DEMC Journal

N° 2 | 2024
2024

La simulation : une méthode qualitative inédite d'accès aux données pour analyser sociologiquement les impacts des technologies numériques dans le champ de la santé ?

Tony ORIVAL

Jean-Philippe FOUQUET

Édition électronique :
URL :
https://demc-journal.org/articles/revue-2/2792-la-simulation-une-methode-qualitative-inedite-d-acces-aux-donnees-pour-analyser-sociologiquement-les-impacts-des-technologies-numeriques-dans-le-champ-de-la-sante
DOI : numerev_2193
Date de publication : 31/12/2024

CertiScience© *Certifié évalué par les pairs*

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : ORIVAL, T., FOUQUET, J.-Ph. (2024) La simulation : une méthode qualitative inédite d'accès aux données pour analyser sociologiquement les impacts des technologies numériques dans le champ de la santé ?. *DEMC Journal*, (2). https://doi.org/10.34745/numerev_2193

Résumé : L'intention de cet article est de partager une expérience méthodologique originale basée sur la simulation ici utilisée comme méthode qualitative d'accès aux données. Cette méthode inédite en sociologie a été déployée dans le cadre d'une recherche collaborative financée par le Fonds Européen de Développement Régional (*FEDER*) portant sur les innovations numériques en santé et fédérant le Centre Hospitalo-Universitaire de Tours*, VYV 3* Centre-Val de Loire, et l'Université de Tours. Après avoir rappelé les intentions de cette recherche, et les limites des méthodes qualitatives habituelles, l'objectif est de décrire la simulation et de voir comment cette dernière peut être un générateur de pratiques professionnelles et d'usages des technologies numériques ainsi qu'un catalyseur de redistributions des tâches et des actes entre les professionnels du soin au point de bouleverser les routines de travail. Cette contribution se situe donc à trois niveaux : 1) montrer les avantages d'utiliser la méthode de la simulation en santé dans une optique sociologique pour accéder à des données généralement soustraites au regard du chercheur ; 2) donner à voir comment méthodologiquement mettre en œuvre une telle méthode d'accès aux données ; et 3) illustrer à partir d'un cas d'analyse dans le domaine du soin comment l'expérience de la simulation sociologique peut être un observatoire inédit de l'inventivité des usages des outils numériques et de la redistribution des tâches et des actes entre les professionnels du *care*.

Mots clés : méthode qualitative ; simulation ; données ; innovation ; santé

Abstract: The intention of this article is to share an original methodological experiment based on simulation as a qualitative method of data access. This sociological method was deployed as part of a collaborative research project financed by the European Regional Development Fund (ERDF) on technological innovations in healthcare, bringing together the Centre Hospitalo-Universitaire de Tours, VYV 3 Centre-Val de Loire, and the University of Tours. After recalling the intentions of this research, the aim is to describe simulation and see how it can be a generator of new professional practices and be a catalyst for the redistribution of tasks and acts between care professionals to the point of upsetting work routines. This contribution is therefore at three levels: 1) showing the advantages of using the health simulation method from a sociological perspective to access data generally hidden from the researcher's perspective; 2) show how to methodologically implement such a method of access to data; and 3) illustrate from a case of analysis in the field of care how the experience of sociological simulation can be a unique observatory of the inventiveness of the uses of digital tools and the redistribution of tasks and actions between health professionals.

Key words: qualitative method; simulation; data; innovation; healthcare

Mots-clés :
Numérique, Données, Santé, Méthode qualitative, Innovation, Simulation

Introduction

La recherche qualitative en sciences humaines et sociales en général et en sociologie en particulier est un milieu « très vivant où s'expérimentent constamment de nouvelles manières de faire » (Paillé, 2006, p. 6). Fussent-elles parfois controversées, ces avancées sont essentielles au travail sociologique. Elles le sont, faut-il le rappeler, parce que la démarche scientifique du sociologue consiste à envisager ce qu'il veut connaître sous la forme d'une connaissance « par méthode destinée à produire une représentation distincte de l'objet qu'il cherche à connaître » (Granger, 1986, p. 210). Et parce qu'il « n'existe jamais de méthode prête à l'emploi », dans la mesure où il « s'agit toujours, pour le sociologue, de savoir plier ou adapter ses méthodes aux problèmes sociologiques qu'il entend résoudre » (Lahire, 2022, p. 49).

Aussi l'intention est-elle ici de rendre compte d'une expérience méthodologique originale basée sur la simulation comme méthode de recherche sociologique[1]. Mais qu'entend-on par simulation ? La simulation est une invention méthodologique qui consiste à rejouer des situations professionnelles dans un cadre qui reproduit fidèlement le contexte de travail, sans pour autant s'y confondre. Celle-ci n'est pas nouvelle. Elle est présente dans des secteurs d'activités très variés et aussi différents que le médical, l'aéronautique et le nucléaire. Mais de ma-nière bien différente, et avec une visée de recherche sociologique, les sociologues peuvent être amenés à investir la simulation, en particulier lorsque leur objet s'y prête. Ce fut le cas dans le cadre d'une recherche collaborative financée par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) portant sur les innovations technologiques en santé réunissant le Centre Hospitalo-Universitaire de Tours, VYV 3 Centre-Val de Loire, et l'Université de Tours.

Après avoir rapidement rappelé les intentions de cette recherche, et les limites des méthodes habituelles – observations et entretiens par exemple – face à cet objet, l'objectif est de décrire la simulation et de voir comment elle peut être un dispositif de redistribution des tâches et des actes entre les professionnelles du soin[2]. Plus précisément, images à l'appui – c'est-à-dire sur la base des films ethnographiques tirés de ces journées de simulation –, les accords professionnels feront l'objet d'une attention toute particulière. D'autant que ces images font apparaître que ce dispositif inédit et original semble un levier pour faire sortir les professionnelles des pratiques professionnelles consacrées ou routinisées, au point d'initier de nouvelles formes de

travail qui contrastent avec des formes de travail habituelles pour lesquelles le « coefficient de routine » (Menger, 2009) est important.

Les avantages de la simulation dans l'accès aux données

La simulation : une méthode pour contourner les obstacles …

Comment les technologies numériques redéfinissent-elles les frontières des métiers de l'autonomie et de la santé, en influençant la relation thérapeutique et les dynamiques de coopération ? De quelle manière ces outils sociotechniques remanient-ils les structures organisationnelles et les interactions au sein des équipes, et avec quelles répercussions ? Voilà quelques-unes des questions qu'il s'agissait d'embrasser avec un regard sociologique dans le cadre du programme de recherche européen évoqué précédemment.
Pour tenter de répondre à ces questions, il s'est agi alors de recourir aux méthodes suivantes : entretiens avec les acteurs de santé – professionnelles et patients –, questionnaires, observations in situ. Ces méthodes ont été extrêmement pertinentes. Cela ne fait pas le moindre doute. Mais elles ont aussi trouvé semble-t-il leurs limites concernant les innovations technologiques en santé, parce qu'elles ne permettent pas toujours de saisir l'émergence des usages novateurs et des configurations de travail nouvelles.
A cela s'est ajouté un autre obstacle : celui de pouvoir accéder à la relation soignant-soigné. La méthode de l'entretien ou de l'observation ne permet bien souvent que d'en rester au seuil. Le secret médical et la monopolisation du travail du soin par les groupes professionnels y est pour beaucoup. Certes, certains sociologues ont en partie contourné cet obstacle. Ils l'ont fait généralement en occupant des fonctions directement dans l'institution étudiée Mais cette posture d'observateur participant ou de « participation observante » (Wacquant, 2000) n'est elle-même pas sans défaut – puisque, même ainsi, l'intimité de la relation soignant-soigné demeure en partie inaccessible.
Or à cet égard, la simulation est apparue comme une solution pour contourner ces obstacles. Pour ce faire une chambre médicalisée et une salle d'activité semblables à celles présentes à l'hôpital ou en établissement médico-social ont été mises sur pied. Ceci dans le but d'accéder à une réalité qui ne serait pas visible autrement par les sociologues. Et pour lever l'obstacle de l'inaccessibilité aux plis les plus fins du travail du soin. Mais où ces espaces ont été implantés ? Il a été décidé d'opter pour un lieu qui soit distinct tout en étant proche des institutions partenaires, le Centre Hospitalo-Universitaire de Tours, VYV 3 Centre-Val de Loire ou l'Université de Tours. Ce tiers-lieu, au sens d'un « lieu intermédiaire » (Oldenburg, 1989), a conduit à installer les espaces de simulation au sein de Mame, la Cité de l'Innovation et de la Création à Tours.
L'objectif des simulations ne résidait pas dans la formation des professionnelles, mais dans l'explo-ration des effets des innovations technologiques sur l'organisation des

pratiques, la transformation des frontières professionnelles des métiers de l'autonomie et de la santé. Ces objectifs ont orienté l'attention des chercheurs et la conception du dispositif sociotechnique. Deux caméras fixes équi-paient les espaces de simulation. Une caméra mobile permettait également de suivre les déplacements des professionnelles. L'enregistrement systématique des séances, réalisé avec le consentement des participants, a offert un double avantage : permettre aux observateurs et aux sociologues d'analyser la scène à distance et fournir des données qualitatives riches sous forme d'images.

La simulation : un éclairage gagnant-gagnant

Ainsi en utilisant la simulation comme un « laboratoire social » et méthodologique vivant à des fins de recherche sociologique, cette méthode semble fondée sur une dynamique « gagnant-gagnant ». A l'échelle des participants aux simulations, ceux-ci bénéficient d'un retour réflexif immédiat ou presque de la part des autres et des sociologues dans un climat sécurisant. La clé de ce climat singulier réside bien sûr dans les relations interpersonnelles qui se nouent au fil du temps, des mises en situations et des échanges. Mais elle tient aussi au fait que dans ce cadre il n'y ait pas de pratiques professionnelles attendues ou donnant lieu à évaluation. Les sociologues ne sont donc pas là pour « faire apprendre », mais pour apprendre eux-mêmes comment les professionnelles agissent. Ils n'ont de cesse néanmoins comme on l'a dit plus tôt de mettre en perspective les points de vue et de partager leurs connaissances sociologiques.
Lorsque les participants-enquêtés acceptent de s'engager dans la simulation, ils se confrontent à une mise en situation proche de leur environnement professionnel, sans toutefois s'y confondre. Cette démarche semble favoriser un apprentissage réflexif, à la fois sur soi et sur les autres. Les simulations, pensées comme un outil d'investigation sociologique, instaurent une forme d'« empathie intersubjective », définie comme la capacité à reconnaître chez l'autre un potentiel d'information sur des aspects de soi-même encore méconnus (Tisseron, 2017). Ce temps suspendu, et un peu inédit, permet de voir, publiciser et mettre en débat les savoirs spécifiques mis en œuvre par les professionnelles. Par ailleurs, la structure même de la simulation en tant que méthode de recherche ouvre la possibilité pour les participants de visionner ultérieurement les enregistrements, favorisant ainsi un retour réflexif sur les pratiques mises en œuvre. Aussi n'a-t-il pas été rare qu'au moment des échanges du débriefing les professionnelles enquêtés soient surprises, ne pensant pas qu'il était possible de voir et comprendre « tout ça ».

A l'échelle cette fois-ci des sociologues, l'intérêt de cette méthode est de recueillir des données qualitatives autrement que par l'entretien ou l'observation ; offrir un cadre pour observer et expérimenter des pratiques professionnelles naissantes, tout en facilitant la réflexion sur des modes de collaboration encore peu structurés ; 3) donner accès à des dimensions de la réalité sociale qui demeureraient difficiles à capter par des méthodes plus classiques. Aussi, c'est donc par cette nouvelle méthodologie qualitative en sociologie qu'il a été possible d'analyser les impacts des technologies numériques

dans le milieu de la santé et de l'autonomie en région Centre-Val de Loire. Par secteur de l'autonomie et de la santé, il convient d'entendre principalement les professionnelles – infirmières, médecins coordinateurs, psychologues, animatrices (qui proposent des activités adaptées individuelles et/ou collectives en fonction des besoins et des capacités psychiques et physiques des personnes accompagnées), aides-soignantes, assistantes de soin, etc. – qui exercent dans les résidences autonomie, ensemble de logements pour personnes âgées associés à des espaces communs et services collectifs, et les EHPAD, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes[3]. Il est à noter aussi que l'objectif des sociologues à travers ces simulations sociologiques n'est pas spécifique à la technologie testée (casque de réalité virtuelle, robot social, applications de santé, dotées ou non d'intelligence artificielle), mais bien transversal : il s'agit de récolter un ensemble d'informations sur la manière dont les professionnelles se situent dans une posture d'évaluation de l'apport (ou non) des outils en question, s'interrogent, débattent autour de ce que leur introduction peut impliquer sur le plan de l'organisation du travail, individuelle et collective, et sur les coopérations entre métiers.

Mais surgit peut-être une question : comment la simulation à des fins de recherche a-t-elle finalement été mise en œuvre par les sociologues ? Répondre à ces questions, c'est rendre davantage visibles et transparents les processus qui ont présidé ici à la production des résultats de recherche, tout en prenant soin au préalable de préciser l'originalité d'une telle approche.

Rendre visible le processus de simulation en sociologie

Originalité et spécificité de l'approche

Pour mettre les professionnelles participant à ces simulations dans des conditions relativement proches de leurs conditions ordinaires de travail, celles-ci ont été basées sur le jeu de rôle avec des scénarios bâtis par les sociologues. Les scénarios sont tirés des observations in situ et des entretiens individuels et collectifs avec les professionnelles[4] : angoisses nocturnes, soins invasifs avec un patient rétif, levée de doute nécessaire et recours par la professionnelle à la téléconsultation… Les professionnelles pouvaient lors de ces scénarios recourir (ou non) à des outils numériques.

En cela, la simulation immersive en sociologie fait donc parti des observations de type expérimental, et non pas des observations dites « naturelles » ou en milieu « écologique ». Mais parmi ces observations de type expérimental, elle se recoupe et se distingue en partie du jeu de rôle, du « théâtre d'intervention socioclinique » (Badache et De Gaulejac, 2021, p. 105) ou encore des expérimentations contrôlées. La simulation s'appuie en effet généralement sur le jeu de rôle, et en cela, lui ressemble. Mais elle s'en distingue, et c'est là une différence essentielle, par le fait de prendre place dans un

cadre qui reproduit fidèlement l'environnement de la scène simulée. C'est donc tout un « appareillage symbolique » (Goffman, 1973) qui est généré par le décor de la scène et mis sur pied afin de renforcer l'immersion des participants lors des simulations – lesquelles peuvent être toutefois définies, au sens de d'Ellington, Gordan et Fowlie, comme des « représentations de situations réelles » (Ellington, Gordan et Fowlie, 1998).

La simulation n'est pas non plus sans avoir quelques points de ressemblance avec le théâtre d'intervention socioclinique utilisé pour mettre en situation les individus dans un « espace de représentations » susceptible d'aider à mieux cerner l'origine des conflits vécus dans la vie quotidienne et travailler à les résoudre. Inspiré du théâtre-forum, le théâtre d'intervention socioclinique se veut dans son esprit une « aide au changement » pour aller vers un vivre mieux avec les autres. Or la simulation par jeu de rôle s'éloigne en partie de ce modèle pour au moins trois raisons : 1) dans la simulation les spectateurs ne sont généralement pas présents dans la scène observée, l'objectif étant que les participants ne soient pas perturbés, ou le moins possible, par les observateurs ; 2) la simulation s'affranchit de certains des codes « classiques » du théâtre et n'appelle pas à se mettre en scène sous son « meilleur jour » ; 3) le nombre de participants aux simulations sont généralement plus réduits que dans le théâtre d'intervention socioclinique.

La simulation se rapproche en revanche par certains aspects des expérimentations contrôlées. Ici, on se rappellera que certaines expérimentations ont fait date. Que l'on pense aux expériences de Milgram, conçues pour explorer jusqu'où une personne est susceptible d'aller lorsqu'il s'agit pour elle de suivre un ordre émanant d'une personne faisant autorité. Ou à l'expérience de Zimbardo, durant laquelle une prison a été créée de toute pièce dans les sous-sols du département de psychologie de l'université de Stanford, et où les participants étaient assignés aux rôles de gardiens ou de prisonniers par tirage au sort. Ou encore, plus récemment, des expérimentations de psychologie sociale menées sous la houlette de Joule et Beauvois (2024). L'invariant ici est qu'il s'agit d'examiner « effectivement le comportement des personnes dans certaines situations créées par les observateurs eux-mêmes » (Peretz, 2004, p. 16). Cependant, contrairement aux expérimentations contrôlées, telles qu'elles sont classiquement conduites par les chercheurs en sciences humaines et sociales, la simulation immersive comme méthode qualitative en sociologie n'appelle pas forcément la constitution d'un groupe « expérimental » et d'un groupe « contrôle » (aussi parfois appelés groupe « test » et groupe « témoin ») au départ statistiquement et relativement identiques. Les scénarios bâtis par les sociologues sont semi-structurés, ou partiellement cadrants, au sens où ils laissent une bonne part d'autonomie aux participants, et qu'ils n'appellent pas une réponse univoque et contrôlée qui satisferaient un quelconque attendu.

A ce point, il est important de noter que la simulation sociologique telle que nous la proposons s'inscrit également dans un contexte qui n'est pas neutre, où les simulations – non pas comme méthode de recherche sociologique mais comme méthode de formation – sont de plus en plus utilisées, y compris dans la formation et dans l'évaluation des médecins et des infirmières. Selon la logique éthique « jamais la première fois sur le patient », de telles simulations dont les « bonnes pratiques » sont répertoriées par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2024) permettent de faire apprendre et de répéter des procédures, « des situations cliniques ou des prises de décision »

(Granry et Moll, 2012). Parmi l'ensemble des usages possibles de la simulation en formation, il peut s'agir aussi de simuler des situations d'annonce de nouvelles difficiles (pathologie agressive et fin de vie dans un futur proche à communiquer à un patient et ses proches, par exemple) comme être utilisée comme un levier pour étoffer le répertoire d'actions de la future professionnelle afin que celle-ci soit mieux armée pour réagir face à des situations de harcèlement dans l'exercice de son métier, à l'instar de celui d'infirmiers (Gillepsie et al., 2015). Aussi n'est-il pas étonnant que les chercheurs en éducation médicale sont probablement ceux qui ont produit le plus de résultats et de connaissances scientifiques sur la simulation utilisée en formation. Ces derniers se concentrent principalement sur la description des outils et des modalités de mise en œuvre de la formation par simulation médicale (Cooper et Taqueti, 2004) ; la comparaison entre l'efficacité de la simulation et celle de l'enseignement clinique traditionnel (McGaghie et al., 2010) ; l'évaluation de l'importance des retours d'expérience des patients ou des formateurs (Bokken, Linssen, Scherpbier et al., 2009 ; Dreifuerst, 2009) ; l'évaluation de l'efficacité du transfert des apprentissages acquis en simulation vers des situations réelles (Strurm, Windsor, Cosman et al., 2008) ; et l'étude de l'amélioration des performances et de la coordination des équipes grâce à la simulation (Cant et Cooper, 2010).

En l'espèce, ce type de simulation réalisé sous l'optique sociologique a donc une autre visée, celui de documenter qualitativement des pratiques professionnelles où il y a recours au numérique et de faire réagir les professionnelles sur ces dernières. Telles qu'elles ont été menées, les simulations n'ont pas impliqué d'étudiants de santé qui auraient eu à naviguer entre – et distinguer – la simulation utilisée en formation et celle utilisée par les sociologues. Les professionnelles qui ont participé aux simulations ne peuvent elles-mêmes différencier ce qui relèverait d'une journée de simulation de formation initiale d'une simulation sociologique dont l'objectif est tout autre. Une partie du travail des sociologues animant ce type de journée a donc consisté à expliquer l'originalité et les spécificités de cette simulation réalisée dans une optique de recherche qualitative en sociologie. Il s'agissait aussi d'expliquer que les professionnelles ne sont pas évaluées, ce qui limite les possibilités de vouloir se montrer sous son meilleur jour.

Mise en œuvre

Les séances de simulation se déroulaient à chaque fois sur une journée et étaient assurées systématiquement par un binôme de sociologues. Elles accueillaient au moins cinq et au maximum huit professionnelles du champ de l'autonomie et de la santé. Les simulations sociologiques ont été mises en œuvre en suivant à chaque fois un principe de pluriprofessionnalité, celui-ci ayant été posé pour créer un ensemble de conditions favorables pour faire émerger les points d'accords, de désaccords ou de controverses entre les professionnelles. Dans ces séances de simulation ont donc été mises ensemble les professionnelles suivantes : aides-soignantes, médecins, infirmières diplômées d'état, agents hôteliers, psychologues, ergothérapeutes, etc. Les profils d'aides-soignantes et d'infirmières ont été sensiblement plus nombreux que les autres profils dans les simulations, mais cela est relativement conforme aux catégories sur ou sous-

représentées dans les établissements. Ces professionnelles venaient d'établissements différents afin de faire dialoguer entre eux des professionnelles qui peuvent être confrontées à des effets de contexte et des conditions différentes de recours aux technologies.
Les sociologues donnaient ensuite des éléments de contexte du scénario bâti par leurs soins, et les rôles professionnels étaient distribués à cette étape. A ce point, il importe de noter que les sociologues ont eu recours à un comédien professionnel pour simuler le patient/résident. Cela s'explique dans la mesure où il aurait été délicat sur un plan éthique de travailler avec un résident réel : temps d'attentes entre les simulations, sollicitations éprouvantes sur le plan physique et mental pour la personne, potentiels « ratés » de la part des professionnelles à l'endroit du résident réel, etc. Ce comédien n'a pas été choisi au hasard : avant d'exercer le métier qu'il occupe aujourd'hui, ce dernier a travaillé de nombreuses années dans le secteur du sanitaire (comme brancardier à l'hôpital) et du médico-social (notamment comme aide-soignant dans un EHPAD). Dans cette première étape de briefing, le script a donc été donné d'une part aux professionnelles volontaires pour être mises en situation, et d'autre part au comédien, sans que ces premiers – les professionnelles de santé – puissent entendre les consignes données au comédien afin de garder une plus grande part d'imprévisibilité en situation. A l'image de ce scénario basé sur une crise d'angoisse nocturne :

Exemple de scénario : une situation d'angoisse nocturne

1. Script donné aux participants à la journée de simulation :
En EHPAD, vers 23h30, dans la chambre d'un résident couché depuis 20h. Ce résident crie, s'agite, est angoissé et appelle sa mère… L'aide-soignante est venue en chambre voir ce qui se passait. Elle constate que l'angoisse disparait difficilement. Elle peut recourir ou non aux outils numériques.
Profil du résident : Bernard (Simone), 89 ans, résident depuis 7 ans, veuf. A toujours vécu à la campagne, entouré d'animaux. 3 enfants qui viennent régulièrement lui rendre visite, également ses petits-enfants (5). Très jovial, sociable et attentif aux autres, il lui arrive d'être pris par de fortes crises d'angoisse. Il connait le phoque Paro[5] mais uniquement au cours de séances collectives programmées, jamais en individuel et en flash.
2. Script supplémentaire donné uniquement au comédien
Configuration 1 : le résident tend à être réceptif, à se calmer
Configuration 2 : le résident tend à être opposant, à se braquer, l'aide-soignante doit trouver une autre solution.
Configuration 3 : le comédien improvise à partir du scénario de départ.

L'étape 2, d'une durée de 10 à 20 minutes environ, correspondait quant à elle à l'expérience de la situation simulée en chambre médicalisée ou en salle d'activité. Là, les sociologues et les autres participants pouvaient observer l'activité de travail des professionnelles en immersion sans être physiquement présent dans la scène, grâce au dispositif sociotechnique (c'est-à-dire plus précisément par la diffusion en direct du flux audiovisuel capté dans la salle d'immersion).

Le débriefing (étape 3) était enfin l'occasion que tous les participants et les sociologues échangent sur ce qu'ils viennent de vivre ou de voir. C'est un temps pour faire un retour sur le déroulé de la situation, pour que les émotions vécues soient exprimées, mais aussi revenir en détail sur les interactions.
Cette étape du débriefing est fondamentale. De loin la plus longue (environ une à deux heures après chaque mise en situation), elle est conduite sous l'optique sociologique. Dans celle-ci, il s'agit de mettre en dialogue les perspectives et d'inviter également les professionnelles à réfléchir sur ce que produisent l'introduction de nouvelles technologies numériques sur leurs manières de faire leur travail, de coopérer et de retravailler les interactions avec les résidents et/ou les patients. Pour mieux saisir et illustrer ces différentes étapes, on peut se reporter aux photos suivantes qui permettent de mieux se rendre compte encore du processus :

Illustration du dispositif de simulation comme méthode de recherche qualitative innovante en sociologie à Tours

---



Photographie 1 : illustration de la première étape de la simulation. Les participants réalisent un tour de table au cours duquel chacun se présente

---



Photographie 2 : illustration de la deuxième étape de la simulation. Une participante est ici mise en situation

---



Photographie 3 : illustration de la deuxième étape de la simulation. Les participants observent simultanément la mise en situation sans être physiquement présents dans la scène



Photographie 4 : illustration de la troisième étape de la simulation. Les participants réalisent ensemble un débriefing

Zoom sur le corpus collecté

Ces simulations ont été menées, collectées et analysées par les sociologues Bernard Buron, Jean-Philippe Fouquet, et Tony Orival, tous trois sociologues rattachés au laboratoire CITERES UMR 7324 CNRS et au Usetech'lab (https://usetechlab.com/). Entre 2019 et 2023, plus d'une cinquantaine de séances de simulation ont été organisées. Les dates des séances de simulation ont été identifiées par la chargée de mission et les sociologues. Ces dates ont été sélectionnées minimum 8 semaines en amont. Une fois les séances fixées, un appel à candidature a été envoyé dans un courriel adressé aux responsables des établissements médico-sociaux, ainsi qu'au cadre de santé et/ou Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) coordinateur qui se chargent de transmettre l'information aux équipes. L'appel à candidature faisait l'objet de relances tout en étant strictement basé sur le volontariat en accord avec la responsable chargée d'évaluer si la professionnelle absente pouvait être remplacée. Les financements alloués étaient réservés aux remplacements des professionnelles, leur permettant d'assister aux simulations. Il était également précisé que les simulations organisées au sein du Usetech'lab ne sont pas des formations mais un dispositif de recherche permettant d'observer les usages, d'échanger autour des pratiques professionnelles. Le courriel informait des dates, des heures et du lieu des séances fixées, des technologies utilisées, d'un rappel des objectifs de recherche et du déroulé d'une séance de simulation, ainsi qu'un lien de sondage en ligne pour l'inscription par type de simulation pour planifier et répartir les professionnelles entre les différentes séances proposées. La professionnelle ou sa responsable devait y indiquer le nom, prénom, la fonction et l'établissement de rattachement du participant concerné. Le jour-même de la simulation les professionnelles participantes portaient un badge nominatif et signaient une fiche d'émargement ainsi qu'une autorisation de captation d'image et de reproduction – ce qui explique pourquoi il a été possible de rendre public les photographies dans cet article. Au total, plus de 150 professionnelles de l'autonomie et de la santé issues de plus de 20 établissements (EHPAD, FAM/MAS, IEM, SAMSAH, SSIAD, etc.) des six départements de la région Centre-Val de Loire ont participé. Et plus d'une centaine d'heures d'enregistrements audio et/ou audio-visuels ont été moissonnées.

A l'analyse, ces images rendent compte de la manière dont ce dispositif de simulation semble un levier pour : 1) faire sortir les professionnelles des pratiques et accords professionnels routinisés, au point d'initier de nouvelles formes de travail qui contrastent avec les routines consacrées ; et 2) redistribuer temporellement des tâches

et des actes entre les professionnelles. Ce sont ces expériences professionnelles de redistribution des tâches et des actes dans le soin qu'il s'agit désormais d'explorer.

La simulation : un générateur d'expériences professionnelles inédits de redistribution des tâches et des actes dans le soin ?

L'analyse des enregistrements audiovisuels prend appui sur les connaissances les plus actuelles dans les champs de l'analyse du travail et des groupes professionnels (Vezinat, 2016), de l'innovation scientifique et technique (Alkrich, Callon et Latour, 2006), de l'innovation sociale (Klein, Laville et Moulaert, 2014), de l'activité (Barbier et Durand, 2017) et des compétences interactionnelles (Fillietaz et Zogmal, 2020). Elle s'inspire également des travaux sur la dimension processuelle de l'activité de travail ainsi que leurs négociations dans des dynamiques professionnelles (Hughes, 1996 ; Strauss, 1992 ; Abbott, 2003), mêlant des niveaux d'échelle et de regard à la fois les plus micro aux plus macrosociologiques6.

Sans pouvoir relater l'ensemble des processus de redistribution des actes et des tâches entre les professionnelles du soin survenues lors des simulations, certaines configurations, au sens d'Elias (1991), c'est-à-dire des systèmes d'actions et relations réciproques entre des individus interdépendants qui naviguent dans un espace de contraintes, méritent d'être analysées. Elles concernent notamment les simulations dont le cœur du scénario tourne autour d'un soin difficile : un refus de soin face à un patient on ne peut plus agité.

Le soin difficile en simulation : transformation des coopérations…

Le scénario générique est celui d'un soin difficile. Un résident en EHPAD tourangeau depuis plusieurs années est connu pour redouter les piqûres, les prises de sang. Présentement, l'infirmière doit faire un prélèvement sanguin. L'expression de cette crainte se traduit côté résident par des cris, des gestes brusques et un refus de présenter son bras. Les professionnelles de l'autonomie et de la santé, seules ou en binôme, entrent dans la chambre et se retrouvent face à un résident entre apeurement et désapprobation. Elles savent que le résident a de la famille éloignée dans le Nord qui ne vient jamais le voir. Que le résident dialogue généralement peu, sans être apathique. Aux yeux de ceux qui en prennent soin, il est « dans son monde », se « balade » beaucoup dans l'établissement, participe peu aux activités collectives, prétend avoir des choses à faire. Et lorsqu'il rejoint une activité, cela ne dure jamais longtemps, il se lève, revient, repart… Face à cette situation de soin difficile, les professionnelles tentent d'intervenir. Dans ce cas-ci, ou bien le résident finit par devenir réceptif, ou bien il demeure opposant. L'intérêt de cette situation est d'observer ce que font les professionnelles, comment elles se coordonnent ou non, coopèrent, ajustent leurs comportements pour réaliser leur soin.

Confronté à cette situation simulée, les chercheurs en sociologie ont assisté sur-le-vif à la manière dont les professionnelles « orientent, contrôlent, infléchissent et modifient chacun leurs lignes d'action à la lumière de ce qu'ils trouvent dans les actions d'autrui » (Blumer, 1969, p. 53). Lorsqu'une professionnelle s'aventurait seule dans ce type de situation, par exemple une infirmière, elle ajustait son comportement en fonction des actions du résident. Son objectif était d'abord de détourner son attention du soin à venir. Pour ce faire, cette dernière pouvait faire « feu de tout bois » : aller chercher une tisane, un morceau de carré de chocolat, convoquer l'environnement immédiat de la chambre pour échanger autour d'une photo, d'un tableau, ou du mobilier. Le corps de la professionnelle, véritable « axe de sa relation au monde », pour reprendre une formule de Le Breton (2023), était également mis en branle comme « émetteur et récepteur de sens » au service de cet objectif : la voix se faisait plus douce, moins forte, pour essayer de trancher avec l'inquiétude du résident. Concernant les répertoires de gestes et de mimiques déployés, et sans que ceux-ci n'affleurent toujours à la conscience, les actions des professionnelles se sont ressemblées dans leur manière de s'appuyer sur le lit du résident, le regarder dans les yeux, le prendre par la main.

Lorsque la professionnelle parvenait seule à détourner l'attention du résident et à réaliser son soin, la situation pouvait s'arrêter-là. En revanche, il pouvait arriver aussi qu'elle se retrouve en incapacité de délivrer son soin face à un résident opposant. Dans ce cas de figure, elle pouvait alors faire appel à une autre professionnelle, sollicitée en renfort, pour intervenir en binôme. Les binômes spontanément formés étaient des binômes de soignants – par exemple un médecin et une infirmière (MED-IDE), ou plus fréquemment encore, une infirmière avec une aide-soignante (IDE-AS). La coopération se réalisait alors selon une logique de « primauté de métier » et de hiérarchie symbolique suivant lesquelles les actes techniques, particulièrement valorisés, échoient au médecin ou à l'infirmière, tandis que le care (distingué du cure) visant à « calmer » le résident était tantôt conjointement pris en charge par les deux professionnelles, tantôt délégué à l'infirmière dans le binôme MED-IDE, ou à l'aide-soignante dans le binôme IDE-AS.

Cette délégation de tâche – travaillée par des questions de genre (Kergoat, 2012 ; Garcia et Groshens, 2020) – était néanmoins moins marquée dès lors que pour détourner l'attention du résident vis-à-vis du soin à venir, les professionnelles recouraient à un outil technologique numérique : un robot, un téléphone, un casque de réalité virtuelle, etc. L'ordre de l'interaction s'en trouvait généralement modifié. Ceci tient au fait suivant : dès le moment où l'outil numérique est introduit dans la scène de la simulation, les professionnelles faisaient en sorte de l'encastrer dans la trame de la relation comme un partenaire à part entière, au même titre que le résident et les professionnelles. L'attention du résident se déplaçait : elle se focalisait alors moins sur les professionnelles et le soin à venir que sur l'outil numérique, redistribuant simultanément leur pouvoir et leur place dans les interactions. Ces résultats convergent avec les travaux sociologiques montrant que la place et les frontières entre les professionnels fluctuent à mesure qu'évoluent les innovations sociotechniques (Esterle, Mathieu-Fritz et Esponoza, 2011).



Photographie 5 : illustration d'une séance de simulation avec une animatrice, une infirmière et un résident (joué ici par un comédien)

… et avènement de nouveaux binômes de travail

Fait plus surprenant encore pour les sociologues comme pour les professionnelles : le dispositif de simulation a permis de voir les frontières entre les métiers se modifier et qu'émergent de nouvelles coopérations entre les professionnelles, par exemple entre soignant (IDE ou AS) et animateur.
Ceci a sous doute été favorisé par le fait que le dispositif de simulation est un espace et un temps qui mixent les appartenances professionnelles. Alors que la très forte division du travail dans les EHPAD et les résidences autonomies a cours entre professionnelles (par exemple entre les soignantes et animatrices, ou entre les soignantes centrées sur la technique et les soignantes qui « se laissent aller » à faire de l'animation, considérée par certains comme relavant de l'amusement et de l'occupationnel), les professionnelles n'ont pas toujours la possibilité de « travailler avec » des collègues dont ils méconnaissent ou mésestiment l'activité de travail. La simulation en cela est un dispositif qui tranche en partie avec l'ordinaire du travail : elle met les professionnelles d'horizons de métiers et d'établissements différents autour de la table. Les chercheurs ont ainsi été témoin d'invention et de transformation de coopération dans ce type de binôme innovant, où soignante et animatrice convergent vers un même objectif : rendre plus facile et possible le soin.
Dans cette configuration, au sens d'Elias, la dynamique des relations professionnelles

donne à voir comment l'animatrice se met au service de la soignante tout en prenant très largement le leadership sur la manière dont se déroule la partition des interactions. En la matière, pour prendre appui sur un support vidéo issu du matériau récolté – mais ayant une forte représentativité théorique de ce qui a pu être observé (photographie 5 ci-dessus) – l'animatrice est la première à utiliser l'outil numérique (ici le casque de réalité virtuelle). Cette dernière donne des éléments sur l'objet, ce qu'elle voit, pour anticiper ou préparer l'autre, le soigné, à utiliser l'outil à son tour. Surtout, la « primauté des métiers » entre infirmière et animatrice est bousculée, retravaillée, dans la mesure où c'est non pas l'infirmière mais l'animatrice qui fait signe à l'infirmière quand elle peut faire le soin difficile. Ces signes par lesquels est donné le signal sont presque imperceptibles : un signe de la main, un mouvement de la tête. Sans même que le moindre mot ne soit prononcé, les professionnelles se comprennent. L'infirmière va d'elle-même chercher le chariot médical, se tient prête à recevoir les signaux suivants de la part de l'animatrice. Dans cette configuration, il est arrivé également que l'animatrice explique le geste technique (la prise de sang), ce qui va se passer, là où c'est habituellement ce qui échoie à l'infirmière diplômée d'Etat.
Ainsi, on le comprend, par le dispositif de simulation, c'est un nouveau binôme de travail qui s'ouvre tout en redistribuant des tâches et des actes. Et c'est tout « l'ethos » professionnel de l'animatrice qui est mis au service de l'infirmière, de la qualité du soin, et plus largement de la réussite de celui-ci.

Conclusion

La simulation, on l'a vu, est une innovation méthodologique significative qui consiste à reproduire et à jouer une situation professionnelle comme si elle se déroulait réellement dans le contexte ordinaire de travail, sans toutefois s'y confondre. Surtout, elle peut être utilisée à des fins de recherche sociologique pour accéder à des données qu'il serait difficile d'atteindre autrement. Après avoir présenté l'intérêt de cette méthode, l'objectif de cet article était de rendre davantage visible et transparente sa mise en œuvre, d'une part, et d'autre part de rendre compte du type de résultats qu'il est possible de produire par cette dernière, ici sur la redistribution des tâches et des actes dans le domaine du soin. De toute évidence, une telle méthode n'est pas dénuée de limites sur lesquelles le chercheur ne peut pas être inattentif ; ces limites sont liées par exemple 1) à la difficulté et au coût d'implémentation d'un tel dispositif ; 2) au fait d'être étroitement dépendant de la participation volontaire des professionnelles dans un processus qui peut apparaître plus engageant que l'entretien ou l'observation en contexte ordinaire de travail ; 3) à la particularité de sa mise en œuvre dans la mesure où il contraint les sociologues à livrer sur-le-champ leurs analyses, au moment du débriefing. Sur ce dernier point, les analyses doivent se faire en ayant pris soin au préalable dans le débriefing d'interroger les participants sur ce qu'ils ont fait ou ce qu'ils ont vu en simulation, et de les questionner sur ce qu'ils font ou feraient de similaire – ou pas – dans leurs établissements respectifs ou dans leur accompagnement au domicile auprès des patients. C'est là un point d'attention supplémentaire qui doit guider

l'animation puis l'analyse tout en cherchant à trianguler les données avec ce qui est recueilli plus classiquement par ailleurs par entretiens et par observations. Pour autant, cette méthode qualitative permet de manière inédite d'accéder à et de produire des données de sciences sociales et constitue une innovation méthodologique qui mérite d'être diffusée, amendée, et peut-être intégrée à d'autres enquêtes. Ce qui ouvre cette nouvelle méthodologie qualitative en sociologie sur un vaste champ des possibles.

Bibliographie

Abbott, A. (2003). Ecologies liées : à propos du système des professions. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions* (p. 29-50). Editions de la Maison des sciences de l'homme.

Alkrich, M., Callon, M. et Latour, B. (dir.) (2006). *Sociologie de la traduction*. Ecole des Mines de Paris.

Badache, R. et De Gaulejac, V. (2021). *Mettre sa vie en jeux. Le théâtre d'intervention socioclinique*. Érès.

Barbier, J.-M. et Durand, M. (2017). *Encyclopédie d'analyse des activités*. Presses Universitaires de France.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interaction: perspective, and method*. Prentice-Hall.

Bokken, L., Linssen, T., Scherpbier, A., van der Vleuten, C. et Rethans, J. J. (2009). Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: A systematic review of the literature. *Medical Education*, *43*(3), 202–210.

Cant, R. P. et Cooper, S. J. (2010). Simulation-based learning in nurse education: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 3–15.

Cooper, J. B. et Taqueti, V. R. (2004). A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Quality & Safety in Health Care*, *13*(Suppl 1), 11–18

Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of debriefing in simulation learning: A concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 109–114.

Elias, N. (1991). *La société des individus* (traduction). Fayard. (ouvrage original publié en 1987)

Ellington, E, Fowlie J . et Gordon, M. (1998). *Using Games and Simulations in the Classroom*. Routledge

Esterle, L., Mathieu-Fritz, A. et Espinoza, P. (2011). L'impact des consultations à distance

sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? *Revue française des affaires sociales*, 63-79.

Garcia, G. et Groshens, E. (2020). *Enquête sur l'enquête "Les infirmières et leur coordination (1988-1995)*", de D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré et Danièle Senotier. [Rapport de recherche] Centre de données socio-politiques. Fondation nationale des sciences politiques.

Granger, G. G. (1986). Pour une épistémologie du travail scientifique. Dans J. Hamburger (dir.), *La philosophie des sciences aujourd'hui* (p. 111-129). Editions Gauthier-Villars.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, 1. La présentation de soi*. Minuit.

Granry, J. C. et 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*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

Haute Autorité de Santé. (2024). G*uide. Bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3505883/fr/bonnes-pratiques-en-matiere-de-simulation-en-sante

Joule, R. et Beauvois, J. (2024). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Presses universitaires de Grenoble.

Kergoat, D. (2012). *Se Battre disent-elles…* La Dispute.

Klein, J., Laville, J. et Moulaert, F. (2014). *L'innovation sociale*. Érès.

Lahire, B. (2022). L'invention méthodologique : le cas de l'interprétation sociologique des rêves. *Éducation Permanente*, 230, 49-58.

Le Breton, D. (2023). *La Sociologie du corps*. Presses Universitaires de France.

Mcgaghie, W. C., Issenberg, S. B., Petrusa, E. R. et Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Med Educ*, *44*(1), 50–63.

Menger, P. M. (2009). *Le travail créateur: S'accomplir dans l'incertain*. Gallimard/Seuil.

Oldenburg, R. (1989). *The Great Good Place*. Paragon.

Orival, T. (2024). Formation par simulation et simulation comme méthode qualitative innovante en sociologie. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie*

Sociologique, *162*(1), 91-107.

https://doi.org/10.1177/07591063241236064

Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain*. Armand Colin.

Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie L'observation*. La Découverte.

Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme* (textes réunis et présentés par I. Baszanger). L'Harmattan.

Tisseron, S. (2017). *Empathie et manipulations : Les pièges de la compassion*. Albin Michel.

Vezinat, N. (2016). *Sociologie des groupes professionnels*. Armand Colin.

Wacquant, L. (2000). *Corps et âme: Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Agone.

Financement

La mise sur pied de ce dispositif de simulation sociologique immersive évoqué dans le présent article s'inscrit dans un programme de recherche financé par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER), porté par VYV 3 Centre-Val de Loire, l'Université de Tours et le CHRU de Tours (accord cadre tripartite), portant sur les innovations technologiques en santé, ses enjeux et ses impacts sociaux.

Remerciements

Ce travail est d'abord et avant tout le fruit d'un travail d'équipe. Les auteurs remercient toutes les professionnelles du champ de l'autonomie et de la santé ayant participé aux simulations sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Ainsi qu'Isabelle Sabadotto, Marine Boigeol, Kevin Courtioux (collègues et membres permanents du Usetech'lab : https://usetechlab.com/), les membres du comité éditoral de DEMC, les relecteurs experts anonymes, et Dominique Desjeux pour sa relecture de l'article et ses conseils avisés.

Notes

1 Ce travail sur la simulation prend appui et reprend des éléments d'analyse déjà développés dans un article antérieur sur le sujet mais qui semblent indispensables à la pleine compréhension du lecteur sur ce qu'est cette méthode (Orival, 2024). Cependant, le présent article propose d'aller plus loin en explicitant davantage le fond de la méthode et, plus encore, les transformations inédites que cela opère dans le travail des soignants.

2 Dans ce document, le genre féminin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte et parce que les membres des groupes professionnels évoqués ici sont très majoritairement féminins.

3 Comme indiqué en introduction, cette méthode innovante en sociologie a été déployée dans le cadre d'une recherche collaborative financée par le FEDER portant sur les innovations numériques en santé et fédérant le Centre Hospitalo-Universitaire de Tours, VYV 3 Centre-Val de Loire, et l'Université de Tours. Ce premier financement a permis entre 2019 et 2022 d'être principalement focalisé sur les interactions des professionnelles qui interviennent en résidence autonomie et en EHPAD, avec un public constitué essentiellement de personnes âgées. En revanche, fort de cette première expérience, cette recherche se poursuit avec un financement FEDER 2023-2027, où l'objectif est d'investir davantage les impacts des innovations numériques en hôpital et dans le secteur du handicap physique et psychique.

4 Entre 2019 et 2022 des entretiens individuels et collectifs ont été menés et répétés auprès des professionnelles du médico-social (Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), Aides-Soignants (AS), Assistants de Soins en Gérontologie (ASG), Aides Médico-Psychologique (AMP), Agents de Services Hospitaliers (ASH), Accompagnants Educatif et social (AES), Agents de Soins, coordinateurs des soins, agents d'accueil, agents des services hospitaliers de nuit, gardiens de nuit, éducateurs spécialisés, animateurs, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, médecins généralistes, etc.) au sein d'établissements (EHPAD, Résidence Autonomie, Relais Cajou, SSIAD, etc.) des 6 départements de la région Centre-Val de Loire. Ces entretiens ne constituent ni l'objet ni le matériau du présent article. Mais leur analyse donnera lieu à une publication ultérieure, dans la mesure où ces derniers ont été l'occasion d'aborder des questions relatives à l'introduction, l'appropriation (ou non) et les impacts des outils numériques dotés ou non d'Intelligence Artificielle dans les métiers du soin.

5 Le phoque Paro est un robot émotionnel d'assistance thérapeutique. Pour le lecteur désireux d'en savoir plus sur cet outil, cf. par exemple en ligne : https://www.phoque-paro.fr/

6 Notre ancrage disciplinaire bien qu'hybride est donc résolument sociologique. Plus encore, il importe de souligner qu'avant d'être un positionnement théorique cette méthode de la simulation sociologique immersive est d'abord et avant tout un positionnement méthodologique orienté vers l'action.