



HAL
open science

Un Sociologue en simulation. Observations participantes et émotions dans les formations médicales par simulation

Julien Bernard

► To cite this version:

Julien Bernard. Un Sociologue en simulation. Observations participantes et émotions dans les formations médicales par simulation. Presses universitaires de Rennes. S. Héas et O. Zanna (dir.) Les émotions dans la recherche en sciences humaines et sociales. Epreuves de terrain, 2021. hal-04406006

HAL Id: hal-04406006

<https://hal.science/hal-04406006>

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.

Bernard, J., (2021), « En simulation. Observations participantes et émotions dans les formations médicales par simulation », chapitre paru dans Héas, S. & Zanna, O., *Les émotions dans la recherche en sciences humaines et sociales. Epreuves de terrain*, Presses universitaires de Rennes, p.93-114

Version précédent la mise en page de la maison d'édition

Un sociologue en simulation

Observations participantes et émotions dans des formations médicales par simulation

Julien BERNARD

Ce texte constitue un premier retour d'expérience sur une enquête sociologique en cours. Il a pour but de questionner comment se construit progressivement, de façon inductive, ses objets et ses contours. Entreprendre cette réflexion sous-entend que le récit de la découverte du terrain, la description des conditions d'enquête, l'analyse du positionnement du chercheur en situation ou encore l'interrogation des modalités de recueil de données, peuvent être utiles à la production de connaissance sociologique. Dans cet esprit, je m'intéresserai particulièrement à différents affects que j'ai vécus sur le terrain. Non dans le but de faire une auto-analyse mais pour montrer que le dévoilement de certains « moments saillants¹ » de la recherche peut permettre de mieux connaître le monde social étudié – par le prisme de la subjectivité du chercheur, certes, mais par un prisme en quelque sorte objectivé. Il s'agira aussi de révéler en quoi certaines émotions peuvent être opératrices d'inclinaisons, voire de bifurcations, dans la trajectoire de la recherche..

1. Les modalités de découverte du terrain

Je m'intéresse à la formation médicale et paramédicale. Avant de présenter plus précisément dans quel cadre, je voudrais revenir sur la manière dont je suis arrivé à cet objet, ou plutôt, peut-être, comment cet objet est arrivé à moi.

Je ne sais pas si nous choisissons véritablement nos objets. Dans mon cas, j'ai plutôt l'impression qu'ils procèdent à chaque fois d'un pas de côté plus ou moins volontaire. Ma thèse de doctorat portait sur un sujet *a priori* assez éloigné : les émotions dans le travail des pompes funèbres. J'avais débuté cette recherche, il y a une quinzaine d'années, alors que j'y étais employé pour payer mes études ; un choix d'opportunité, davantage qu'une envie, qui m'a conduit à me spécialiser dans le champ des sociologies de la mort, du travail et des émotions.

¹ Selon Paul Dumouchel (1999, p. 20), les émotions sont « les moments saillants d'un processus de coordination ». Elles « sont des œuvres communes auxquelles plusieurs participent » (*Ibid.* p. 16), car elles résultent des processus de coordination entre individus, et/ou de leur vulnérabilité. En d'autres termes, Dumouchel conçoit que « les émotions sont des propriétés relationnelles » qui « transgressent les limites de ce qu'on nomme l'individu, le sujet ou l'agent » (1999, p. 22). Dès lors, « plutôt que partir des émotions, des sentiments internes et subjectifs pour expliquer notre vivre ensemble, il faut au contraire partir de l'espace public et social où nous nous coordonnons les uns aux autres pour rendre compte de ce que nous nommons les émotions. Ce renversement de perspective suggère que les émotions sont des conséquences plutôt que des causes et des moments dont l'autonomie est limitée au sein d'un processus social plus vaste qui les englobe » (Dumouchel, 2005, p. 1). Cette conception relationnelle de l'émotion ne limite pas le cadrage du phénomène à l'individu, son esprit et son corps, mais conçoit l'émotion dans sa dynamique d'apparition, au sein de situations sociales, selon les formes prises par les interactions qui s'y déroulent.

Quand, quelques années plus tard, une collègue anthropologue m'a proposé d'étudier avec elle la question des rites funéraires dans le cas du don du corps à la science – un nouveau sujet autour de la mort, – je me suis dit qu'après tout, il était coûteux de sortir de son champ d'étude. Un jeune chercheur peut avoir intérêt à capitaliser ses acquis dans un domaine. Et j'étais par ailleurs intrigué par le fait que cette modalité funéraire – le don du corps à la science – est particulièrement atypique. J'ai donc fait ce pas de côté, et étudié pendant quatre ans les raisons pour lesquelles les donateurs choisissaient ce destin pour leur corps, les manières dont leurs proches vivaient ce choix, et ce que faisaient les facultés de médecine, de ces cadavres généreusement donnés « à la science ».

Je me retrouvais à arpenter régulièrement les couloirs d'un centre de don du corps – un laboratoire d'anatomie –, dans une faculté de médecine. Je découvrais au fur et à mesure les activités du laboratoire, notamment l'utilisation des corps dans la formation des chirurgiens. Je découvrais aussi que ce laboratoire s'était spécialisé, avec ou sans l'utilisation de supports cadavériques, dans une modalité particulière d'enseignement médical et paramédical : l'enseignement par « simulation ». J'appris qu'il s'agissait là d'activités s'apparentant à des « jeux de rôles ». Les apprenants sont placés dans des situations fictives, scénarisées, mais vraisemblables, car inspirées de situations réelles et/ou suffisamment réalistes pour être potentiellement véritables. En fonction du scénario et de leur rôle, les apprenants y doivent agir et interagir comme si la situation se trouvait dans leur quotidien de travail réel.

Ma thèse sur les employés funéraires étudiait le travail relationnel et la place des émotions (Bernard, 2009). Je m'intéressais alors à l'impact des émotions sur l'activité funéraire, à la manière dont les opérateurs concevaient ces émotions, aux diverses façons dont ils y faisaient face. J'avais mis en évidence que ces professionnels avaient différentes sortes de savoirs, théoriques et pratiques, sur les émotions. Je me demandais dans quelle mesure ces savoirs et conceptions pouvaient provenir de leur formation. Je savais que s'y trouvaient des enseignements de sciences humaines sur la mort, ainsi que des mises en situation permettant de jouer, entre apprenants, la « scène » de la première rencontre des familles endeuillées avec les pompes funèbres. Mais je n'avais pas été personnellement formé, et je n'avais pas assisté à des formations professionnelles.

Avec le recul, je me souviens qu'il y avait là une insatisfaction certaine. Je n'avais pas pu cerner les éléments, typiquement professionnels, de représentation, de langage ou d'attitudes, que les employés du funéraire auraient pu apprendre et éventuellement mobiliser, par la suite, plus ou moins consciemment, dans leur travail au quotidien. Et certaines questions restaient en suspens. La gestion des émotions pouvait-elle s'apprendre ? Quels sont les « bons comportements » enseignés en la matière ? Dans quelle mesure s'agit-il de s'ajuster à chaque cas, ou au contraire de dérouler une procédure standardisée censée neutraliser les émotions ?

Aussi, quand je découvrais dans la formation médicale et paramédicale l'existence d'enseignements par mises en situations simulées, j'y voyais immédiatement un intérêt. D'autant qu'à peu près à la même époque, je lisais la traduction française d'un livre fondateur de la sociologie des émotions au travail, *The Managed Heart* de Arlie R. Hochschild (2017 [1983]). L'auteure y expliquait comment, dans les années 1970, les hôtesses de l'air américaines étaient formées aux dimensions émotionnelles de leurs tâches, et comment, en connaissance de celles-ci et des attendus de leur entreprise en termes d'attitude (refouler sa colère ou sa lassitude, exprimer continuellement des signes de bienveillance et de bonne humeur), elles composaient leur rôle professionnel. Et si ces formations médicales par

simulation pouvaient permettre d'interroger les émotions dans le travail de soin ? De saisir les façons dont un comportement professionnel vis-à-vis des émotions est questionné, représenté, formalisé, éventuellement prescrit ? Ce que je n'avais pas pu observer dans le milieu des pompes funèbres, peut-être pourrais-je le voir dans le milieu du soin.

J'étais d'autant plus intéressé que le caractère vivant et situé de l'action jouée, ainsi que le cadrage opéré par la simulation², donnaient l'occasion de s'interroger sur l'impact émotionnel de cette pédagogie sur les participants. Par un nouveau pas de côté, voilà comment, depuis deux ans environ, j'observe et participe régulièrement à des séances de formation médicale et paramédicale par simulation.

2. Les formations par simulation

La simulation en santé correspond, selon un rapport de janvier 2012 de la Haute autorité de santé (Granry et Moll, 2012), « à l'utilisation d'un matériel (...) pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures (...) et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision (...) ».

Les formations peuvent être pluriprofessionnelles. Les participants peuvent être aides-soignants, ambulanciers, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, internes en médecine, médecins, chirurgiens, étudiants... Mais quels que soient les publics visés, toutes les formations par simulation reposent sur des principes similaires qui concernent la mise en scène, l'organisation de la temporalité et la distribution des rôles.

Le contexte, l'environnement, le décor, doit ressembler autant que possible aux conditions de travail réel. Il dépend donc du type d'exercice. Dans les exercices de simulation d'entretien en psychiatrie, des chaises et un bureau occupent simplement l'espace. Dans les séances pour apprendre à « annoncer une mauvaise nouvelle », le décor peut ressembler à une chambre d'hôpital, avec un lit, une carafe d'eau, des verres. Dans d'autres formations, concernant par exemple la prise en charge d'urgences vitales, c'est un espace comprenant tous les accessoires d'un bloc opératoire qui peut être reproduit.

Les séances s'organisent en trois temps : briefing, exercice, débriefing. Lors du briefing, le formateur présente un cas clinique, une ébauche de scénario, et les personnages de l'action. Le nombre de personnages peut varier de deux (une dyade soignant-soigné) à plus de dix (lorsque, par exemple, le patient a une grande famille auprès de lui). Le formateur distribue les rôles. Selon le rôle joué, le briefing n'est pas le même. Il s'agit de reproduire le fait que, dans la vraie vie, nous n'avons pas tous les mêmes informations sur la situation.

En général, chacun joue le rôle professionnel qu'il occupe dans la « vraie vie ». Mais il est possible de jouer un membre de la famille, ou un patient. Lorsque celui-ci n'est pas joué par un participant, il peut être simulé par un mannequin³. Celui-ci peut être « basse-fidélité » ou

² Les formations par simulation sont typiquement des situations où, selon les termes de E. Goffman (1991, [1974]), un « cadre primaire » (la prise en charge d'un patient) fait l'objet d'une « modalisation », le « mode » désignant « l'ensemble des conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire, se transforme en une autre activité qui prend la première pour modèle, mais que les participants considèrent comme sensiblement différente » (p.52). Parmi les cinq modalisations proposées par Goffman, les simulations entrent à la fois dans les catégories des « faire-semblant » et des « répétitions techniques ».

³ Le patient peut aussi être joué par un acteur professionnel ou un élève d'école de théâtre. Qu'il soit joué par un acteur, un participant, ou simulé par un mannequin, la littérature médicale évoque un patient « standardisé »,

« haute fidélité ». Un mannequin haute-fidélité présente l'avantage de pouvoir être piloté à distance par le formateur, *via* un ordinateur⁴. Ce mannequin connecté peut émettre des sons, comme des gémissements en cas de douleur, ou des signes cliniques, comme le pouls ou la respiration. Les expressions et les « constantes » du mannequin évoluent en fonction des actions réalisées par les apprenants. Les signes vitaux sont alors transcrits en temps réel sur le moniteur dédié, le « scope ».

Lors de l'exercice, les participants, vêtus de leurs blouses quand ils jouent un rôle de soignant, doivent s'adapter au scénario et au cas clinique, établir le diagnostic, administrer un traitement, et plus généralement prendre en charge le patient et sa famille. À la fin du jeu, vient le temps du débriefing. Les acteurs/apprenants sont alors invités à exprimer leurs émotions (une phase dite de « ventilation »), à autoévaluer leur niveau de stress, d'effort mental, ou leur sentiment d'échec. Le passage par ces aspects subjectifs semble servir au formateur à adapter la forme de son discours et à faire détecter aux apprenants les moments où leurs émotions ont pu influencer leur pratique⁵. Les aspects médicotecniques sont travaillés après cette phase de ventilation. Le débriefing est considéré par les pédagogues comme le moment le plus important de la séquence. Il existe d'ailleurs des formations (pour les formateurs) consacrées spécifiquement aux techniques de débriefing ; lors d'une de celles-ci, un formateur expliquait que « la simulation est un prétexte au débriefing », car ce serait au cours de celui-ci que les participants pourraient, grâce à la verbalisation de leurs ressentis et au dialogue avec le formateur, prendre conscience à la fois des points positifs et des points améliorables de leurs actions.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), qui édita suite à son rapport de 2012 un « guide de bonnes pratiques » (HAS, 2012), le développement de ces dispositifs pédagogiques devrait être encouragé, car ils permettraient de tendre vers un principe idéal : « jamais la première fois sur le patient ». En s'entraînant d'abord en simulation, le risque d'erreurs ou de maladroites en situation « réelle » serait diminué. De fait, la recommandation de l'HAS semble avoir été entendue. La réforme du 3^e cycle des études de santé d'avril 2017 encourage les facultés de médecine et les Centres hospitalo-universitaires à développer ces types de formation, considérés comme « nouveaux outils pédagogiques⁶ ».

3. Deux séquences d'observation

Engagement dans le rôle, émotion et intercompréhension

c'est-à-dire fictif mais représentant n'importe quel patient atteint des problèmes cliniques suggérés dans le scénario.

⁴ Les mannequins basse-fidélité sont utilisés pour des exercices moins complexes, comme le perfectionnement de la technique d'intubation.

⁵ Les émotions des acteurs semblent utilisées à la fois comme un moyen d'accès à leur « sens vécu » (par leur réflexivité), et comme un facteur explicatif de leurs comportements. Elles semblent aussi souvent conçues comme des entraves à l'élaboration d'actions ou de discours rationnels, logiques ou efficaces. L'accès au sens vécu permet au formateur d'adapter son langage en fonction de l'apprenant. Mais il s'agit aussi de cerner les moments où l'émotion a pu altérer la qualité de la prise en charge. Les émotions sont alors perçues par le débriefeur comme des « indicateurs permettant de comprendre les déficits de communication dans le groupe, ou des mauvaises prises de décision » (*verbatim* d'un formateur, lors d'une formation au débriefing).

⁶ <http://m.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid115573/mise-en-oeuvre-de-la-reforme-du-3e-cycle-des-etudes-de-medecine.html>

L'enseignement par simulation n'a en réalité rien de neuf. Dès le 18^e siècle, Angélique du Coudray formait les sages-femmes à différentes techniques obstétriques à l'aide d'un mannequin de sa confection. Plus près de nous, les formations par simulation se sont développées au Canada dans les années 1980, et en France dans les années 1990.

Nous sommes dans une formation pluri-professionnelle destinée à apprendre à annoncer une mauvaise nouvelle. Le scénario concerne un homme d'une soixantaine d'années, représentant de commerce. Il est en surpoids et a fait un accident vasculaire cérébral (AVC). Après sa prise en charge, il n'est pas mort, mais demeure dans un état végétatif. Je joue le rôle du fils. J'accompagne ma « mère », épouse du patient, à l'hôpital. Avant l'exercice, nous nous mettons d'accord sur une manière de jouer : je serai abattu, triste, atone, alors qu'elle sera manifestement tendue, d'abord inquiète, puis en colère contre les médecins.

Nous sommes accueillis par un neurologue et par une infirmière dans une pièce adjacente à la chambre du patient. On nous demande de nous asseoir. Ma mère ne veut pas, elle veut voir mon père.

- Mais où il est ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?
- Il est tout près, on va vous expliquer ce qu'il s'est passé.
- Qu'est-ce qu'il a ? Comment il va ? Je veux le voir. Emmenez-moi le voir. Mais pourquoi je ne peux pas le voir ?

Le neurologue tente tant bien que mal de nous parler. Ma mère est survoltée. Elle pose des questions en rafale, un peu toujours les mêmes, en boucle. Les soignants n'arrivent pas à la faire asseoir. Je reste aussi debout, comme désorienté. Nous comprenons que mon père est dans la pièce juste à côté. Les soignants ne peuvent nous retenir. Le neurologue a juste le temps de nous prévenir qu'il est paralysé. Ce mot accélère encore l'inquiétude de ma mère. Nous entrons dans la chambre. Le patient est joué par le formateur. Son visage est déformé d'un côté et il semble inconscient. Ma mère continue d'assommer les soignants de questions :

- Mais pourquoi il est comme ça ? Qu'est-ce qu'il a eu ? Qu'est-ce que vous lui avez fait ? Combien de temps il va rester comme ça ?

Les soignants peinent à nous répondre. Plus exactement, leurs paroles sont noyées dans le flot verbal et les agitations de ma mère. Ils voudraient encore nous faire asseoir. Je comprends qu'on ne peut pas savoir s'il nous entend ou pas. Je m'approche de mon père et parle doucement :

- Papa, tu nous entends ? Papa ? Papa ?

On finit par s'asseoir. Le neurologue nous demande ce que l'on sait de la situation, des raisons pour lesquelles notre proche est ici. Nous ne savons rien : nous avons été prévenus par l'hôpital, et nous sommes venus aussitôt. Conformément aux rôles que nous nous étions donnés, je reste en retrait, l'air triste et abattu. Je m'efforce d'exprimer la tristesse. En faisant cela, je fais la curieuse expérience de ressentir réellement l'émotion que je simule. Après quelques minutes de discussion avec les soignants, nous repartons bruyamment, ma mère hurlant que « de toute façon, ils sont nuls ici ».

Lors de la première phase de débriefing, on fait le tour des sentiments des participants. Le médecin reconnaît qu'il n'a pas été à l'aise. Il considère que c'est dû au fait que la famille n'a eu aucune information préalable. En réanimation, dit-il, quand c'est possible, on prévient les familles : « nous allons vous emmener le voir, mais attention, c'est particulier, il y a des tuyaux partout, etc. » De même, en service de neurologie, quand un patient est pris en charge après un AVC, la famille a souvent été plus ou moins prévenue par le Samu ou par les urgentistes, qui expliquent un peu. Là, la famille ne savait rien, donc elle avait beaucoup de questions. Et la confrontation avec le patient, sa visualisation, peut en être d'autant plus dure. L'infirmière, qui a été assez peu présente dans le jeu, exprime aussi son « stress » d'avoir eu à « gérer » une telle famille. De notre côté, nous explicitons nos rôles et je fais part de mon trouble vis-à-vis du patient inconscient (fort bien joué par le formateur) et vis-à-vis du fait que je ne savais pas s'il pouvait nous entendre ou non.

Puis vient le débriefing du discours d'annonce de mauvaise nouvelle proprement dit. Il ressort que le discours était organisé en deux parties : « on a fait ceci et cela » et « maintenant, on ne peut plus rien faire ». Le formateur estime que les soignants n'ont pas assez insisté sur la première partie, les étapes de la prise en charge, sur tout ce qui avait été fait. Selon lui, faire comprendre à la famille que les soignants ont tout essayé peut apaiser la situation. Les familles angoissées posent un grand nombre de questions d'un coup, par conséquent le soignant doit tâcher de maîtriser l'interaction en montrant le travail effectué et sa compétence. Sinon, la famille peut focaliser sur le « on ne peut plus rien faire », qui peut vite se transformer en « ils n'ont rien fait », ou « ils n'ont rien su faire ».

Je me rends compte que nous n'avons pas tous entendu les mêmes choses et je m'en étonne auprès du groupe. J'avais compris qu'il restait de l'espoir (en réalité, dans ce cas clinique, les chances de régression de l'AVC étaient très faibles). Les observateurs extérieurs (la scène étaient jouée devant les autres participants à la formation), eux, ont entendu que le neurologue avaient beaucoup utilisé le mot « handicap » (il aura des séquelles, etc.). L'apprenante qui jouait ma mère dans la simulation, aussi.

Les sentiments que j'ai ressentis au cours de cette simulation ont orienté ma réflexion dans deux directions. La première a trait à l'engagement dans le rôle et à la manière quasi théâtrale de le composer. L'émotion de tristesse que j'ai réellement ressentie alors que je devais seulement la simuler m'interroge. Ai-je pris le jeu un peu trop au sérieux ? Que l'acteur éprouve les émotions de son personnage est-il un effet du dispositif de simulation ? Les participants sont, en effet, invités à faire comme si la situation était réelle. Un certain engagement dans le rôle est exigé ; il ne s'agit pas de jouer avec une certaine « distance au rôle »⁷. Lors de la présentation d'un exercice en « Prise en charge de l'urgence vitale de l'enfant », un formateur, médecin urgentiste en SMUR, disait même : « Vous ne devez pas jouer la comédie, vous devez être vous-mêmes ». Il s'adressait alors à une équipe de professionnels qui jouaient leurs propres rôles. Bien sûr, le conseil d'« être soi-même » ne peut pas s'appliquer au sociologue en observation participante – qui ne peut pas jouer un rôle de sociologue – ni à un participant qui joue un rôle qui n'est pas le sien (patient, famille). Là, il s'agit bien de jouer la comédie. Mais la directive globale est semblable : il faut s'investir subjectivement dans le rôle, le but de l'exercice étant que ceux qui jouent les rôles de soignants puissent déployer leurs compétences théoriques (diagnostic), techniques (administration de thérapeutiques) ou comportementales (savoir être avec le patient, la famille et les collègues) dans un cadre réaliste⁸. Que l'on joue un patient, un proche ou un soignant, il ne s'agit donc pas, *a priori*, de concentrer son attention sur la manière dont on compose son rôle, puisque l'exercice vise précisément à objectiver des discours et des pratiques spontanées. Cela dit, l'engagement dans le rôle des participants me semblerait devoir être plus finement

⁷ Selon Erving Goffman (2002, [1961]), le concept de « distance au rôle » traduit l'existence d'un hiatus entre la personne et le personnage, c'est-à-dire entre le soi de l'individu et le rôle joué (sa performance) – même si Goffman est très sceptique quant à l'existence d'un véritable « soi » derrière les façades des rôles sociaux. L'engagement d'un chirurgien dans l'opération qu'il dirige lui paraît une situation idéal-typique de réduction importante de la distance au rôle. Le chirurgien doit être entièrement à ce qu'il fait, faire corps avec son rôle professionnel, même si quelques plaisanteries peuvent laisser transparaître l'individu derrière le masque. Mais, selon Goffman, en salle d'opération, ces traces de distance au rôle – ces plaisanteries aux effets vite neutralisés – ont, apparemment paradoxalement, pour effet et raison d'être, de protéger le système d'activité en cours, son cadre sérieux, et la maîtrise de soi qu'il impose.

⁸ Il me semble que l'exercice demande aux apprenants d'entrer dans une logique du « comme si », qui permet de considérer comme secondaires l'incomplétude du décor, le manque de réalisme du patient simulé, ou l'imperfection des jeux des autres.

étudié. Et si la concentration sur ce que D. Le Breton a appelé la « symbolique corporelle »⁹, c'est-à-dire la mise en jeu d'une « partition de signes physiques que le public reconnaît d'emblée comme faisant sens » (Le Breton, 1998, 201), aidait à ressentir les sentiments appropriés à son rôle, c'est-à-dire les sentiments attendus du personnage ? Dans cet exemple, il ne me semble pas que ma tristesse était due, comme le suppose la démarche du comédien prônée par Stanislavski, au fait d'avoir puisé dans ma mémoire affective pour jouer la bonne émotion. L'émotion me semble être venue du fait même d'avoir appliqué les signes physiques attendus¹⁰. « Le comédien est un inventeur d'émotions qui n'existent pas à l'état brut, mais qu'il façonne avec son talent propre en se jouant de signes expressifs socialement reconnaissables » (p. 206). Et si ces signes se jouaient de lui ?

La seconde piste d'analyse qui peut se dégager de mes émotions dans cette simulation, concerne les troubles liés à la dispersion de l'information. Chaque acteur dispose d'informations parcellaires et différentes sur la situation. Un enjeu du jeu de rôle consiste donc à travailler, dans la communication, à savoir ce que sait l'autre et à adapter son discours en conséquence. La qualité de la prise en charge du patient et de sa famille, et la coordination de l'action entre les professionnels, qui en est un facteur, supposent de tendre vers une définition claire et partagée de la situation, soit un « contexte de conscience ouvert¹¹ ». Dans cet objectif, les émotions des soignants – et la charge émotionnelle globale de la situation – semblent conçues comme des entraves à une communication efficace.

Le fait que je fus surpris de constater à quel point tous les participants n'avaient pas perçu les mêmes éléments de langage ni retenu les mêmes informations, m'interroge sur la nature du travail émotionnel dans une logique de soin, entre un travailler « avec » et un travailler « sur »

⁹ David Le Breton évoque ici, dans un chapitre sur « le paradoxe du comédien », « la latitude propre à l'homme de témoigner aux autres les significations qu'il veut leur donner » (Le Breton, 1998, 200).

¹⁰ Cette expérience pourrait se comprendre dans le cadre de la théorie des « marqueurs somatiques » d'Antonio Damasio (1995), selon laquelle, pour faire simple, nous ressentons physiquement des signaux, d'alarme ou d'encouragement, lorsque nous nous représentons un problème impliquant de procéder à un choix rapide. Les formes de ces marqueurs « ont probablement été élaborés dans notre cerveau au cours des processus d'éducation et de socialisation, par l'établissement d'un lien entre des classes particulières de stimuli et des classes particulières d'états somatiques » (p. 245). En d'autres termes, une certaine mémoire affective permettrait de juxtaposer des émotions déplaisantes à la prédiction d'un scénario à l'issue négative, et des émotions plaisantes à la prédiction d'une issue positive. Ces signaux, positifs ou négatifs, seraient des aides à la décision. Concernant notre situation, on peut imaginer transposer la théorie mais peut-être en l'appliquant à rebours. Alors que dans la théorie de Damasio, les marqueurs somatiques émergent d'une mise en branle de la mémoire affective (elle-même activée par une représentation), il se peut qu'ici la simulation des marqueurs somatiques ait inconsciemment mobilisé des représentations tristes inscrites dans ma mémoire affective. Cela dit, il m'est difficile de savoir si je pensais davantage à jouer les signes de la tristesse ou à ce qu'impliquait sur le plan représentationnel mon rôle dans la situation jouée (j'imaginai aussi comment pouvait être la scène « en vrai »). Les deux s'entremêlaient. Je remercie Omar Zanna de m'avoir questionné sur le sujet.

¹¹ Anselm Strauss et ses collaborateurs se sont intéressés à la fin des années 1970 et au début des années 1980 au travail émotionnel des soignants, qu'ils ont décomposé (dans Strauss et *al.*, 1982) en sept types. Strauss explique que son intérêt pour le sujet provient de sa recherche sur la fin de vie à l'hôpital menée avec Bernard Glaser au début des années 1960 (Glaser & Strauss, 2016 [1965]). Ils avaient alors noté que les infirmières avaient des « stratégies pour garder leur calme face aux morts difficiles et prodiguer des soins de confort même si ceux-ci n'empêcheraient pas le patient de mourir » (1982, 255). Ils soutenaient aussi « qu'une philosophie implicite à l'hôpital serait qu'on peut cacher des informations si on estime que l'information est nuisible au patient », et de « conditions structurelles qui augmentent la probabilité de 'retenue d'information' (contexte de conscience fermé) », bien que celui-ci « provoque une instabilité de la relation et une suspicion des patients » (1982, 265, mes traductions). Strauss nomme « travail de contexte de conscience » la forme du travail émotionnel qui consiste à mesurer les informations à donner au patient. Depuis ces travaux anciens, la philosophie hospitalière insiste bien au contraire sur l'ouverture du contexte de conscience : l'information du patient, son consentement aux soins, etc.

les émotions. Alors qu'une des logiques du *care* suppose en effet d'être ouvert aux émotions des autres (donc de prendre le risque d'être affecté) et d'utiliser sa sensibilité pour mettre en œuvre une prise en charge adaptée à celle du patient et de son entourage (travailler *avec* les émotions), la démarche proposée dans cette formation suppose plutôt de maîtriser les émotions pour ne pas que celles-ci perturbent l'enregistrement purement cognitif des informations échangées (travailler *sur* les émotions). Concrètement, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est souvent une succession d'annonces. S'appuyant sur le discours psychologique selon lequel le patient ou sa famille va se trouver en état de sidération, donc avec une forte probabilité de développer une « fuite psychique » ou un déni en mécanisme de défense contre cette sidération, la formation encourageait à hiérarchiser les informations à transmettre dans l'entretien, quitte à ne pas tout dire et à se voir plusieurs fois¹². Cette hiérarchisation s'apparente à une technique cognitive de maîtrise de l'interaction visant à limiter le risque de perte d'information liée à l'activation émotionnelle, perte d'information que j'ai expérimentée alors que j'étais touché par l'émotion que je simulais.

Gérer le stress

La séquence d'observation précédente, du fait de son inscription dans une formation d'annonce à la mauvaise nouvelle, montre que des compétences comportementales et communicationnelles – ici, dans la relation soignant-soigné¹³ – peuvent être travaillées en simulation (pour des raisons, d'ailleurs, tout autant éthiques que cliniques)¹⁴. Cependant, le travail de ces compétences de gestion de l'interaction soignant-soigné se mêle plus souvent à un travail plus global, incluant des aspects médicotéchniques et la communication entre collègues. En cela, comme nous allons le voir dans la prochaine séquence, les exercices de simulation permettraient de développer au moins trois des quatre caractéristiques définissant la profession de médecin selon le législateur¹⁵ : clinicien, communicateur (avec le patient et son entourage), coopérateur (avec ses collègues).

Nous sommes dans une formation à la prise en charge des urgences vitales de l'enfant. Je filme la scène avec mon téléphone portable. Le formateur présente les accessoires – voies veineuses, intraosseuses, stéthoscopes, défibrillateur, champs, respirateur... – et la situation. « Vous êtes une équipe de SMUR, vous allez être face à un enfant de 8 ans, qui jouait avec son cerf-volant, qui s'est accroché dans un arbre. Il est monté dans l'arbre pour le décrocher, il est tombé d'une hauteur évaluée à 4 mètres. Il a été pris en charge par les pompiers sur Spineboard avec collier cervical, ils ont mis de l'oxygène, ils demandent un renfort SMUR parce que l'enfant n'a pas l'air bien. Vous êtes l'équipe qui intervient. On ne sait pas son

¹² Selon les *verbatim* d'un formateur, relevés en formation, l'annonce de la mauvaise nouvelle (celle du diagnostic) englobe une série de mauvaises nouvelles parce que le diagnostic implique de nombreuses conséquences dans la vie du patient. Donc, selon ce formateur, « *il faut avoir des objectifs limités au départ, car il y a une sidération du patient qui fait qu'il ne peut pas tout entendre. Il faut hiérarchiser ses objectifs. Et parfois plusieurs rendez-vous sont nécessaires. Et ça, c'est parfois un problème pour les jeunes médecins qui veulent tout dire d'un coup, se débarrasser de ce fardeau que représentent toutes les infos* ».

¹³ J'emploie ici le terme de soigné dans un sens large, qui inclue le patient mais aussi la famille ou les proches, dont les sensibilités doivent aussi être ménagées.

¹⁴ Il semblerait que la qualité de la communication entre soignants et soignés augmente l'observance des traitements par les patients. Par ailleurs, la qualité de la communication entre soignants, dans les moments de transmission entre équipes d'un service, ou lors du changement de service d'un patient, limite évidemment les risques d'erreurs médicales liés à un défaut d'information.

¹⁵ Arrêté du 12 avril 2017 portant sur la réforme du 3^e cycle des études de médecine, article 2. La quatrième caractéristique est « acteur de la santé publique ». On peut noter que cette compétence peut aussi être travaillée en simulation, par exemple dans des modules dédiés à l'éducation thérapeutique du patient, notamment en IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers).

poids, et on ne sait pas s'il a des antécédents. Vous êtes en pré-hospitalier donc l'enfant n'est pas scopé ; c'est vous qui allez le scoper. Les parents ne sont pas là, il n'y a que les pompiers. Il n'y a personne autour qui connaît cet enfant ni ses parents. Je vous laisse finir votre anticipation ».

Nous sommes quatre : un médecin, une infirmière, un infirmier et moi dans un rôle d'assistant (ambulancier, chauffeur). Nous faisons rapidement notre anticipation, qui consiste à calculer, en fonction de l'âge de l'enfant, des données théoriques normales – poids, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pression artérielle – qui permettront d'adapter la prise en charge (mesure des doses d'adrénaline ou de l'expansion volémique, par exemple). L'enfant est simulé par un mannequin haute-fidélité.

Nous discutons sur un relatif partage des tâches dans l'algorithme de prise en charge. Nous devons en effet procéder à un examen qui se décline en cinq grandes étapes (dites A, B, C, D et E) devant être réalisées dans l'ordre¹⁶.

Nous arrivons sur site. Un pompier (le formateur) nous dit ce qui a été fait. On lui demande si l'enfant est conscient (oui), si les pompiers ont trouvé les parents (non) et depuis combien de temps il est tombé (45mn). Le médecin demande à l'enfant :

- Est-ce que tu peux me parler ? (Le mannequin gémit de douleur)

Aux pompiers :

- Il est sous combien d'oxygène ?
- 15 litres.

A l'enfant :

- Tu peux serrer ma main ?

Le formateur répond (lorsque le mannequin ne peut pas rendre compte d'un état clinique, le formateur donne les indications à sa place) :

- Oui, il serre ta main.

Pendant ce temps, les infirmiers branchent l'enfant pour avoir ses constantes sur le scope. L'infirmier énonce : « 156 de pouls, 88 de SAT... »

Les soignants regardent dans la bouche pour voir si les voies respiratoires ne sont pas obstruées. Ils insèrent une canule de ventilation. L'enfant gémit. Il continue de serrer la main quand on le lui demande.

- Est-ce que je peux poser la sonde naso-gastrique ? demande l'infirmière

Le médecin a l'air concentré sur autre chose.

- On va regarder au niveau du cou, dit-il. Est-ce que quelqu'un peut me tenir la tête ?

Il enlève délicatement le collier cervical. L'enfant gémit toujours. L'infirmier lui demande de ne pas bouger la tête.

Le médecin demande au formateur :

- Pas de plaies, pas d'emphysèmes au niveau du cou ? (non) La trachée est en place ou déviée ?
- La trachée est un peu déviée, à gauche.
- Et les veines ? demande l'infirmière.
- Il y a une turgescence.

Le médecin et l'infirmier remettent le collier, en disant au mannequin : « tu ne bouges pas, hein ! », puis le médecin écoute sa respiration avec le stéthoscope. On m'envoie voir si on a

¹⁶ Pour « Airway », « Breathe », « Circulation », « Disability » et « Exposure ». Le processus peut paraître linéaire dans la durée, mais il est en réalité itératif. Si l'examen de la respiration, par exemple, nécessite une intervention, les effets de celle-ci doivent être évalués dans le cours de l'action. Il y a donc de fréquents retours sur les indicateurs des étapes précédentes, même si l'équipe soignante est passée à une autre.

trouvé les parents. Je parle avec les pompiers, je les envoie chercher parmi les voisins, mais les parents ne sont pas là pour le moment.

- Est-ce qu'il y a un tirage (dans la respiration) ? demande le médecin
- Oui, ça tire à gauche
- Il se soulève comment le thorax ?
- Il ne se soulève pas à droite.

L'infirmière demande plusieurs fois si elle peut poser une perfusion, mais le médecin est une nouvelle fois concentré sur autre chose. Je constate son agacement avec un peu d'embarras. Elle reçoit finalement l'autorisation. Elle me demande de l'assister. La voie ne passe pas. Il faut repiquer. Pendant ce temps, le médecin pratique une exsufflation. J'entends parler d'un anesthésiant local. Le médecin demande « où en est la tension ? ». Puis on m'informe que les pompiers ont trouvé les parents. Je m'occupe d'aller leur parler : « votre enfant est tombé d'un arbre, on est en train de s'occuper de lui, on fait tout ce qui est en notre mesure pour le stabiliser avant de le transférer à l'hôpital. Vous pouvez approcher, mais pas trop... Est-ce qu'il a des antécédents médicaux particuliers ? (il n'en a pas) »

L'infirmière demande si maintenant elle peut poser la voie naso-gastrique (oui) et le médecin si la SAT s'améliore. L'infirmier relate les constantes : « La fréquence respi descend à 35. Le pouls est à 138... » L'examen clinique se poursuit : palpation du ventre (douloureux), conjonctives, turgescences jugulaires... L'infirmière dit qu'elle a fait l'Hémocue et demande si elle doit faire un remplissage (oui, pendant 10 minutes). Le médecin demande si quelque chose remonte de la sonde gastrique (non). Il regarde les constantes. L'enfant gémit à nouveau. L'infirmière met une couverture de survie pour tenir l'enfant au chaud.

L'équipe cherche à comprendre pourquoi il a mal au ventre. Je commence à m'inquiéter du temps qui passe, il me semble qu'on ne va pas assez vite. La prise en charge a commencé depuis 13 minutes. Un certain malaise s'installe. Les soignants semblent ne pas savoir quoi faire. Je ressens que quelque chose leur échappe.

L'infirmier : est-ce qu'il y a du sang par terre ? (non)

Le médecin (aux infirmiers) : donnez-lui du doliprane, et faites un deuxième Hémocue.

L'infirmier : pas de sang sur les côtés ? (non)

L'infirmière : est-ce qu'une cuisse est gonflée ? (non)

L'infirmier à l'infirmière : est-ce qu'on peut faire un roll (le tourner) ?

L'infirmière : on n'a pas le droit normalement ?

L'enfant gémit encore. On lui donne de la morphine.

Le formateur nous informe que le téléphone sonne. On décroche. Le formateur parle :

- Bonjour, c'est la régulation (du Smur), vous en êtes où ?
- On a un enfant de 8 ans qui est tombé d'un arbre, répond le médecin. Il a sûrement une décompensation respiratoire, qui est pour le moment compensée...
- C'est lui que j'entends crier derrière ? Pourquoi il crie ?
- Il doit avoir mal, mais...
- Vous avez vérifié s'il a une fracture des membres ou du bassin ?

L'infirmier palpe le bassin et dit : « merde, ça bouge ».

- On a une ceinture pelvienne ou il faut mettre un lange ? demande l'infirmière.

Le formateur arrête la simulation, qui aura duré 19 minutes (3 de préparation, 16 d'intervention, avec appel de la régulation à la 15^e). Avant le débriefing, je branche mon dictaphone :

- On s'est enfoncé, dit l'infirmier.
- C'est qu'on a oublié le bassin, dit l'infirmière.

- Il était stable, on avait le temps d'agir, mais on n'a pas tout fait, reprend l'infirmier. On n'a pas pensé à tout...

Nous commençons par auto-évaluer nos niveaux de confiance, de stress, de charge mentale et d'insatisfaction. Nous admettons tous un fort état de stress et une forte charge mentale pendant l'exercice (entre 8 et 9 sur 10). Le médecin justifie ce score en disant que « plus on avance, plus on a l'impression d'avoir des œillères ». Il estime également sa déception à 9/10, alors que les infirmiers évaluent leur sentiment d'échec autour de 5. Le formateur nous rassure en disant qu'il a vu plein de bonnes choses, même s'il y avait des points à améliorer. Le débriefing porte globalement sur le diagnostic et les étapes de prise en charge.

Sans entrer dans le détail de la discussion clinique (le compte-rendu d'observation rend déjà compte de la complexité et de la technicité du travail d'urgences pré-hospitalières), deux points me semblent importants à analyser ici.

Le premier concerne la communication dans l'équipe. La formation en services d'urgences insiste sur la nécessité de boucles de communication, c'est-à-dire la reformulation par celui à qui on parle de ce qui a été dit, pour s'assurer d'une bonne compréhension réciproque (par exemple : « - pose la voie osseuse. – ok, je pose la voie osseuse. ») Cet aspect a été plutôt bien réalisé. Cependant, l'infirmière fait remarquer qu'elle a parfois attendu des réponses du médecin, alors qu'elle le voyait plongé dans sa réflexion : « j'aurais aimé avoir des réponses sur la voie [osseuse ou veineuse]. J'avais besoin de ton aval ». Le formateur dit à l'infirmière qu'elle aurait pu insister : « Tu aurais pu dire : est-ce que tu m'as entendu ? » Puis il demande au médecin :

- Pourquoi tu ne lui répondais pas ?
- Parce que je voulais finir le « B » avant...
- Est ce que c'est important de poser la perfusion avant de finir le B ?
- Dans l'absolu, non...
- Donc, qu'est-ce que tu aurais pu dire à l'infirmière pour qu'elle arrête de te poser la question ?
- Eh bien, qu'on finissait le B, et qu'on verrait après...
- Oui, répond le formateur. Et là on est en plein dans le problème de la communication. Je ne parle pas de savoir si vous auriez dû poser la perfusion au cas où, avant d'avoir fini le B. Mais bien de la communication. Je comprends tout à fait, parce que moi aussi, en intervention, il m'arrive de ne pas répondre parce que je suis dans ma réflexion.

Le déficit de communication est ici typique des situations d'urgence, dans lesquelles la charge mentale due à la complexité des connaissances à mobiliser, conjuguée au sentiment d'urgence et à la charge émotionnelle du moment (l'enfant gémissait ou pleurait sans arrêt), peuvent conduire à une forme de saturation cognitive. L'anticipation et la codification des procédures sont ici les seuls remèdes antistress. Il faut se concentrer sur les étapes de la prise en charge pour ne pas se laisser impressionner par l'état du patient. Cependant, le chef d'équipe peut être pris dans le « tunnel » de l'algorithme (les « œillères » dont parlait le médecin) et négliger la coopération entre collègues, ce qui peut placer ceux-ci dans l'embarras. C'est pourquoi il est aussi demandé aux paramédicaux de veiller à ce que le leader n'entre pas dans cet « effet tunnel » et, pour cela, de le solliciter régulièrement. Comme dans la séquence précédente en « annonce de mauvaise nouvelle », l'excès de charge mentale et émotionnelle peut affecter négativement la qualité de la communication.

Le second concerne le malaise partagé au moment où l'équipe soignante semble être coincée dans le déroulé de son algorithme. Fallait-il retourner l'enfant pour voir s'il saignait dans le dos (même s'il n'y avait pas de sang au sol) ? Le formateur explique qu'il fallait stabiliser le bassin avant de retourner l'enfant, pour éviter un choc hémorragique.

- On l'a oublié le bassin ! dit l'infirmier.
- Pourquoi vous avez oublié le bassin ? demande le formateur.
- On a fait la tête, le thorax, l'abdomen, et on n'est pas descendu...
- J'ai pensé à la cuisse mais pas au bassin, dit l'infirmière.
- L'enfant criait beaucoup, reprend le formateur, mais vous cherchiez sans chercher. Vous avez éliminé le saignement évident, mais vous n'avez pas cherché de saignement occulte. Donc, vous avez été coincé à un moment. Qu'est-ce que vous auriez pu faire ?
- Demander un avis, dit le médecin.
- Bien sûr, dit le formateur, « le coup de fil à un ami » ! Moi je l'ai fait plein de fois, surtout au début du Smur, mais même juste pour être rassuré... En pré-hospitalier, on fait toujours un bilan avant de partir. Le mec à la régulation, il n'est pas là pour vous gronder si vous avez oublié quelque chose. Il est là pour vous aider, et pour transmettre les infos aux urgences. Il ne faut pas hésiter à l'appeler.

On peut comprendre ici que mon inquiétude concernant le temps qui passait et le désarroi ressenti lorsque j'ai eu l'impression que l'équipe était bloquée dans le cours d'action – sentiments partagés par l'équipe soignante – sont des effets du dispositif de simulation, au même titre que ma tristesse réelle bien que jouée dans la précédente séquence. Ils résultent d'un engagement subjectif dans la simulation, qui fait croire que c'est « comme en vrai ». Par ailleurs, l'un des objectifs des exercices de simulation en urgences vitales est précisément de placer les apprenants dans une situation difficile. Dans mes observations, j'ai constaté qu'il était fréquent de ne pas parvenir à parfaitement prendre en charge le patient au terme de l'exercice. Le but est précisément ici de sensibiliser les apprenants au fait qu'ils ne peuvent pas toujours réussir sans aide extérieure. Vouloir réussir ne doit pas conduire à s'obstiner dans un choix thérapeutique qui ne fonctionne pas, ou à réfléchir pendant un temps déraisonnable. Il s'agit au contraire de pousser les apprenants à demander conseil à un supérieur ou à un collègue. Les scénarii, parfois compliqués, sont ainsi destinés à faire concevoir le travail soignant comme un travail d'équipe, et à prémunir contre les risques que représenterait un certain « péché d'orgueil ».

4. Les émotions du chercheur comme levier méthodologique

Les émotions ont pour effet de signaler à l'individu que, de son point de vue, quelque chose de significatif est en train de se passer. En modifiant son état physiologique et psychique, elles lui indiquent sa position face à la situation. Leurs effets peuvent être ambivalents. Elles peuvent accroître l'attention et la vigilance, tout en entraînant le sujet dans des actions ne procédant pas d'une analyse optimale de la situation. Mais en tant qu'expériences conscientes, elles peuvent être prises pour objet de réflexion et de questionnement. C'est à ce titre qu'elles peuvent intéresser le sociologue dans sa démarche méthodologique, en particulier quand celle-ci vise une théorisation ancrée dans l'expérience de terrain.

L'utilisation de ses émotions pour « monter en généralité » n'est cependant pas chose aisée. Une difficulté réside peut-être dans le fait que, comme l'exprime Jean-Luc Petit, « un équilibre reste à trouver entre l'exigence épistémologique de la possibilité d'une 'vision neutre des choses' et l'exigence de réalisme psychologique de reconnaissance de l'imprégnation affective de toutes nos activités » (Petit, 2006, 40). Selon moi, l'exigence

d'une « vision neutre des choses », le souci de scientificité, la recherche d'objectivité ou au moins d'objectivation, pour rester un guide et un horizon, ne peuvent s'accomplir par une censure ou un « refoulement » des émotions. (Se) laisser croire que le travail scientifique est dénué d'émotions relève d'une (auto) illusion. Cela peut, de surcroît, faire courir différents risques à la recherche, que les affects resurgissent sous une forme incontrôlée (un « retour du refoulé »), ou qu'ils fassent l'objet d'une rationalisation *ex post*, c'est-à-dire d'un maquillage sous les atours d'un discours scientifique d'une pensée en réalité imprégnée d'affects. La démarche socio-anthropologique suppose le partage de formes de vie avec des populations. Il est impossible de faire du terrain sans prendre le risque d'être touché, c'est-à-dire en gardant l'objet « à distance ».

Il convient donc de prendre ses émotions comme objet d'analyse, pour les comprendre, parfois les neutraliser, et dans une certaine mesure les dévoiler. Cette réflexion sur le positionnement du chercheur face à son objet me semble pouvoir être entreprise en essayant de répondre à quelques questions ; j'en propose ici quatre.

Quels sont, avant l'enquête, les sentiments qui animent le chercheur, dans le « choix » de son objet et quand il se le représente, et en quoi ceux-ci peuvent-ils orienter la sélection et l'analyse de ses données ? S'il convient de se poser cette première (triple) question, c'est parce qu'une des difficultés de l'objectivation se situe dans la force affective des représentations initiales. Nous sommes affectivement attachés à nos prénotions, disait Durkheim (2013 [1895], 32), et plus généralement à nos croyances sur le monde. Nos préjugés, mais aussi nos schèmes de sensibilité et de valeurs, issus de nos socialisations et expériences personnelles, peuvent avoir des conséquences profondes et durables sur la recherche. Ceux-ci conduisent, par exemple, à avoir de la sympathie pour les enquêtés qui partagent nos points de vue, de l'antipathie pour les autres, de l'admiration pour ceux qui incarnent nos valeurs dans leurs pratiques, etc.

Dans cet article, j'ai retracé rapidement mon parcours de chercheur afin d'indiquer comment j'avais été amené à étudier les formations médicales par simulation. Dans cette trajectoire, les émotions ont pu étroitement se mêler aux intérêts pratiques et aux opportunités. Mes études sur les pompes funèbres et le don du corps à la science ont d'abord relevé de choix intéressés : j'étais déjà sur le terrain des pompes funèbres quand j'ai commencé ma thèse, et déjà familiarisé avec la sociologie de la mort quand j'ai travaillé sur le don du corps. Mais je n'aurais pu les accomplir si je n'avais pas eu pour leurs objets un intérêt intellectuel certain, une curiosité, un désir de connaître. Etudier les formations par simulation relève aussi d'un certain opportunisme mêlé de curiosité, puisque je n'aurais pu entamer cette enquête si je n'avais fait la précédente dans un laboratoire d'anatomie qui travaille par simulation. Cela dit, c'est aussi une insatisfaction vis-à-vis d'un manque identifié dans mon enquête sur les pompes funèbres – ne pas avoir étudié les émotions dans les formations – qui a orienté mon choix. Je me représentais donc l'objet « simulation » comme un objet propice à me permettre une réflexion cumulative. J'y plaçais un certain espoir. Ma représentation initiale était que je pourrais trouver des émotions à analyser dans ces simulations. De fait, ce parti-pris oriente la sélection de mes données : je cherche spécifiquement les émotions dans mes observations. Mais je ne dois pas non plus cacher que j'envisageais les observations participantes dans les simulations comme des expériences ludiques, puisqu'il s'agit pour moi de jouer des rôles un peu comme au théâtre¹⁷, ce qui serait presque amusant, si les situations simulées, la maladie,

¹⁷ A moins d'être aussi soignant, le sociologue ne peut ici guère jouer d'autres rôles que patient ou membre de la famille. Quand, comme dans la seconde simulation présentée, je joue le rôle d'un soignant, je suis complètement

l'accident, n'étaient pas si graves. Ni que les sentiments qui motivent cette enquête sont aussi de l'ordre de la considération pour les personnels soignants et le travail émotionnel qu'ils effectuent. Avant d'entamer la recherche, j'avais une très belle image des métiers du soin et de celles et ceux qui les accomplissent. C'est toujours le cas. Et j'espère ne pas être déçu par mes investigations ultérieures, si je découvrais une médecine « inhospitalière ». Si la sociologie peut s'autoriser à être critique, cette critique procède-t-elle de déceptions ou de chocs moraux vécus par le chercheur ?

En quoi les émotions vécues lors de la découverte du terrain modifient-elles nos représentations initiales de l'objet ? Cette deuxième question se justifie du fait que les émotions dérivent de la congruence, ou au contraire (et le plus souvent) du décalage, entre, d'un côté, nos attentes, désirs et représentations, et, de l'autre, l'objectivité perçue de la situation (Livet, 2002, 15-16). Elles nous indiquent la manière dont nous éprouvons l'écart entre nos projections et la réalité qui nous est renvoyée. L'atténuation de l'émotion suppose une acceptation du réel qui s'effectue par un « travail de révision » de notre perception du monde, c'est-à-dire une modification ou un ajustement de nos représentations (p. 15-16.). Sur ce point, je peux dire que je ne m'attendais pas à ce que les simulations produisent autant de stress chez les participants. Je ne m'attendais pas non plus à ce qu'autant d'informations 'se perdent' dans la communication à cause d'émotions (de surcroît simulées). Je m'attendais en revanche à ce que la simulation de la prise en charge d'urgence pédiatrique (l'enfant tombé d'un arbre) procure ce sentiment d'urgence si l'équipe sentait le patient lui échapper ou si elle se sentait empêchée dans sa prise en charge, et l'expérience l'a confirmé. Mais il arrive aussi parfois que l'émotion est moindre que ce à quoi l'on s'attendait¹⁸. Je m'attendais, par exemple, à être fortement dégoûté par la vue de l'intérieur des cadavres dans les formations de chirurgie ou dans les travaux pratiques d'anatomie (Bernard, 2017), mais, finalement, l'épreuve a été moins dure que je ne le pensais.

Une troisième question pourrait se formuler ainsi : mes émotions sont-elles partagées par les enquêtés ou suis-je un déviant émotionnel dans la situation ? Être attentif à ses émotions, c'est pouvoir les comparer avec celles des enquêtés, en interroger la « normalité » dans le milieu étudié (Thoits, 1990). C'est aussi, en quelque sorte, pouvoir valider la justesse d'une appréciation, comme lorsque j'ai senti que le temps pressait dans la prise en charge de l'enfant et que le régulateur du Samu a appelé dans les secondes qui suivirent, puis que les apprenants m'ont fait part de leur sentiment de « s'enfoncer » à ce moment là. Le chercheur peut alors comprendre ses émotions à partir ou en fonction du comportement exigé par le collectif - ce que recouvre la notion de norme émotionnelle. À ce moment là, c'est ne pas éprouver d'inquiétude qui aurait été inquiétant. L'absence d'émotion face à un patient qu'on ne parvient pas à correctement stabiliser aurait été interprété comme une marque dangereuse de désinvolture. Les comparaisons entre émotions du chercheur et émotions des enquêtés peuvent ensuite ouvrir à une question difficile : en fonction de quoi les attitudes émotionnelles sont-elles jugées normales ou au contraire comme anormales ?

démuni. Mais jouer le patient ou un proche permet déjà d'observer les émotions de très près, et d'en vivre certaines.

¹⁸ Judith Wolf (2006), une anthropologue ayant travaillé en chambre mortuaire, pensait avant son terrain que c'était un lieu « imprégné d'affects ». La peur des émotions qu'elle pensait rencontrer explique, selon elle, qu'elle a mis un an avant « d'aller sur le terrain ». Une fois sur le terrain, elle se rendit compte que la charge affective était moindre qu'elle ne le pensait. Elle reconsidéra alors son jugement pour estimer que le lieu était associé à un imaginaire particulier, et que tout un dispositif cérémonial – mise en place des objets, ordonnancement des temporalités et des postures – était en place pour à la fois sécréter et canaliser les émotions.

Enfin, une quatrième question pourrait être : dans quels cours d'actions plus larges les séquences émotionnelles s'insèrent-elles, et à quelle fréquence ? Cette question peut jouer un rôle de vigilance méthodologique, dans la mesure où les émotions ont pour fonction de signaler au sujet que, pour lui, « quelque chose se passe ». L'augmentation de la vigilance qui s'ensuit peut conduire le chercheur à sélectionner les moments émotionnels sans les replacer dans la temporalité habituelle du milieu étudié. Cette propension est accentuée par le fait qu'on peut avoir tendance à mémoriser davantage les épisodes émotionnels que les autres. L'attention aux émotions ne doit donc pas conduire à négliger le banal et l'ordinaire qui sont aussi importants. Car c'est précisément par contraste avec un ordinaire moins émotionnel que prennent sens les émotions. Dans l'étude des émotions en simulation, il conviendrait donc de ne pas négliger leur aspect expérimental, qui donne « prise » aux émotions (Halloy et Dupuis, 2017), en mettant souvent les apprenants en situation délicate. Cela peut expliquer la production émotionnelle de ce cadrage situationnel¹⁹, ainsi que le stress produit par les simulations avant même de faire l'exercice. Or, dans le quotidien de travail réel (tel qu'il nous apparaît dans des entretiens, que nous n'avons pas relatés ici), il y a une alternance de moments plus calmes et de moments de crise – où les émotions doivent être « travaillées ». En ce sens, en accentuant les émotions, les exercices de simulation ne reflètent pas toute la temporalité du travail des personnels soignants.

Conclusion

L'analyse des émotions en première personne ne doit pas conduire à une écriture de soi ou à une « égologie », à la limite du récit d'enquête et de l'autofiction, qui comporterait le risque d'une « dérive autoréférentielle » (De Sardan, 2000). Elle vise à créer les conditions d'une objectivation « honnête », informée sur les aspects affectifs de l'enquête, dans le but d'interroger les normes, valeurs, et représentations des enquêtés. Dans les deux séquences d'observation de simulations médicales que nous avons étudiées, différentes émotions ont émergé de certains moments que j'ai considérés comme cruciaux dans le processus de coordination collective : la tristesse alors que je jouais le fils d'un patient paralysé suite à un AVC, l'étonnement de constater la perte d'information et les divergences d'interprétation dans l'analyse d'un discours d'annonce de mauvaise nouvelle, la peur de ne pas aller assez vite et de ne pas réussir à stabiliser un enfant souffrant d'un pneumothorax et d'une fracture du bassin suite à une chute d'arbre, l'embarras de voir une infirmière ne pas recevoir de réponse à ses questions de la part de son leader... Autant d'émotions qui ouvrent la réflexion dans des directions qui ont trait à la fois à la connaissance du terrain étudié – les effets émotionnels du dispositif de simulation sur les participants, l'importance de la gestion du stress, l'influence des émotions dans la communication – et à la méthodologie sociologique en ce qui concerne les modalités de prises d'information en lien avec les émotions. Sur ce point,

¹⁹ Halloy et Dupuis (2017) proposent de voir les émotions ressenties dans les contextes rituels comme des « affordances émotionnelles ». Les affordances sociales sont à la fois des prises sur la situation et des invitations à l'action, qui peuvent avoir une nature normative. Dans les rituels de possession étudiés, les maîtres de cérémonie invitent certains participants à un « rapprochement » avec une divinité. Les émotions ressenties par le participant tiennent alors à la fois des incitations extérieures que de la maîtrise et de la bonne application de techniques du corps. Ces émotions induisent une possible amplification, car elles deviennent normatives : elles sont « le signe de l'interaction en cours avec l'entité invisible. Elles définissent la nature de cette dernière en ce qu'elles prescrivent un comportement (alliance ou opposition, accueil ou rejet) » (2017, 24-25). Les émotions deviennent alors affordances émotionnelles. En saisissant ces prises et invitations, le participant peut connaître un phénomène d'amplification affective et entrer en transe. Les affordances viennent donc à la fois du cadre extérieur, de l'ambiance et du maître, qui offrent des prises au participant pour qu'il prenne l'émotion permise par le rituel, et de l'intérieur si le participant interprète ses émotions comme une invitation à aller plus loin dans le lâcher-prise (ces émotions prescrites ou autorisées offriraient en quelque sorte une prise au lâcher-prise).

j'ai soutenu que les émotions du chercheur pouvaient être utilisées dans un souci méthodologique comme source de questionnements et d'hypothèses. Un danger serait que ces différentes émotions dissolvent l'objet de l'analyse en de multiples fragments. Cependant, ces émotions du chercheur peuvent avoir une valeur heuristique dès lors qu'elles sont objectivées, comparées à celles des enquêtés, replacées dans leur contexte (c'est-à-dire dans une dynamique de circulation affective impliquant plusieurs acteurs en interaction visant une coordination) et ainsi utilisées en premier lieu pour comprendre le monde social étudié – et non uniquement sa perception par le chercheur (Bernard, 2007 et 2016).

Les émotions vécues par le chercheur peuvent en effet aider à comprendre de l'intérieur des mécanismes émotionnels proprement collectifs. Ou, par leur partage, de dévoiler les conceptions dont elles sont l'objet, ainsi que les éventuelles techniques transmises pour les neutraliser, ou, au moins, les contrôler efficacement. Si ces aspects peuvent varier sur le terrain – le travail des urgences nécessite essentiellement un travail sur soi, alors que l'annonce de mauvaise nouvelle sous-tend davantage un travail sur autrui –, on peut voir ces variations comme une richesse pour l'analyse générale de la place des émotions dans le travail de soin. Aussi, un enjeu de la recherche en cours sera-t-il d'accéder à d'autres types de formation, afin de repérer d'autres formes de conceptualisation et de techniques de gestion des émotions, et d'ainsi rendre compte de la complexité du travail soignant. Mais l'analyse d'un monde social par l'entrée des émotions n'interdit pas l'établissement de catégories d'analyses plus générales, par le rapprochement de logiques similaires. Ce faisant, il y aurait lieu de s'interroger, par exemple, sur la possibilité de conflits de représentation au sujet de la place des émotions dans le travail soignant.

Références

Bernard J., (2007), « Objectiver les émotions dans l'enquête de terrain », dans Lerservoisier, O. et Vidal, L. (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Editions des archives contemporaines.

Bernard J., (2009), *Croquemort. Une anthropologie des émotions*, Paris, Métailié.

Bernard J., (2016). *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*, Paris, Métailié, chapitre « Annexe méthodologique ».

Bernard J., (2017), « Une dépersonnalisation inachevable. Ethnographie du rapport aux 'corps' dans un laboratoire d'anatomie », dans Combessie P. (dir), *Corps en péril, corps miroir*, Nanterre, Presses de l'université Paris Nanterre.

Damasio A., (1995, [1994]), *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*, Paris, Odile Jacob.

De Sardan J.-P., (2000), « Le 'je' méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, vol.41, n°3, 2000.

Dumouchel P., (1999). *Emotions. Essai sur le corps et le social*, Paris, Institut Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

Dumouchel P., (2005), « Emotions, espace public et corps social », résumé de communication au colloque *Emotions et politiques des corps*, Bruxelles.

Durkheim E. (2013), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF [1895].

Goffman E., (1991, [1974]). *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.

Goffman E., (2002, [1961]). « La 'distance au rôle' en salle d'opération », dans *Encounters, Two Studies in the Sociology of Interaction*, 1961, traduit par Yves Winkin, *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin 2002, 80-87.

Granry J.-C, Moll M.-C., (2012). *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 La Plaine: HAS. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

Haute autorité de santé (HAS) « Evaluation et amélioration des pratiques. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé », décembre 2012.

Le Breton D., (1998). « Le paradoxe du comédien : esquisse d'une anthropologie du corps en scène », dans *Les passions ordinaires, anthropologie des émotions*, Paris, Armand Colin, 199-213.

Livet P., (2002), *Emotions et rationalité morale*, Paris, PUF.

Glaser B., Strauss A., (2016 [1965]). *La conscience de la fin de vie*, Fribourg, Academic Press.

Halloy A., Dupuis D. (2017), « Les racines émotionnelles de la possession religieuse. Une ethnographie comparative ». *Intellectica*, 2017. <halshs-01575685>

Hochschild Arlie R., (2017 [1983]). *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

Petit J.-L., « Le cerveau et les émotions », dans Breuvart J.-M (dir.), *Que cachent nos émotions ?*, Paris, L'Harmattan, 33-65.

Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., "Sentimental work in the technologized hospital", *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n°3, 1982, p.254-278.

Thoits P., (1990), « Emotional Deviance : Research Agendas », dans Kemper, T. (dir), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, New York, State University of New-York.

Wolf J., (2006), *Les émotions en milieu mortuaire. Obstacle ou privilège ? Face-à-face. Regards sur la santé*, n°6, 2006.

