, pour Gérard Dubey et Alain Gras : « Par le jeu du virtuel technologique un savoir fonctionnel est acquis. Nous restons dans le cadre du cognitif [...] mais toute activité de travail est aussi une tâche qui intègre socialement les individus dans des groupes dont la performance est collective et résulte de relations affectives, émotionnelles, sensuelles.¹¹ »

⁴ Les séances ont été décrites aussi précisément que possible en temps réel par prise de notes manuelles ou sur ordinateur. Certaines scènes ont été filmées et certains débriefings enregistrés sur dictaphone avec l'accord des participants. L'analyse des matériaux s'est d'abord attachée à séparer les considérations médicotéchniques des aspects relationnels et émotionnels. Ceux-ci ont ensuite fait l'objet d'une analyse spécifique visant à des catégorisations croisées selon les types d'émotions observées ou verbalisées par les acteurs, les moments de leur expression et leur objectivation par les pairs ou les formateurs.

⁵ RUTTIMANN Michel et VAUTRIN Denise, « Histoire de la simulation médicale militaire », *Médecine et armée*, vol.45, n°5, 2017, p.495-500.

⁶ DUBEY Gérard, « La simulation à l'épreuve du lien social », *Le travail humain*, vol.64, n°1, 2001, p.3-28

⁷ DUBEY Gérard, « La simulation informatique à l'épreuve de l'altérité », *Socio-anthropologie*, n°3, 1998.

⁸ DUBEY Gérard, « Grandeur et misère de l'humain augmenté. Le cas du pilote sans avion », *L'homme et la société*, vol.2, n°207, 2018, p.75-97.

⁹ *Ibid.* p.76.

¹⁰ MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, Quadrige, 1950 [1934], p. 365-386.

¹¹ DUBEY Gérard, GRAS Alain, « Les limites de la pensée formelle dans la formation. Le cas de l'apprentissage par les techniques de simulation », dans Bruno Maggi (dir.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et formation*, Paris, PUF, 2000, p.111.

Les simulations développées ces cinquante dernières années dans de nombreux secteurs professionnels¹² ne reposent cependant pas toutes sur une « fascination pour les simulateurs techniques¹³ ». Certaines, comme les entraînements aux entretiens infirmiers, ne font pas appel à des artefacts ; d'autres, comme les simulations de prise en charge d'urgence vitale, utilisent des formats hybrides avec travail en équipe autour d'un mannequin. En santé, le développement de la simulation peut être lié à certaines évolutions matérielles, notamment la généralisation des mannequins en plastique dans les années 1970, mais il doit aussi beaucoup à une structuration professionnelle et académique du secteur, comme en témoignent le développement des centres de simulation dans les facultés de médecine dans les années 1990-2000¹⁴, la création de la Société francophone de simulation en santé (SoFraSimS) en 2014, ou la constitution d'espaces de publications comme la revue *Simulation in Healthcare*¹⁵. Il est en outre porté par des incitations institutionnelles fortes. Encouragée par la Haute autorité de santé pour tendre vers un principe idéal – « jamais la première fois sur le patient » – et réduire le risque d'erreurs ou de maladroites en situation de soins¹⁶, elle est introduite comme dispositif d'évaluation validant des enseignements des diplômes d'études spécialisés dans la réforme du 3^e cycle des études de médecine de 2017¹⁷.

Portée par les tendances plus générales de « demande croissante d'opérationnalité des personnes en sortie de formation »¹⁸ et par « l'approche par compétences des nouveaux référentiels de formation », la simulation amène, à l'intersection du pédagogique et du professionnel, « à reconsidérer la pédagogie à partir de l'analyse des situations de travail.¹⁹ »

Ces tendances expliquent sans doute pourquoi les simulations en santé font l'objet d'un nombre de publications croissant dans les revues de médecine et de pédagogie médicale, en particulier dans les domaines de l'anesthésie/réanimation et des urgences²⁰. L'impossibilité de former les soignants à la prise en charge de problématiques rares ou complexes sans risque pour le patient en situation réelle dans ces spécialités régulièrement exposées à des « situations critiques²¹ » a conduit les médecins et pédagogues médicaux à investir le terrain de l'apprentissage par simulation. Bon nombre de publications se sont alors attachées à présenter des retours

¹² Comme en témoignent certains numéros thématiques de revues dont *Recherche et formation*, n°82, dossier « Simulation et formation », 2016, ou « Mettre en scène l'activité : les nouvelles figures de la simulation », *Activités*, vol.1, n°15 2018.

¹³ AUDRAN Jacques, « Se former par la simulation, une pratique qui joue avec la réalité », *Recherche et formation*, n°82, 2016, p.9.

¹⁴ RUTTINBERG Michel et VAUTRIN Denise, *loc.cit.*, p.497.

¹⁵ <https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/pages/default.aspx>

¹⁶ GRANRY Jean-Claude, MOLL Marie-Christine, *op.cit.*

¹⁷ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées.

¹⁸ AUDRAN Jacques, *loc.cit.*, p.9.

¹⁹ POLICARD Florence, « Apprendre ensemble à travailler ensemble. L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives », *Recherches en soins infirmiers*, vol.2, n°117, 2014, p.46.

²⁰ Les publications médicales sur le sujet ont augmenté de près de 120% entre 2000 et 2010 selon RUTTINBERG Michel et VAUTRIN Denise, *loc.cit.*, p.497.

²¹ JAFFRELOT Morgan et al. « Simulation et gestion de crise », *Réanimation*, n°22, 2013, p.569-576.

d'expériences aux formats et objectifs variables²², ainsi qu'à essayer de mesurer les effets de la simulation sur les apprenants en termes d'apprentissage²³.

Le leitmotiv de ces expériences a été de limiter la part des facteurs humains dans la survenue d'événements indésirables²⁴. La caractérisation de ces facteurs oscille entre dimensions cognitives – les « processus de récupération et d'analyse des informations » – affectives – « les tensions hiérarchiques, les facteurs liés au stress ou à la fatigue (...) l'excès de confiance » – ou organisationnelles – « coopération, leadership et coordination d'équipe.²⁵ »

Afin de réduire ces risques, l'ingénierie pédagogique – en dialogue avec les sciences de l'éducation, la psychologie sociale, la psychologie du travail, l'ergonomie et la didactique professionnelle – s'est attachée à penser une « pédagogie des situations » par laquelle « il s'agit de confronter les apprenants à des situations judicieusement choisies, qui comportent un problème, pour lequel les acteurs ne possèdent pas de procédure leur permettant d'aboutir à coup sûr au résultat²⁶ ». La mise à l'épreuve des apprenants, la mobilisation de leurs ressources, le travail en fonction des partenaires²⁷ constituent une entrée pragmatique²⁸ dans une démarche d'apprentissage où « le rapport entre la situation et le savoir à mobiliser n'est pas clairement établi ». Cependant l'expérience ne prend sens que par l'analyse réflexive qui lui succède²⁹ et par la justification des choix effectués qui obligent à « mettre en relation la situation et les savoirs à mobiliser.³⁰ ».

Les principes généraux des formations par simulation

²² Les simulations en santé diffèrent selon les spécialités médicales ou paramédicales, les objectifs pédagogiques visés, les lieux de l'expérience, le recours à des technologies, les types de patients standardisés, la mesure des effets de la simulation sur les participants... ce qui ne facilite pas leur comparaison. Pour un aperçu de la diversité des dispositifs, cf. GRANRY Jean-Claude, MOLL Marie-Christine, *op.cit.*

²³ Avec des résultats probables mais incertains. Selon Jaffrelot et Pelaccia, il existe trop de facteurs confondants dans la pratique professionnelle pour attribuer une augmentation de performance à un dispositif de formation. Cependant, certaines améliorations seraient documentées « dans la vitesse d'acquisition de techniques procédurales » et dans « les capacités 'non techniques' ». Cf. JAFFRELOT Morgan et PELACCIA Thierry, « La simulation en santé : principes, outils impacts et implications pour la formation des enseignants », *Recherche et formation*, vol.2, n°82, 2016, p.25.

²⁴ Selon les estimations de JAFFRELOT Morgan et al., 2013, le facteur « humain » est à l'origine de 65 à 80% des erreurs. À partir de l'analyse de 166 exercices de simulation chez les sapeurs-pompiers, Dubrous et Eymard parviennent à des conclusions similaires. DUBROUS Vincent et EYMARD Chantal, « L'apprentissage par simulation chez les infirmiers en formation continue », *Perspectives. Les cahiers scientifiques de l'ENSOPS* (Ecole nationale des officiers de sapeurs-pompiers), 2017.

²⁵ JAFFRELOT Morgan, et al., *loc.cit.*, p.570.

²⁶ PASTRE Pierre, MAYEN Patrick, VERGNAUD Gérard, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie*, n°154, 2016, p.189.

²⁷ PELLEN-BLIN Martine, ALBERT Magali, « La simulation des situations de travail, un outil au service de l'analyse de l'activité collective », *Ergonomie et organisation du travail*, Actes du 44^e congrès de la Société d'ergonomie de langue française, 2009, p.29-39.

²⁸ Certains auteurs-formateurs se réfèrent explicitement aux conceptions pédagogiques de John Dewey, et notamment sa théorie de la valuation faisant le lien entre comportement en situation, émotions, et valeurs. Voir par exemple VARI Judit, « Jouer sérieusement pour se former à l'éthique ? Débriefing ses émotions pour apprendre », *Spirale – Revue de recherches en éducation*, vol.1, n°61, 2018, p.69-81.

²⁹ Selon JAFFRELOT et PELACCIA, *loc.cit.*

³⁰ PASTRE Pierre et al., *loc. cit.*, p.190.

À la suite de ces apports expérimentiels et académiques, l'apprentissage par simulation a été codifié afin d'établir des « bonnes pratiques³¹ ». Suivant ces principes, toutes les formations par simulation observées reposent sur une organisation en trois temps principaux – *briefing*, mise en situation, *débriefing*.

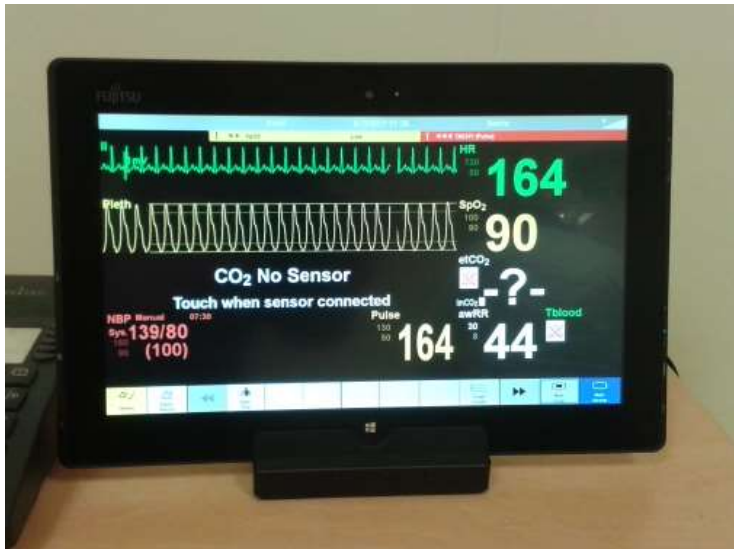
Les séances commencent par une familiarisation avec l'environnement et le matériel qui servira à la mise en situation. Le contexte, le décor et les objets varient selon les formations puisqu'ils dépendent du type de prise en charge travaillé. Si, pour un entretien en psychiatrie, une table et une chaise suffisent, il faut recréer un bloc opératoire pour simuler une opération chirurgicale. Les outils à disposition, eux-aussi, changent selon les spécialités et le niveau de technicité requis par l'exercice, ce qui a notamment une incidence sur le type de « patient » proposé en simulation. Le rôle du « patient simulé » peut en effet être joué par un apprenant, un acteur professionnel ou un élève d'école de théâtre. Mais les patients peuvent aussi être simulés par des mannequins qui seront nommés « basse-fidélité » ou « haute-fidélité » en fonction de leur potentiel d'interactivité.



[Fig.1 : Exemple de mannequin nourrisson « haute-fidélité ». On remarque les fils et capteurs qui permettent de relier le mannequin à l'ordinateur et à l'opérateur qui commande ses réactions. © : Julien BERNARD]

Les mannequins « haute-fidélité » sont pilotés à distance par le formateur, *via* un ordinateur. En fonction des actions réalisées par les apprenants, ils émettent des sons, comme des gémissements en cas de douleur. De même, les « constantes » ou signes vitaux (fréquences cardiaque et respiratoire, pression artérielle, saturation d'oxygène...) sont transcrites en temps réel sur le moniteur dédié (le « scope »).

³¹ Haute autorité de santé (HAS) « Evaluation et amélioration des pratiques. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé », décembre 2012 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf



[Fig.2 : Ecran d'un moniteur affichant les constantes vitales : le « scope ». © : Julien BERNARD]

Après l'énoncé des orientations pédagogiques visées, le formateur présente un cas clinique, une ébauche de scénario et les personnages de l'action. Il distribue les rôles aux apprenants : patient, proches, différents types de professionnels. Selon le rôle joué, les informations données diffèrent afin de se rapprocher d'une réalité sociale marquée par l'incomplétude des informations que les acteurs ont les uns sur les autres³².

Après l'exercice, le débriefing commence immédiatement par une phase d'expression dite de « ventilation » des états subjectifs. Il s'agit d'auto-évaluer la charge cognitive et le stress vécu et d'exprimer librement ses sentiments. En prenant en compte ces éléments, le formateur amène les apprenants à analyser leur pratique professionnelle de façon chronologique ou thématique. Le débriefing se conclut par une synthèse des axes d'amélioration de prise en charge possibles.

L'analyse de situation du point de vue des sciences sociales : « action située » et approches socio-anthropologiques du sensible

La sociologie et l'anthropologie n'ont que peu investigué les situations de simulation³³ comparativement aux sciences de l'éducation et à la psychologie du travail. Ces situations s'inscrivent pourtant pleinement dans ce que Erving Goffman avait proposé d'appeler des « modalisations de cadres », c'est-à-dire des situations où un « cadre primaire » (ici, la prise en charge d'un patient) fait l'objet d'une transformation « en une autre activité qui prend la première [situation] pour modèle³⁴ ». Cette attention aux « cadres de l'expérience » devait conduire le chercheur, selon Goffman, à questionner les formes de perception et de jugements qu'ont les acteurs en situation ainsi que les effets des « défaillances » de cadrage créant du trouble chez les participants, pour, *in fine*, comprendre les formes de construction de la réalité en situation.

³² LIVET Pierre, « Cognition et sciences sociales : le paradigme de l'incomplétude », dans Nicole Ramognino et Pierre Vergès, *Sociologie et cognition sociale*, Marseille, Presses de l'université de Provence, 2005, p.179-194.

³³ À l'exception de Gérard Dubey, Caroline Moricot et Alain Gras.

³⁴ GOFFMAN Erving, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit, 1991 [1974] p.52. À la différence des cadres « fabriqués », les participants savent dans le cas des modalisations que le cadre est volontairement transformé. Dans la typologie de Goffman, les simulations seraient des modalisations de l'ordre du « faire semblant » et de la « répétition technique ».

Cette référence centrale pour l'ethnométhodologie s'est proposée d'analyser les influences mutuelles du cadre et des actions, en particulier grâce à l'analyse du langage, conçu comme indexé au cadre³⁵, performatif et révélateur de la réflexivité des pratiques³⁶. S'intéressant particulièrement aux situations intégrant des objets, les théories dites de l'action située, de la cognition située ou encore de l'apprentissage situé ont ainsi cherché à prendre en compte « l'environnement comme ressource, la contextualisation dans la prise d'information et le rôle des objets informationnels comme médiateurs entre le monde et l'activité³⁷ ». Se situant « à l'interface des sciences cognitives et du constructivisme social³⁸ », cet ensemble de travaux a su renouveler le regard sur l'inscription sociotechnique de la cognition individuelle.

Cependant, malgré tout leur intérêt, ces approches nous semblent sous-tendues par une conception de la cognition excluant, ou ne traitant qu'à la marge, le sens subjectif vécu et donné dans l'expérience de la situation de travail³⁹ et la dimension corporelle de celle-ci, renouvelant ainsi un certain dualisme. Les sensations, perceptions et émotions qui structurent « l'information ascendante » peuvent en effet sembler négligées au profit des « caractéristiques descendantes, issues de l'appareil cognitif » qui fonctionnerait comme « réservoir de ressources et de mémoire⁴⁰ ». Or les dimensions sensorielles et cognitives sont fortement intégrées dans la perception, celle-ci étant « à la fois soumise et active, montante et descendante, automatique et contrôlée, pour la constitution d'un monde intérieur aussi subi que construit⁴¹ ». Il importe alors de s'intéresser davantage au rôle de la corporéité sur « la mise en ordre du monde⁴² » par la production de « signes et de symboles, à travers les gestes, les postures et les expressions qu'ils provoquent⁴³ ».

Si différentes traditions issues de la microsociologie, telles que la sociologie pragmatique⁴⁴ ou la sociologie du travail émotionnel⁴⁵, ont porté leur attention sur le rôle des sens et la dynamique des émotions en situation, la socio-anthropologie des sens a quant à elle véritablement constitué

³⁵ GOFFMAN Erving, « La situation négligée », *Les moments et leurs hommes*, (textes recueillis et présentés par Yves Winkin), Paris, Seuil / Minuit, 1988, p.143-149

³⁶ CONEIN Bernard, JACOPIN Éric, « Action située et cognition. Le savoir en place », *Sociologie du travail*, 1994.

³⁷ *Ibid.*, p.496.

³⁸ GRISON Benoît, « Des sciences sociales à l'anthropologie cognitive. Les généalogies de la cognition située », *Activités*, n°1-2, 2004, p.1.

³⁹ Le même regret a été formulé dans le champ de la psychologie des acquisitions. Cf. ROGALSKI Janine, « La didactique professionnelle : une alternative aux approches de 'cognition située' et 'cognitiviste' en psychologie des acquisitions », *Activités*, 1-2, 2004, et « Nouvelles pistes de recherche et évolutions de la didactique professionnelle », *Travail et apprentissages*, 13, 2014, p.139-154.

⁴⁰ LE BLANC Benoît et CLAVERIE Bernard, « Entre sensation et cognition : l'illusion explicative », *Hermès*, vol.1, n°74,2016, p.66-70.

⁴¹ *Ibid.*, p.68.

⁴² GRANGER Christophe, « Le monde comme perception », *Vingtième siècle*, vol.3, n°123, 2014, p.10.

⁴³ GELARD Marie-Luce, « L'anthropologie sensorielle en France. Un champ en devenir ? », *L'Homme*, n°217, 2016, p.100.

⁴⁴ La sociologie pragmatique focalise en effet sur les démarches d'exploration du monde et d'enquête qui caractérisent les individus placés face à des épreuves les rendant vulnérables. Les troubles vécus sont considérés comme moteurs d'action et de justifications. Cf. BREVIGLIERI Marc et STAVO-DEBAUGE Joan, « Le geste pragmatique de la sociologie française », *Anthropolítica*, n°7, 1999, p.7-22.

⁴⁵ Le travail émotionnel désigne l'effort réalisé pour afficher ou ressentir l'émotion appropriée aux circonstances. Il suppose des compétences de compréhension des situations sociales et de régulation émotionnelle. Cf. HOCHSCHILD Arlie, *Le prix des sentiments*, Paris, La découverte, 2017.

en objet spécifique d'analyse les « significations associées aux diverses sensations⁴⁶ ». Le corps sensible y est en effet étudié sous les prismes des « modes d'inculcation des usages sensoriels, de l'éducation des sens et des compétences perceptives⁴⁷ », en lien avec le langage – du fait que « les messages de nos sens développent des formes culturelles langagières » qui « amènent à la construction de rôles sociaux » en produisant des « attentes affectuelles⁴⁸ » – et la culture matérielle – en problématisant « le corps, la technique, l'outil et le geste de façon holistique.⁴⁹ »

Ce cadre d'analyse nous semble particulièrement adapté à l'analyse des formations par simulation. Comme nous allons le voir ci-après, ces formations se présentent comme des mises à l'épreuve des sens en vue de développer certaines compétences perceptives, émotionnelles et langagières dans un environnement technicisé. Si « l'anthropologie des sens n'est pas celle des émotions, ni de la perception⁵⁰ », on considère néanmoins que ces dimensions forment un ensemble analytiquement cohérent. En effet, si la perception est un jugement et une mise en ordre des sensations⁵¹, elle est aussi déterminée par des processus cognitifs de sélection d'informations « en plus » – en fonction des « intentions de l'individu confronté au monde qui l'entoure⁵² », c'est-à-dire de « la motivation, l'attente et l'effort subjectif de celui qui va chercher l'information et de son évaluation d'utilité⁵³ » – et « en moins » – pour « ne laisser passer que ce qui est utile au sujet » et le préserver « de la surcharge comme des informations nocives ». Dans cette activité d'« ajustement au monde » qui « implique de faire la part de la perception et du raisonnement⁵⁴ », l'émotion peut apparaître comme un trouble de l'adaptation produit par une discontinuité entre dispositions mentales activées ou activables et perception de la situation⁵⁵, mais aussi comme signal de la saillance d'un trait de la situation en cours ou de la coordination d'équipe⁵⁶ invitant à l'action mais pouvant aussi l'inhiber. La dynamique constante de réaction aux stimuli, d'évaluation intéroceptive et de prédiction des états sensorimoteurs à venir doit alors conduire à une « régulation de l'attention et du contrôle exécutif, en particulier lorsqu'il s'agit d'événements évocateurs sur le plan affectif⁵⁷ ». Cependant, malgré toutes les potentialités du « langage des sens⁵⁸ », cette capacité d'ajustement ne serait que très incomplète sans précision verbale. « En dirigeant l'attention, en communiquant l'intentionnalité et en organisant l'expérience partagée⁵⁹ », les mots permettent de réduire la distance entre l'état affectif ressenti par le sujet et celui qui est perçu par autrui. Dans une dynamique interactionnelle, la perception des émotions résulte alors d'une « conceptualisation synchronisée » entre les acteurs. Le sens s'instaure ainsi « dans la relation

⁴⁶ HOWES David, MARCOUX Jean-Sébastien, « Introduction à la culture sensible », *Anthropologie et sociétés*, vol.30, n°3, 2006, p.10

⁴⁷ GELARD, *loc.cit.*, p.93.

⁴⁸ GELARD Marie-Luce et SIROST Olivier, « Corps et langages des sens », *Communications*, vol.1, n°86, 2010, p.9.

⁴⁹ BARTHOLYNS Gil et JOULIAN Frédéric, « Faire corps. Le corps instrument », *Techniques&Culture*, n°62, p.7.

⁵⁰ GELARD, *loc.cit.*, p.97.

⁵¹ CANDAU Joël, « Intersensorialité humaine et cognition sociale », *Communications*, vol.1, n°86, 2010, p.28.

⁵² LE BRETON David, *La saveur du monde*, Paris, Métailié, 2006, p.29.

⁵³ LE BLANC Benoît et CLAVERIE Bernard, *loc.cit.*, p.67.

⁵⁴ LE BRETON David, *op.cit.*, p.57.

⁵⁵ LIVET Pierre, *Emotions et rationalité morale*, Paris, PUF, 2002.

⁵⁶ DUMOUCHEL Paul, *Émotions. Essai sur le corps et le social*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1995.

⁵⁷ GENDRON Maria et FELDMAN BARETT Lisa, « La perception des émotions. Une synchronie conceptuelle », *Sensibilités*, vol.2 n°5, 2018, p.75.

⁵⁸ GELARD Marie-Luce et SIROST Olivier, *loc.cit.*, p.7.

⁵⁹ GENDRON Maria et FELDMAN BARETT Lisa, *loc.cit.*, p.75.

de l'homme avec les choses et dans le débat noué avec les autres pour leur définition », ce qui permet de « transformer le monde de sensible en intelligible⁶⁰ ».

Cet ajustement au monde de l'urgentisme que les formations par simulation tentent d'ordonner nous semble devoir être étudié en focalisant sur la manière dont les apprenants dirigent leur attention en situation et sur les orientations qui leur sont proposées par les formateurs en la matière. En effet, si « l'information [sensorielle] prend de la valeur selon la direction de l'attention », le « foyer d'attention » s'établit par « habitude et motivation » et « en fonction de leur charge potentielle affective ou leur intérêt cognitif⁶¹ ». Le guidage de l'attention sur certains traits de la situation permet d'introduire « un univers symbolique entre l'homme et le monde⁶² » et peut constituer, en l'occurrence, une socialisation du sensible et par le sensible à la culture urgentiste.

L'ethnographie d'une simulation en urgences vitales de l'enfant

Le cas d'étude proposé ici se situe dans un centre de simulation d'une UFR de médecine. L'espace de travail comprend trois petites pièces. La première sert de réserve technique. La deuxième, équipée d'une table et de chaises, est utilisée pour les briefings et les débriefings. La troisième, où se déroulent les exercices de simulation, reproduit le décor d'un bloc d'urgences.

Les apprenants sont trois internes travaillant aux urgences. Deux externes ont été mobilisées pour jouer le rôle des proches. La séance est encadrée par un Professeur des universités, praticien hospitalier. Elle repose sur le principe du *Rapid Cycle Simulation Training*. Il s'agit, en deux heures, de faire trois simulations, avec la même anamnèse, mais avec un scénario qui se complexifie au fil des mises en situation. Nous décrivons ici la première mise en situation et son débriefing, sans développer leurs considérations médicotéchniques.

Lors des premières minutes, le formateur présente le mannequin, ses potentialités et limites, ainsi que le matériel à disposition. Il met en place l'électrocardiogramme tout en invitant les internes à toucher le mannequin. Une externe s'exclame : « C'est encore plus stressant qu'en vrai ! » Une interne lui répond : « Ne stresse pas, il n'est pas vivant », tandis qu'une autre remarque : « C'est le scope qui est stressant, parce qu'on va voir que ça ne va pas ».

⁶⁰ LE BRETON David, *op. cit.*, p.29.

⁶¹ LE BLANC Benoît, CLAVERIE Bernard, *loc.cit.*, p.68.

⁶² LE BRETON David, *op.cit.*, p.26.



[Fig.3 : Les apprenants prennent connaissance du mannequin nourrisson haute-fidélité et du matériel à leur disposition avant la mise en situation. © : Julien BERNARD]

Les informations de départ livrées par le formateur indiquent que les internes devront jouer leur propre rôle en imaginant qu'ils travaillent dans un service d'urgences pédiatriques comportant plusieurs secteurs. Le scénario concerne un nourrisson de trois mois qui a vomi cinq fois au cours des dernières heures et qui ne se trouve pas dans leur secteur. Les internes comprennent qu'ils vont être appelés parce que l'état de l'enfant se dégrade subitement, bien qu'ils ne connaissent ni l'enfant ni les personnes qui l'accompagnent. Ils ont cependant accès aux constantes du bébé grâce au système informatique du tableau des entrées qui est mutualisé entre les secteurs et peuvent savoir que l'examen clinique d'entrée était normal.

La mise en situation débute par l'arrivée d'une femme dans le bureau des internes qui s'inquiète de ne plus voir son enfant bouger. Les internes se dépêchent d'arriver sur les lieux et procèdent à une série d'évaluations et d'actes médicaux. Ils déploient la procédure de prise en charge habituelle, mais, au bout de cinq minutes, ils constatent que malgré leurs actions, l'enfant ne réagit toujours pas.

Le formateur stoppe l'exercice et le débriefing commence immédiatement par une autoévaluation des niveaux de stress et d'effort mental ressentis par les apprenants (évalués entre 6 et 9/10) puis par une « ventilation » des émotions. L'interne 3 déclare : « Je n'ai pas su trouver ma place, je n'ai pas su intégrer les informations, je n'arrivais pas à saisir ce qu'il fallait que je fasse ». L'interne 2 explique qu'elle ne s'est pas sentie à l'aise non plus, parce « ça ne m'est pas venu spontanément. »

Après quelques éléments concernant le tableau clinique de départ, le formateur demande ce qui les a mis en difficulté. Les internes répondent que le fait d'avoir été trois leur a posé problème. Ils ont le même statut, et, en situation réelle, s'ils ont un problème, ils n'appellent pas un co-interne, mais un chef, « un sénior ». Le formateur demande alors dans quelles circonstances ils doivent ainsi faire appel à un supérieur hiérarchique. Les internes savent qu'ils doivent demander de l'aide si un des systèmes vitaux défaille et admettent que, dans la mise en situation, l'état du système neurologique de l'enfant était mauvais.

Le formateur demande alors pourquoi le sénior n'a pas été appelé. Après un moment de silence, il fait le lien avec le début de la conversation : « Une infirmière ou une maman vous appelle, vous êtes trois internes : vous vous sentez nombreux. L'évaluation de la gravité du patient peut être altérée à la baisse, on peut être inhibé sur certaines prises de décision. Et le sénior on ne pense pas à l'appeler. Donc ça il faut bien le sentir... Un des trois systèmes défaille : il faut appeler un sénior. »

Le débriefing se poursuit par une question sur le relationnel avec la maman. L'interne 1 reconnaît qu'il n'avait « même pas compris que c'était la maman ». Le formateur rappelle qu'« il faut identifier à qui on a à faire », la questionner pour obtenir des informations, mais aussi « essayer de la rassurer, parce qu'elle n'a pas fait preuve de beaucoup d'inquiétude dans l'expression, mais à l'intérieur elle était peut-être très inquiète ». L'interne 3 estime alors que « ça demandait trop de concentration pour qu'on fasse une petite place à la maman ». Le formateur leur fait aussitôt remarquer qu'ils s'étaient plaints quelques minutes plus tôt d'avoir été trop nombreux autour du bébé. « Il aurait fallu qu'il y en ait un qui détache [i.e. qui s'occupe de la maman spécifiquement] », comprend l'interne 2. Le formateur acquiesce et livre quelques conseils : « Il faut dire des choses pour essayer d'apaiser la maman, mais sans lui dire 'ne vous inquiétez pas' ou 'tout ira bien madame' C'est une parole qu'on a tous à la bouche mais ça n'empêche pas la maman d'être inquiète. Il faut être factuel. »

La discussion amène à la question de savoir qui, des trois internes, devait dire à l'un des deux autres d'aller parler avec la maman. Étant au même niveau hiérarchique, il n'y avait pas formellement de « leader » pour coordonner l'équipe. Il aurait alors fallu, selon le formateur, que l'un d'eux prenne ce rôle, à la suite d'une sorte d'évaluation implicite de la place de chacun : « ça s'appelle le leader ressenti, pressenti, positionné en tant que leader, et à partir du moment où il se positionne en tant que leader, effectivement il va donner des consignes à ses aides ».

Le débriefing s'ouvre alors sur la communication au sein de l'équipe. Le formateur explique que « le leader a toujours besoin d'un retour d'information. S'il demande quelque chose, il a besoin d'entendre 'ça, c'est fait ; ça, c'est comme ça'. Il faut des retours pour qu'il soit en permanence informé. C'est une communication en boucle, comme un pilote et son copilote. Il lui faut des échos, sans quoi ça lui fait un travail supplémentaire d'avoir un œil partout ». Le débriefing se poursuit sur un ensemble de considérations médicotéchniques.

Conseils et normes pour composer avec la charge mentale

À la suite de cette description, nous pouvons identifier deux grandes thématiques structurant l'apprentissage de l'interprétation du sensible dans cette situation. La première a trait à la formalisation des pratiques et à la conscience de soi. La seconde, plus collective, concerne la communication, la coordination et le travail relationnel.

Formalisation des pratiques et conscience de soi

L'environnement du dispositif de simulation produit des effets tant sensoriels que cognitifs sur les participants. Le matériel est appréhendé sur les plans tactiles (toucher du mannequin et des instruments), visuels et sonores (« bips » incessants du « scope »), et les apprenants projettent de l'humanité sur le mannequin, entrant ainsi dans la modalisation du cadre primaire. L'exclamation de l'externe « c'est encore plus stressant qu'en vrai » ainsi que les *verbatim* des

internes en débriefing témoignent du réalisme du décor et du matériel, mais aussi des fidélités « psychologique » et « épistémique » du problème à résoudre⁶³, lesquelles détermineraient « l'authenticité perçue⁶⁴ » de la situation et l'incorporation des compétences en facilitant la mobilisation de leurs expériences professionnelles⁶⁵. On peut comprendre ce mécanisme cognitif comme la construction d'une « mémoire de travail » dans un « processus contrôlé » mobilisant « la mémoire à long terme en combinaison avec les informations ascendantes » provenant des sens⁶⁶.

Cependant, la simulation a causé une insatisfaction voire un certain malaise, verbalisés principalement par les internes 2 et 3. Ceux-ci n'ont pas su, selon eux, « intégrer les informations », « savoir ce qu'il fallait faire » et savoir-faire « spontanément ». Ces difficultés sont certes liées à la complexité du cas à résoudre mais il s'agit aussi d'un effet recherché pédagogiquement, afin d'amener les apprenants à connaître leurs limites. En effet, selon des propos du formateur tenus en entretien, il s'agit de faire sentir aux apprenants le moment où le stress « face à une situation qu'ils ne peuvent pas surmonter parce qu'ils ont un bagage insuffisant » atteint une intensité telle que la qualité de la prise en charge est dégradée.

Mettre les apprenants face à une forme d'échec qu'ils ressentent physiquement – ne pas réussir à faire « revenir » le patient ou à le « stabiliser » constitue une source d'inquiétude, puis de peur voire de panique – comporte un double objectif. Il s'agit d'une part de convaincre les apprenants de la nécessité de déployer les algorithmes de prise en charge et de répéter ceux-ci rigoureusement en vue d'acquérir une maîtrise et une connaissance de soi. Si la répétition et la formalisation des enchaînements pratiques sont au fondement de tout apprentissage, ils acquièrent en effet, en situation d'urgence, une importance capitale, en agissant, selon Christian Ingrao⁶⁷, comme « dispositif de contention et de régulation de l'expérience paroxystique que constitue l'irruption de l'accidence dans l'ordinaire. » « La formalisation, en usant de techniques de taylorisation, de management et de recours à l'algorithmique, borde très strictement les répertoires d'action des soignants » et sert ainsi de « protections au moins partielles, temporaires et immédiates, du psychisme », comme le suggère par ailleurs le formateur, pour qui les algorithmes et la répétition des expériences permettent d'entrer « dans un schéma automatique qui laisse peu de place pour des altérations émotionnelles. » Confronter les apprenants à la mort possible du patient – soit-il simulé – constitue ainsi une forme de socialisation émotionnelle venant rappeler l'importance des « bonnes pratiques ». C'est d'ailleurs là, d'autre part, que se situe le second objectif de cette mise à l'épreuve, qui est de rappeler une règle de conduite aux urgences selon laquelle les internes doivent appeler un supérieur si l'un des systèmes vitaux du patient défaille. Le rappel à l'ordre hiérarchique des services hospitaliers a valeur d'avertissement sur les risques pour le patient que peuvent produire des excès de confiance, d'orgueil ou d'obstination. L'émotion déplaisante – la peur pour le patient doublée d'un désarroi comportemental – est censée marquer le moment où les apprenants sont allés au-delà de leur domaine de compétence. La règle de « l'appel à un sénior » s'incorpore *via* une capacité métacognitive, la conscience de son dépassement cognitif.

⁶³ VADCARD Lucile, « Réflexions sur la conception d'environnements de formation par la simulation : le cas de la formation médico-chirurgicale », *Raisons éducatives*, vol.1, n°21, 2017, p.81-96.

⁶⁴ JAFFRELOT Moran, PELACCIA Thierry, *loc.cit.*, p.19.

⁶⁵ MORICOT Caroline, GRAS Alain, « L'usage de la simulation pour l'entraînement des équipages de la patrouille maritime », *Les champs de Mars*, vol.1, n°7, 2000, p.127-134.

⁶⁶ LE BLANC Benoît et CLAVERIE Bernard, *loc.cit.*, p.68.

⁶⁷ INGRAO Christian, *loc.cit.*, p.69 et p.71.

Communiquer pour se coordonner : prendre soin des proches (et des collègues) même dans l'urgence

L'apprentissage de la codification des pratiques et de la conscience de soi se situe sur un plan individuel, même s'il est partagé. Mais les urgentistes devant travailler avec des collègues face à des proches inquiets, leurs prises en charges sont aussi des performances collectives. Celles-ci supposent des compétences particulières d'évaluation et d'adaptation aux états émotionnels, de division du travail et de communication.

Les urgentistes se trouvent pris entre deux injonctions contradictoires : soutenir et informer les familles et ne pas se laisser atteindre par les émotions des proches. Quelques « ficelles du métier » peuvent ainsi être transmises pour canaliser ces émotions (« Il faut être factuel »). Ils doivent également percevoir leur propre état émotionnel, celui du patient, et ceux de leurs collègues. Ces différents états émotionnels peuvent être clairement exprimés, visibles ou réprimés, d'où la difficulté d'ajuster leur réponse comportementale et maintenir un certain ordre émotionnel selon la situation de travail⁶⁸. Cette attention à autrui est un fondement éthique du travail de soin, mais il comporte aussi, au niveau de l'équipe, un objectif fonctionnel, celui de limiter le risque de « contagion » de l'émotion. Comme l'indiquent Henckès et Nurok⁶⁹, si « le premier pouls à prendre est le sien », il s'agit de réaliser « un travail émotionnel d'équipe » : « le rythme trop lent d'un collègue, son visage livide, [...] ou son hyperactivité trahissent l'émotion [qui] peut être contagieuse et menacer l'équipe. »

Cette attention aux états de chacun doit se doubler d'une coordination optimale. Après que les trois internes ont indiqué avoir été gênés d'avoir été au nombre de trois, que l'interne 3 a reconnu n'avoir « pas su trouver [sa] place » et que l'interne 1 a admis ne pas savoir qui était la maman, le formateur les a fait réfléchir à l'effet du nombre d'intervenants sur l'inhibition des prises de décision, et, par conséquent, à la nécessité de hiérarchiser les rôles en désignant implicitement un leader. Il fallait, selon le formateur, « sentir » si la coopération était sous-optimale et « ressentir » qui était le leader « pressenti ». Cette capacité relève à la fois d'une compétence très cognitive relative à la gestion des ressources et à la planification de la prise en charge, mais aussi d'une habileté plus intuitive identifiée dans la littérature médicale de gestion de crise sous le terme de « conscience situationnelle » ou de « sensibilité situationnelle⁷⁰ ». Initialement utilisée pour désigner une capacité individuelle, « cette conscience s'élargit [désormais] au niveau du groupe » amenant à penser une véritable « expertise d'équipe ».

Cette invitation à « sentir » quelle devrait être l'organisation optimale de l'équipe, comme celle d'évaluer l'état affectif des co-actants, constituent les rares concessions à l'intuition laissées aux urgentistes. Le domaine de la communication proprement dite est en effet, lui-aussi, strictement normalisé afin de minimiser les risques d'erreur. L'environnement humain et technique de la situation produit en effet de nombreuses sollicitations sensorielles qui nécessitent d'être clairement détectées, éventuellement amplifiées, pour être objectivées et devenir de véritables informations. Il s'agit de toucher le patient et manipuler des outils, d'écouter les collègues, les proches et le patient, de regarder l'évolution des constantes sur les instruments de mesure. La connaissance est donc à la fois médiée par la technique – les objets

⁶⁸ STRAUSS Anselm et al., « Sentimental work in the technologized hospital », *Sociology of Health and Illness*, vol.4, n°3, 1982.

⁶⁹ HENCKES Nicolas et NUROK Michael, « The first pulse you take is your own' – but don't forget your colleagues. Emotion teamwork in pre-hospital emergency medical services », *Sociology of Health and Illness*, n°37, 2015, p.1029.

⁷⁰ JAFFRELOT Morgan et al., *loc.cit.*, p.571.

fonctionnant ici typiquement comme des artefacts cognitifs⁷¹ – et par les perceptions des membres de l'équipe. Celles-ci établissent une « chaîne causale cognitive » en étant communiquées, les sens étant alors mobilisés comme « sociotransmetteurs », c'est-à-dire comme « média de l'information intersubjective⁷² ». Dans ces transmissions et mises en commun des perceptions, le formateur insiste sur le besoin du leader d'avoir des « échos » et de bénéficier d'une communication « en boucle » qui systématise la reformulation des messages reçus et la formulation des actions entreprises⁷³. La réactivité imposée par l'urgence implique que les informations découvertes et délivrées au cours de la simulation puissent fonctionner comme des affordances sociales fiables, en donnant des prises sur la situation et des invitations à l'action de nature normative.

Une éducation au sang-froid

Les formations par simulation en urgence vitale ne visent pas à développer une compétence sensorielle en particulier, mais à solliciter plusieurs d'entre elles afin d'inviter les apprenants à filtrer et hiérarchiser les informations pertinentes de l'environnement perçues par les sens. L'apprentissage est ainsi à la fois plurisensoriel et intersensoriel dans la mesure où la réussite à l'exercice, outre des connaissances et compétences techniques suffisantes, exige une « sensibilité situationnelle » spécifique permettant de travailler en équipe, prendre soin des personnes présentes et déterminer un plan d'action qui devra être réévalué en fonction des évolutions du patient.

Elles permettent de travailler des cas cliniques, mais aussi de se familiariser avec l'environnement sensoriel des urgences et ses contraintes physiques et psychologiques spécifiques, dont l'accélération parfois subite du rythme de travail et le travail en équipe dans des espaces partagés qui empêche le recours à l'isolement pour réguler la charge émotionnelle⁷⁴. Elles permettent également de répéter des procédures de prise en charge qui, bien plus qu'un corpus de savoirs disciplinaires, sont constitutives de la culture urgentiste⁷⁵. La familiarité avec ces procédures répétées complète « l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle »⁷⁶ pour constituer, dans les termes de Mauss, un « habitus », compris comme facultés corporelles acquises, spécifique. Celui-ci n'est pas, comme chez Pierre Bourdieu⁷⁷, « immédiatement présent, sans distance objectivante » et peu perméable au travail conscient sur soi. Au contraire, il se fonde sur une capacité d'adaptation aux imprévus qui puise dans un répertoire d'expériences passées mais qui ne s'y réduit pas. L'apprentissage expérientiel, en situation de travail ou en simulation, constitue un « horizon de familiarité et de pré-connaissance typiques » ou un « stock de connaissances disponibles », qui, selon Alfred Schütz, reprenant la notion d'habitus telle que conçue par Husserl, permettront à l'apprenant une « thématization » de la situation, suite à une « conversion attentionnelle » qui « met en relief » certains aspects de l'expérience, pour finalement pouvoir « typifier » celle-ci⁷⁸. L'« éducation au sang-froid » et la « résistance à l'émoi » qui en résulte, conçue par Mauss comme « technique du corps », ne

⁷¹ Cf. NORMAN Donald, « Les artefacts cognitifs », *Les objets dans l'action*, Raisons pratiques, n°4, 1993, p.15-34.

⁷² CANDAU Joël, *loc.cit.*, p.32.

⁷³ Cette méthode en « feed-back » provient du Crew Resource Management en aéronautique. Cf. CHAUVIN Christine, CLOSTERMANN Jean-Pierre, « Analyser la cognition d'équipe à la lumière des boucles de communication », *Epique*, 2015.

⁷⁴ PENEFF Jean, *L'hôpital en urgence. Etude par l'observation participante*, Paris, Métailié, 1992.

⁷⁵ INGRAO Christian, *loc.cit.*

⁷⁶ MAUSS Marcel, *loc.cit.*

⁷⁷ BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997, p.168.

⁷⁸ PERREAU Laurent, « Attention et pertinence chez Alfred Schütz », *Alter*, n°18, 2010.

relève donc pas simplement, comme l'indiquait Mauss, d'un mécanisme cognitif d' « inhibition des mouvements désordonnés. » Elle ne résulte pas non plus d'un habitus purement corporel comme le suggérait Merleau-Ponty. Elle suppose, dans des allers-retours indissociablement corporels et cognitifs, une écoute, une analyse et un contrôle des sensations et émotions dans l'action en train de se faire. C'est dans ce cadre que la simulation provoque des émotions et leur verbalisation pour expérimenter, objectiver et intégrer à un niveau métacognitif la conscience des effets des sollicitations sensorielles et émotionnelles, en faisant l'hypothèse d'une « mémorisation de l'événement vécu en l'associant aux émotions et affects qui l'accompagnent⁷⁹ ». Ce travail individuel n'en demeure pas moins social puisque, comme le rappelle la phénoménologie sociale de Schütz, les structures de pertinence qui guident l'attention et les stocks de connaissance disponibles qui permettent de typifier l'expérience ne sont pas communément partagés mais relèvent de constructions sociales. Ainsi, comme l'écrivent Peter Berger et Thomas Luckmann⁸⁰ : « En vertu des rôles qu'il joue, l'individu est conduit dans des régions spécifiques de connaissance socialement objectivée (...) dans le sens d'une 'connaissance' des normes, des valeurs, et même des émotions. » De là, l'interprétation et la connaissance du sensible s'institue par équilibres et synthèses entre « structures » et « genèses » de nouveaux cadres de compréhension, à la manière dont Jean Piaget concevait l'articulation constructiviste du cognitif et de l'affectif en psychologie de l'intelligence⁸¹ : « L'affectivité constitue l'énergétique des conduites dont l'aspect cognitif se réfère aux seules structures. Il n'existe donc aucune conduite, si intellectuelle soit-elle, qui ne comporte à titre de mobiles des facteurs affectifs ; mais réciproquement il ne saurait y avoir d'états affectifs sans intervention de perceptions ou de compréhensions qui en constituent la structure cognitive. »

*

Par la simulation, l'apprentissage de l'urgentisme est supposé passer par une action située et incarnée modalisant le cadre primaire d'une prise en charge pour construire une expérience et une réalité spécifiques dont les propriétés et les enseignements pourront être transposés en situation professionnelle. Les exercices placent en effet les apprenants face à une multitude de signaux réalistes – signes cliniques du patient, expressions affectives des proches ou des collègues, informations délivrées par les membres de l'équipe – et intéroceptifs – stress, charge mentale, affects – avec lesquels ils devront composer pour réaliser une prise en charge optimale. Le recours à des procédures codifiées de prise d'information, d'action, d'évaluation de l'action, de division du travail et de communication permet de limiter le risque d'erreurs. Cependant, le risque de voir la charge mentale ou la charge émotionnelle dégrader la qualité de la prise en charge n'est pas exclu. Afin de sensibiliser les apprenants à ce risque, les simulations sont conçues autour de scénarios rares ou complexes afin de poser des problèmes aux apprenants et interroger leurs routines professionnelles élaborées ou en cours d'élaboration. La répétition des procédures se double d'une réflexion sur celles-ci pour augmenter les capacités d'adaptation.

L'ethnographie permet de comprendre comment ces expériences procurent une charge mentale et des émotions – de surprise, de désarroi, parfois d'inquiétude ou de peur. L'environnement et l'ambiance recréés, le fait de découvrir au fur et à mesure du scénario des informations imprévues, les difficultés de coordination et de communication avec les membres de l'équipe

⁷⁹ POLICARD Florence, *loc.cit.*, p.44.

⁸⁰ BERGER Peter et LUCKMANN Thomas, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Kliencksieck, 1986 [1966], p.107.

⁸¹ PIAGET Jean, « Genèse et structure en psychologie de l'intelligence », dans *Six études de psychologie*, Paris, Denoël Gonthier, 1964, p.173.

ou les hésitations concernant les procédures à appliquer concourent à placer les apprenants dans un certain état de stress. C'est ainsi d'abord corporellement, par l'expérimentation sensible des situations, que les apprenants sont invités à prendre conscience des efforts parfois nécessaires pour s'engager pleinement dans l'action sans toutefois perdre une capacité réflexive sur celle-ci. La simulation entend ainsi dépasser les dispositifs pédagogiques exclusivement cognitifs pour intégrer la dimension sensible du travail. Dans la mise en situation et par la prise de rôle simulée, les savoirs acquis orientent l'attention et le comportement. Mais c'est aussi par une mise à jour des sensations et des émotions lors des phases de *debriefings* que se construit une réflexion sur l'appréhension sensible des situations. Les ressentis verbalisés y font l'objet d'interprétations individuelles et collectives, de traductions, d'explications, d'une « montée en généralité » afin de construire des savoirs transférables. Les significations données aux ressentis participent à la construction du rôle et à la formalisation des attentes du milieu professionnel. Par la répétition des simulations, et par la cumulation d'expériences professionnelles, les « foyers d'attention » et les « structures de pertinence » se déplacent et de nouveaux savoirs s'acquièrent. Le rôle joué devient performatif, par l'intrication et l'ajustement synchroniques – en soi-même, dans l'action – et diachroniques – par l'interaction avec les co-apprenants et le formateur, au fil des simulations – entre des émotions qui signalent la saillance pertinente ou alarmante d'un aspect de la situation et/ou de l'état subjectif de l'apprenant, et des raisonnements censées structurer l'appréhension sensible de la situation.

Les simulations semblent donc permettre un apprentissage *du* sensible et *par* le sensible. L'apprentissage *du* sensible s'opère par le placement des apprenants dans des situations émotionnellement semblables à ce qu'ils peuvent vivre dans l'exercice professionnel et par la répétition de l'exercice pour incorporer les compétences attendues. L'apprentissage *par* le sensible, quant à lui, se manifeste dans le fait de prendre les émotions provoquées par le dispositif comme point d'appui à des analyses de pratiques lors desquelles des conseils concernant les éléments de la situation devant faire l'objet d'une attention particulière, et des normes, pratiques ou émotionnelles, sont transmis.