



HAL
open science

La simulation managériale en santé comme dispositif sociopédagogique de construction collective de savoirs professionnels.

Fabrice Desplan

► To cite this version:

Fabrice Desplan. La simulation managériale en santé comme dispositif sociopédagogique de construction collective de savoirs professionnels.. 2026. <halshs-05556559>

HAL Id: halshs-05556559

<https://shs.hal.science/halshs-05556559v1>

Preprint submitted on 17 Mar 2026

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

La simulation managériale en santé comme dispositif sociopédagogique de construction collective de savoirs professionnels.

Emergence d'un modèle au CHU de Lille¹

Managerial simulation in healthcare as a socio-pedagogical device: collective knowledge construction, identity redefinition and normative production at Lille University Hospital

RESUME

Cet article propose une analyse sociologique d'un dispositif innovant de formation par simulation mis en œuvre depuis 2022 au CHU de Lille à destination des cadres de santé au sein duquel nous avons réalisé une observation participante, comme intervenant expert. En mobilisant les apports de la sociologie de l'action collective, du socioconstructivisme, de l'interactionnisme goffmanien, de la théorie de la cognition distribuée et de la sociologie des professions, nous montrons que la simulation managériale en santé n'est pas réductible à un outil pédagogique : elle constitue un *dispositif sociopédagogique* au sens fort — un espace d'objectivation des pratiques, de redéfinition des identités professionnelles, de construction collective de normes managériales situées et de production d'une culture professionnelle partagée. Dans ce dispositif, le sociologue participe à l'émergence d'une expertise collective. Il adopte une posture proche de l'intervention sociologique d'Alain Touraine, tout en se singularisant de ce dernier.

L'analyse s'appuie sur douze sessions de formation (160 participants entre 2022 et octobre 2025) et sur les résultats d'une double évaluation qualitative et quantitative. Nous montrons que la création d'un protocole, structuré en cinq temps, produit des effets sociaux au travers de dimensions cognitives, émotionnelles et identitaires qui dépassent les seuls objectifs

¹ Mes remerciements à la DGS, à l'IFCS Gernez-Rieux et la Formation Continue du CHU de Lille et aux formatrices, cadres supérieures de santé ; **Angélique Deman, Audrey Lecourt, Christelle Lemaire - retraitée, Juliette Skorupinski, Mélanie Darry** qui ont animées les formations terrain de ce travail. Cet article est aussi un prolongement des échanges et contributions des CSS formatrice et du CSS formateur. Voir à ce sujet ; Angélique Deman, Laudry Lecourt, Christelle Lemaire et Juliette Skorupinski ; « Manager dans la complexité : mise en œuvre innovante d'ateliers de simulation en santé », *Soins Cadres*, A paraître.

pédagogiques initiaux. L'intégration systématique de la sociologie constitue un facteur différenciant qui contextualise les pratiques managériales par rapport aux attentes sociales, aux leurs déterminants structurels et ouvre un espace de réflexivité critique d'où émerge des initiatives collectives. La discussion examine les présupposés normatifs du dispositif, ses limites méthodologiques et les conditions de sa généralisation, tout en proposant les jalons d'un programme de recherche en sociologie de la connaissance par l'étude de la simulation managériale en santé.

Mots clés : sociologie des professions ; dispositif sociopédagogique ; simulation en santé ; identité professionnelle ; management hospitalier ; cognition distribuée ; socioconstructivisme ; intervention sociologique ; reconnaissance ; hôpital ; qualité de vie au travail.

ABSTRACT

This article offers a sociological analysis of an innovative simulation-based training programme implemented since 2022 at the Lille University Hospital, aimed at healthcare managers, within which the author conducted participant observation as an expert practitioner. Drawing on contributions from the sociology of collective action, socioconstructivism, Goffmanian interactionism, distributed cognition theory, and the sociology of professions, we demonstrate that managerial simulation in healthcare cannot be reduced to a pedagogical tool: it constitutes a sociopedagogical device in the fullest sense — a space for the objectification of practices, the redefinition of professional identities, the collective construction of situated managerial norms, and the production of a shared professional culture. Within this device, the sociologist participates in the emergence of collective expertise, adopting a stance close to Alain Touraine's sociological intervention, while distinguishing himself from it.

The analysis draws on twelve training sessions (160 participants between 2022 to 2025) and on the results of a dual qualitative and quantitative evaluation. We show that the protocol, structured in five stages, produces cognitive, emotional, and identity-related effects that extend well beyond the initial pedagogical objectives. The systematic integration of the sociological dimension constitutes a differentiating factor that contextualises managerial practices in relation to social expectations and their structural determinants, and opens a space of critical reflexivity from which collective initiatives emerge. The discussion

examines the normative assumptions underlying the device, its methodological limitations, and the conditions for its broader application, while setting out the foundations of a research agenda in the sociology of managerial simulation in healthcare.

Keywords: sociology of professions; sociopedagogical device; healthcare simulation; professional identity; hospital management; distributed cognition; socioconstructivism; sociological intervention; recognition; hospital; quality of working life.

La simulation managériale en santé comme dispositif sociopédagogique : construction collective de savoirs professionnels, redéfinition des identités et production normative au CHU de Lille

La formation par simulation en santé est un dispositif qui s'appuie sur la reproduction des situations que les professionnels rencontrent pour collectivement le commenter et tisser des pistes d'amélioration. La formation par simulation en santé s'est imposée, au cours des deux dernières décennies, comme un standard pédagogique incontestable pour la formation aux gestes techniques et paramédicaux. Validée par la Haute Autorité de Santé² et structurée par les recommandations de la Société Francophone de Simulation en Santé,³ elle repose sur un principe désormais institutionnalisé : reproduire fidèlement les conditions de l'exercice professionnel dans un cadre contrôlé, sécurisé et non sanctionnant, pour permettre aux apprenants de développer des compétences sans exposer les patients à des risques liés à l'inexpérience ou à l'erreur.⁴ Cette orientation a trouvé son fondement dans les travaux fondateurs de Kohn, Corrigan et Donaldson,⁵ qui ont mis en évidence le rôle déterminant du facteur humain dans la survenue des événements indésirables en milieu hospitalier et posé les bases d'une culture institutionnelle de la sécurité.

Paradoxalement, cette légitimité pédagogique construite autour des actes techniques est moins présente dans un domaine de l'activité hospitalière au moins aussi exposé aux défaillances humaines : le management. Les cadres de santé — ces professionnels chargés de coordonner les équipes soignantes, d'arbitrer entre des injonctions institutionnelles contradictoires et de maintenir les conditions d'un travail de qualité dans un environnement soumis à des pressions organisationnelles croissantes, sont formés à leur fonction dans des conditions qui intègrent de plus en plus la complexité de leur rôle. Ainsi de plus en plus d'institutions de formations de paramédicaux et de cadres introduisent la simulation, qui reste un terrain à codifier de manière adaptée aux singularités du management hospitalier. Pourtant la demande des professionnels pour des espaces de formation réflexive est, comme nous le

²HAS. Simulation en santé [En ligne], mise à jour 24 mars 2025. <https://www.has-sante.fr>.

³SOFRASIM. Référentiel élaboration de scénarios de simulation en immersion clinique [En ligne]. 2023. <https://www.sofrasims.org>.

⁴Issenberg S.B., McGaghie W.C., Petrusa E.R., Lee Gordon D., Scalese R.J., 2005, « Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning », *Medical Education*, vol. 39, n° 1, pp. 10-28.

⁵Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., 2000, *To err is human: building a safer health system*, Washington DC, National Academies Press.

montrons, explicitement formulée et socialement significative pour une montée en compétences afin de satisfaire les contraintes de l'exercice professionnel.

La littérature disponible sur la simulation en santé traite la plupart du temps le dispositif comme un outil dont l'efficacité se mesure à l'aune de résultats observables : réduction des erreurs, amélioration des performances, standardisation des gestes⁶. Cette approche, dominée par les sciences médicales et les sciences de l'éducation a montré une efficacité certaine. Mais elle laisse sans réponse des questions d'un autre ordre : que se passe-t-il *socialement* dans une salle de simulation ? Comment qualifier les rapports sociaux qui s'y construisent ? Quelles représentations du bon professionnel émergent et s'y légitiment ? Comment le collectif formé pour une journée produit-il des normes qui pourront, ou non, se sédimenter dans les pratiques individuelles et collectives des participants ?

Ce sont ces questions que nous proposons d'investir à partir d'une expérience originale menée au CHU de Lille depuis 2022 et en voie de généralisation. Dans le cadre de l'universitarisation de la formation de cadre de santé,⁷ l'IFCS Gernez Rieux, la Direction Générale des Soins (DGS) et la direction de la formation continue ont conçu et déployé un dispositif de simulation managériale articulant de manière inédite ; protocole de simulation validé par la Haute Autorité de Santé, apports sociologiques, travail sur l'intelligence émotionnelle et construction d'une communauté de pratique. Entre mai 2022 et octobre 2025, douze sessions ont mobilisé 160 cadres soignants, soit 58 % de l'effectif des cadres de santé de l'établissement. Les résultats, tant quantitatifs que qualitatifs, dépassent ce que les initiateurs du projet avaient initialement anticipé. Notre intégration tant que sociologue marque en grande partie la singularité du dispositif. Intervenant, le sociologue est *de facto* dans un cadre imposant une observation participante. Contribuant par son expertise à l'émergence de compétences lors de la formation, le sociologue participe à construire un contexte proche de l'intervention sociale de d'Alain Touraine, tout en se singularisant de ce dernier.

Notre analyse de ce dispositif innovant est à la croisée des champs de la sociologie de la connaissance et la sociologie du travail, des professions, avec des emprunts assumés à l'interactionnisme, au socioconstructivisme et à la sociologie de la cognition. Elle mobilise également les outils de la sociologie des organisations pour rendre compte des dynamiques

⁶Salas E., DiazGranados D., Klein C., Burke C.S., Stagl K.C., Goodwin G.F., Halpin S.M., 2008, « Does team training improve team performance? A meta-analysis », *Human Factors*, vol. 50, n° 6, pp. 903-933.

⁷Appel à projet expérimental relatif à l'universitarisation de la formation de cadre de santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de l'Innovation / Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2020.

normatives à l'œuvre dans le dispositif tout en intégrant des apports analytiques de la sociologie de l'action et de la justification de Bernard Thévenot. Le recours à ces cadres pluriels n'est pas une attirance vers l'éclectisme théorique. Il répond à la complexité d'un objet qui articule des dimensions cognitives, émotionnelles, identitaires et institutionnelles que nul paradigme singulier ne saurait saisir dans leur totalité.

L'article se structure en cinq parties. La première pose le cadre théorique en mobilisant des grandes traditions sociologiques. La deuxième décrit le dispositif observé et expose la posture méthodologique adoptée. La troisième analyse les effets sociologiques du dispositif sur trois plans : la production normative, la redéfinition identitaire et les dynamiques de gestion des conflits, thèmes récurrents lors des séances de formation. La quatrième interroge le rôle spécifique de l'apport sociologique au sein du dispositif. La cinquième, enfin, discute les limites et les conditions de généralisation de cette expérience, tout en proposant les jalons d'un programme de recherche à construire.

PENSER SOCIOLOGIQUEMENT LA SIMULATION MANAGERIALE EN SANTE

1. L'hôpital comme espace social : travail, pouvoir, identités

L'hôpital public français est un espace social d'une grande complexité, traversé par des logiques d'action hétérogènes et souvent contradictoires. Les travaux pionniers d'Everett C. Hughes⁸ sur les professions ont posé les bases d'une sociologie attentive aux hiérarchies de prestige, aux divisions du travail et aux processus de légitimation qui structurent les statuts et rapports professionnels. Dans le monde hospitalier, ces dynamiques sont d'une acuité particulière. La coexistence de multiples groupes professionnels (médecins, soignants, laborantins, cadres, personnels administratifs, agents de service, services informatiques, juristes, professionnels de la maintenance, sécurité...) y produit des ordres de légitimité distincts, des frontières symboliques parfois fortement défendues et des relations de pouvoir que les réformes successives ont reconfiguré sans véritablement résoudre.

Le cadre de santé occupe dans cet espace une position qui mérite d'être analysée avec soin. Professionnels issus du monde soignant, ils ont effectué une reconversion identitaire

⁸Hughes E.C., *Le Regard sociologique* 1996, Essais choisis, Paris, EHESS.

lourde en accédant à la fonction d'encadrement. Cette reconversion les place en situation de double appartenance. Ils continuent à s'identifier aux valeurs soignantes, au *care*, à la relation avec le patient, tout en devant assumer les impératifs managériaux de la direction hospitalière tels les niveaux de productivité, la gestion des ressources humaines, le respect des procédures, ou encore l'évaluation des performances. Ce que François Dubet⁹ nomme le *déclin de l'institution* se manifeste ici avec une acuité particulière : les repères normatifs collectifs qui avaient longtemps structuré le travail soignant — vocation, sacrifice, dévouement inconditionnel — s'effacent progressivement, laissant les cadres dans un vide normatif que les discours managériaux contemporains ne parviennent pas toujours à combler de manière convaincante, laissant émerger une sensibilité des cadres vers des domaines comme le coaching qui apporte des pistes de réflexions et de solutions individuelles face à la multiplicité des engagements qui se présente aux cadres de santé.

La souffrance au travail des cadres hospitaliers est aujourd'hui bien documentée. Les travaux de Christophe Dejours sur la psychodynamique du travail ont mis en évidence les mécanismes par lesquels les exigences de performance, les injonctions paradoxales et le déficit de reconnaissance produisent une souffrance ordinaire, banalisée, qui pèse sur les individus et sur les collectifs¹⁰. Marc Lorient a quant à lui montré comment la fatigue et le mal-être au travail sont socialement construits et inégalement distribués selon les positions occupées dans les hiérarchies professionnelles¹¹. La notion du *dirty work* de Hughes est l'une des illustrations hospitalières, car montrant que les statuts hospitaliers supérieurs, délèguent aux statuts inférieurs les actions qu'elles considèrent non valorisantes. La délégation durant l'histoire de tâches comme la nurserie du médecin vers les infirmières, puis de l'infirmier à l'ASH en est une illustration. Dans ce contexte, former les cadres n'est pas seulement une question de compétences techniques ; c'est une question organisationnelle, de qualité de vie au travail et de capacité collective à maintenir des soins de qualité dans des conditions de tension croissante sur les ressources humaines avec une inflation réglementaire.

2. Un dispositif sociopédagogique : cadrage conceptuel

Nous proposons de qualifier le type de formation étudié de *dispositif sociopédagogique*, en entendant par là un agencement structuré d'interactions, de rôles, de ressources matérielles et symboliques qui visent simultanément la transformation des

⁹Dubet F., 2002 *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.

¹⁰Dejours C., 1998, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.

¹¹Lorient M., 2000, *Le Temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos.

pratiques individuelles et la production de normes collectivement partagées en vue de leur intériorisation. Cette notion n'est pas simplement descriptive. Elle est analytique, en ce qu'elle permet de saisir le dispositif dans ses dimensions pédagogiques et sociales, et d'en rendre compte sans réduire l'une à l'autre. Quatre points sont là essentiels et font système pour comprendre le dispositif sociopédagogique.

Premièrement, une dimension constructiviste. À la suite de Berger et Luckmann, nous faisons l'hypothèse que certains savoirs managériaux mobilisés dans le dispositif ne préexistent pas à la situation de formation¹². D'autres préexistent mais ne sont pas représentés dans un signifiant managérial efficient, et retrouvent un sens opérant lors de la formation en simulation santé. Ils sont coconstruits dans l'interaction, validés par l'échange, objectivés progressivement et institués comme allant de soi au fil des sessions. Cette perspective prolonge les apports de Lev Vygotski sur la *zone proximale* de développement collectif. Le groupe, dans l'espace de simulation, permet à chacun d'atteindre un niveau de compréhension et de compétence qu'il n'aurait pu atteindre seul¹³. Elle rejoint également la conception de

¹²Berger P.L., 1986, Luckmann T. *La Construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.

¹³ Vygotski L.S., 1997, *Pensée et langage*, Paris, La Dispute.

La zone proximale de développement (ZPD), conceptualisée par Lev Vygotsky, désigne l'écart dynamique entre le niveau de développement actuel d'un individu — ce qu'il est capable d'accomplir de manière autonome — et son niveau de développement potentiel, c'est-à-dire ce qu'il peut réaliser avec l'aide d'autrui. Cette notion introduit une rupture décisive avec les conceptions strictement maturationnistes du développement : l'apprentissage n'y est pas envisagé comme la conséquence d'un développement préalable, mais comme l'un de ses moteurs essentiels.

La ZPD constitue ainsi un espace relationnel et processuel dans lequel les capacités émergentes prennent forme grâce à l'interaction. Elle suppose l'intervention d'un tiers — adulte, pair plus compétent ou collectif structuré — qui offre un soutien ajusté permettant au sujet de franchir un seuil cognitif. Ce soutien n'a pas vocation à se substituer durablement à l'activité de l'apprenant : il vise au contraire à rendre possible l'appropriation progressive des outils nécessaires à l'autonomie. L'enjeu n'est donc pas l'assistance en soi, mais la transformation des potentialités en compétences effectives.

Cette conceptualisation s'inscrit dans l'architecture plus large de la théorie historico-culturelle développée par Vygotsky. Elle est indissociable de la notion de médiation : toute activité psychique supérieure est médiatisée par des instruments culturels, qu'ils soient matériels (outils techniques) ou symboliques (langage, systèmes d'écriture, dispositifs sémiotiques). La ZPD constitue précisément le lieu où cette médiation s'opère de manière visible et structurante. Par l'interaction guidée, l'individu accède à des formes de pensée socialement élaborées qui excèdent ses capacités initiales.

Le rôle du langage y occupe une place centrale. Instrument de communication, il est surtout, chez Vygotsky, un instrument de pensée. Les échanges verbaux au sein de la ZPD favorisent un processus d'intériorisation par lequel les régulations initialement externes deviennent progressivement internes. Toute fonction psychique supérieure apparaît d'abord sur le plan interpsychique — entre les individus — avant de se reconfigurer sur le plan intrapsychique — au sein du sujet. La ZPD constitue ainsi le moment transitionnel où l'activité collective se transforme en compétence individuelle.

Enfin, cette dynamique ne peut être dissociée de son ancrage socio-historique. Les contenus mobilisés dans la ZPD, les outils disponibles et les formes d'étayage varient selon les contextes culturels et institutionnels. Le développement cognitif n'est pas une trajectoire abstraite et universelle ; il est structuré par des environnements sociaux spécifiques qui définissent les médiations possibles. La ZPD apparaît alors comme une catégorie théorique permettant de penser conjointement apprentissage, socialisation et production des subjectivités.

Dans cette perspective, la zone proximale de développement ne constitue pas seulement un concept pédagogique. Elle offre un cadre analytique pour comprendre la formation des compétences comme processus

David Kolb sur l'apprentissage expérientiel, qui postule que la connaissance se construit dans un cycle continu d'expériences concrètes, d'observations réflexives, de conceptualisation abstraite et d'expérimentations actives, engageantes¹⁴.

Deuxièmement, une dimension *interactionniste*. Au sens de Goffman¹⁵ et de Brown¹⁶, la simulation est une situation d'interaction encadrée, un espace de représentations où les acteurs jouent des rôles, gèrent des impressions et négocient des définitions de la situation. La notion de *cadre* développée par Goffman¹⁷ ou de *théâtre* par Brown, sont ici particulièrement opérantes ; la simulation institue un cadre d'expérience spécifique, une scène où chacun fait vivre son statut. L'analogie a des limites car la simulation managériale en santé est en réalité distincte à la fois du jeu, du théâtre et du travail réel. C'est le rapprochement du réel, par reproduction de situations professionnelles simulées lors de la formation, qui permet une forme d'engagement à la fois sérieuse et distanciée où chaque professionnel connaît en amont sa partition puisqu'ayant déjà intégré des pratiques et des représentations professionnelles. C'est précisément dans cet entre-deux que réside la puissance pédagogique et l'intérêt sociologique de la simulation en santé. Les participants jouent *comme si* la situation était réelle, tout en sachant qu'elle ne l'est pas, ce qui autorise une prise de risque symbolique impossible dans le contexte ordinaire du travail. Et c'est de cette distance qu'émerge un idéal, collectivement analysé dans la perspective de s'y approcher quand, dans la réalité, cette même situation, ou une proche, surviendrait.

Troisièmement, une dimension *identitaire*. À la suite de Wenger¹⁸ et de sa théorie des communautés de pratique, le dispositif ne forme pas seulement des individus mais produit et consolide un *nous* professionnel, une identité collective du cadre de santé, fondée sur des valeurs partagées, des répertoires d'action reconnus, validés entre pairs et un sentiment de compétence collective. Cette dimension identitaire favorise l'émergence, la validation et l'acceptation d'une expertise collective. La production issue de la consolidation identitaire passe par ce qu'Axel Honneth nomme la *lutte pour la reconnaissance*¹⁹. Les participants ne

socialement situé, inscrit dans des rapports d'interdépendance et médiatisé par des dispositifs culturels. Elle invite ainsi à considérer le développement individuel non comme un déploiement autonome, mais comme une construction relationnelle historiquement configurée.

¹⁴Kolb D.A., 1984, *Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

¹⁵Goffman E., 1973, *La Mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 : La Présentation de soi*, Paris, Minuit.

¹⁶ Brown R., 1992, *Clefs pour une poétique de la sociologie*, Paris, Actes Sud.

¹⁷Goffman E., 1991, *Les Cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.

¹⁸Wenger E., 1998, *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.

¹⁹Honneth A., 2000, *La Lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.

cherchent pas seulement à acquérir des savoirs. Ils cherchent à être reconnus dans leur valeur, leur expérience et leur engagement professionnel. Le dispositif, en créant un espace de reconnaissance horizontale entre pairs, répond à ce besoin fondamental.

Quatrièmement, une dimension corporelle et sensorielle. S'inscrivant dans la lignée des travaux de Marcel Mauss sur les techniques du corps²⁰ et de Pierre Bourdieu sur *l'hexis corporelle*²¹, la simulation managériale engage le corps autant que l'esprit. Les temps d'inclusion et de déclusion — méditation, ancrage, cohérence cardiaque — qui débutent la formation ne sont pas des ornements pédagogiques. Ils mobilisent une attention au corps qui est, dans le contexte hospitalier, rarement accordée aux cadres²².

3. La cognition distribuée comme sociologie de la décision managériale

Les travaux d'Edwin Hutchins²³ sur la cognition distribuée représentent l'une des contributions les plus stimulantes pour penser les pratiques décisionnelles en milieu organisationnel complexe. En étudiant la navigation maritime, Hutchins a montré que les processus cognitifs dépassent les frontières des cerveaux individuels pour s'étendre à des systèmes sociotechniques distribués, dans lesquels les artefacts matériels, les procédures institutionnelles et les ressources humaines participent conjointement à la résolution de problèmes. Cette conception déplace radicalement le regard. Ce n'est plus « l'individu isolé qui pense ». C'est l'individu inséré dans un système physique et relationnel.

Appliquée au management hospitalier cette perspective rend compte d'une réalité que les cadres connaissent intimement mais ne nomment pas toujours. Lorsqu'ils font face à une situation difficile, ils ne décident pas seuls. Ils consultent des collègues, relisent des procédures, accèdent à des dossiers, consultent des tableurs, regardent des comptes rendus, font appel à la hiérarchie, mobilisent leur réseau de pairs. La décision managériale est le produit d'un système distribué d'intelligence collective, dont les ressources sont à la fois matérielles (les outils de communication interne, l'outil informatique, les tableaux de bord, les protocoles, les affichages, les comptes rendus...) et relationnelles via le réseau professionnel qui permet l'accès à des expertises complémentaires et la coopération.

²⁰Mauss M., 1936, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, vol. 32, n° 3-4, pp. 271-293.

²¹Bourdieu P., 1980, *Le Sens pratique*, Paris, Minuit.

²² Cette dimension corporelle de la formation est un levier de transformation de l'habitus professionnel qui mériterait une investigation ethnographique spécifique proche des observations de pratiques présentes dans l'industrie

²³Hutchins E., 1996, *Cognition in the Wild*, Cambridge, MIT Press.

Ce que la simulation révèle, c'est précisément la structure de ce système distribué. En reconstituant fidèlement l'environnement professionnel des cadres, elle leur permet d'objectiver leurs propres ressources cognitives et de voir comment ils utilisent, ou n'utilisent pas, les outils à leur disposition. Ils deviennent leur propre observateur collectivement et soulignent comment ils mobilisent, ou échouent à mobiliser, leur réseau relationnel ; comment ils gèrent — ou ratent — les moments de transition entre décision individuelle et décision collective. Christophe Heintz a bien montré que la cognition distribuée a des *fondements psychiques et sociaux* : elle dépend des représentations que les acteurs se font de leur environnement et des autres membres du système²⁴. La simulation, en offrant un espace d'observation et de réflexion sur ces représentations, contribue à les rendre plus explicites, plus partagées et, à terme, plus efficaces.

Cette perspective rejoint celle d'Anselm Strauss sur la négociation comme mode de gouvernance dans les organisations hospitalières²⁵. Loin d'être le produit de règles formelles appliquées mécaniquement, l'ordre hospitalier est une *trame de négociations* continues, dans lesquelles les acteurs ajustent en permanence leurs comportements, leurs attentes et leurs engagements. Les décisions managériales s'inscrivent dans cette trame. Elles ne sont jamais définitives, toujours susceptibles d'être renégociées, contestées, reformulées. La simulation, en donnant à voir cette dimension négociée de l'action managériale, aide les cadres à y naviguer avec plus d'assurance et de réflexivité. L'ordre négocié n'est pas vu comme une faiblesse, mais une réalité collective, intrinsèque au bon fonctionnement de l'hôpital.

4. Les régimes de l'engagement et ces prolongements hospitaliers

L'enjeu identitaire est au cœur de la compréhension du dispositif. Comme l'a montré Renaud Sainsaulieu, l'identité au travail se construit dans et par les relations professionnelles, dans la confrontation à l'autre et dans l'expérience de la reconnaissance ou de son absence²⁶. La théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth²⁷ offre ici un cadre particulièrement éclairant. Trois formes de reconnaissance structurent le développement de l'identité. 1) la reconnaissance affective (dans les relations intimes), 2) la reconnaissance juridique (dans le

²⁴Heintz C., 2011, « Les fondements psychiques et sociaux de la cognition distribuée » in Clément F., Kaufmann L. (dir.), *La Sociologie cognitive*, Paris, MSH, pp. 277-298.

²⁵Strauss A.L., 1992, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan,

²⁶Sainsaulieu R., 1977, *L'Identité au travail*, Paris, Presses de la FNSP.

²⁷ Honneth, A. 2000, *La lutte pour la reconnaissance*. Paris, Cerf.

rapport au droit et à l'institution) et 3) la reconnaissance sociale (dans l'estime accordée par le groupe à la valeur des contributions individuelles). C'est cette troisième forme qui est la plus vulnérable dans le contexte du management hospitalier, pris souvent dans une variété et une densité de relations, pouvant paradoxalement donner l'impression d'un esseulement. La reconnaissance sociale est susceptible de renforcer par le dispositif de simulation en minimisation le sentiment d'esseulement dans un espace relationnel pourtant important.

La sociologie de la justification de Boltanski et Thévenot éclaire ce tableau en rendant compte des opérations de légitimation à l'œuvre dans les débriefings. Les participants n'y débattent pas seulement de stratégies managériales, ils mobilisent des registres de justification distincts — civique, réglementaires, moraux, légaux, industriel, identitaire, statutaire — pour légitimer leurs choix et évaluer ceux des autres. Laurent Thévenot²⁸ a développé cette perspective en distinguant plusieurs régimes d'engagement que sont l'engagement dans le plan, dans la familiarité, dans la justification, qui coexistent et se chevauchent dans les situations de travail²⁹.

4.1. Le régime de familiarité

Il est le plus fondamental. L'acteur y agit dans une relation d'aise avec ses environnements proches, ses objets, ses lieux, ses relations fortes, sans avoir à justifier ni même à formuler ce qu'il fait. L'ajustement est tacite, incorporé, presque infraconscient. C'est le régime de la routine et de l'habitat au sens large.

L'infirmière qui anticipe une dégradation clinique avant que les constantes ne l'indiquent, le kinésithérapeute qui adapte un geste en sentant la résistance musculaire, l'aide-soignante qui perçoit l'inquiétude d'un patient à travers une posture ; tout cela relève de la familiarité, d'une évidence tacite. Ce savoir incorporé est constitutif de la qualité du soin. Or il est structurellement invisible pour les outils de gestion : il ne se trace pas dans un DPI, ne se mesure pas en indicateurs PMSI, ne s'évalue pas en actes. Les politiques de mobilité fonctionnelle des personnels, de rotation accélérée et de polyvalence imposées par la logique des pôles détruisent précisément ce régime en empêchant la constitution d'une aise avec le milieu de travail.

4.2. Le régime du plan

²⁸ Boltanski L., 1991, Thévenot L., *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard

²⁹ Thévenot L., 2006, *L'Action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte.

Appelé aussi régime de l'action en régularité, le régime du plan correspond à un engagement intentionnel orienté vers un but. L'acteur se coordonne à des formats conventionnels, procédures, normes, rôles professionnels, qui stabilisent l'action sur la durée et la rendent prévisible pour autrui. Ce régime est central pour comprendre les organisations et les institutions. Il articule l'individu à des dispositifs sans nécessiter de justification publique.

Le New Public Management a massivement investi ce régime en multipliant les formats : protocoles de soins, procédures qualité, check-lists au bloc opératoire, outils d'évaluation standardisés. Ces investissements de forme ont une légitimité réelle. Ils coordonnent des équipes pluridisciplinaires et réduisent certains risques. Mais Thévenot permet d'identifier leur limite : un format ne vaut que si les acteurs peuvent s'y ajuster avec une marge d'interprétation. Lorsque la prolifération normative dépasse ce seuil, le régime du plan entre en contradiction avec la familiarité et avec la justification car des soignants appliquent mécaniquement des protocoles conçus pour des cas standards, sans pouvoir mobiliser leur compétence propre ni délibérer sur les cas atypiques.

4.3. Les régimes de justification

Il renvoie aux situations où l'action fait l'objet d'une *épreuve*, d'une critique ou d'un conflit. L'acteur doit alors *monter en généralité*, c'est-à-dire s'appuyer sur des principes reconnus collectivement (les « cités ») pour légitimer sa conduite. C'est le régime de l'espace public et de la délibération.

L'hôpital est un site de conflits entre *cités* au sens de Boltanski et Thévenot. La cité industrielle (efficacité, flux, standardisation défendue par les directions) s'affronte régulièrement à la cité civique (égalité d'accès aux soins, droits du patient) et à la cité professionnelle/domestique (excellence clinique, relation de confiance). Les commissions médicales d'établissement, les débats autour des CPOM, les controverses sur les fermetures de lits ou les fusions de services sont autant d'épreuves où les acteurs doivent monter en généralité et justifier leurs positions devant des tiers. Le management hospitalier performant est précisément celui qui sait organiser ces épreuves de manière légitime — sans les court-circuiter par des décisions purement gestionnaires.

Figure 1 Manifestations hospitalières des régimes de validations

Régime	Manifestations hospitalières	Tensions
<p>Justification Espace public Montée en généralité Principes légitimes <i>éthique, droits, efficience</i></p>	<p>Projets d'établissement (CPOM) Commissions d'éthique clinique Débats sur les réorganisations Évaluations HAS / certification Conflits médecins / direction → cité civique vs cité industrielle</p>	<p>Logiques médicales vs gestionnaires Soin individuel vs contraintes collectives</p>
<p>Plan / action réglée Formats conventionnels Coordination par procédures <i>protocoles, rôles, normes</i></p>	<p>Protocoles et check-lists (bloc) DPI / dossier patient informatisé Plannings et gardes Parcours de soins codifiés Fiches de poste, organigrammes → investissements de forme</p>	<p>Sur-normalisation vs autonomie professionnelle Rigidité des formats face aux cas atypiques</p>
<p>Familiarité Aise avec le proche Savoir incorporé Sans justification <i>gestes, intuitions, routines</i></p>	<p>Geste technique maîtrisé Relation soignant-patient durable Connaissance du service / équipe Intuition clinique de l'infirmier Culture de service, mémoire collective → travail invisible, non traçable</p>	<p>Mobilité des personnels détruit ce régime Invisible dans les indicateurs de performance</p>

La simulation montre que les cadres, lors des séances de formation objectivent les régimes de Thévenot. Ils sont conscients de leur présence et de leur prégnance. Pour un cadre paramédical, le modèle de Thévenot a une valeur pratique directe. Il permet de diagnostiquer l'origine des tensions dans une équipe. Un conflit entre un infirmier et sa cadre sur l'application d'un protocole est souvent un conflit entre régimes — la familiarité de l'un contre le plan de l'autre — et non une simple question de mauvaise volonté. Il suggère également que le rôle du cadre n'est pas de faire primer un régime sur un autre, mais de créer les conditions pour que chaque régime puisse s'exercer dans les situations où il est pertinent. Les espaces de délibération collective pour la justification, les procédures robustes mais souples pour le plan, et la stabilité des équipes et des espaces pour la familiarité sont nécessaires, même s'ils doivent être souvent reconstruits et consolidés.

La simulation, en plaçant les participants dans des situations issues de la réalité, à haute densité normative, oblige à expliciter ces régimes habituellement implicites. Elle devient

ainsi un espace de mise à l'épreuve des ordres de grandeur, révélateur des tensions axiologiques qui traversent le management hospitalier contemporain. En les formulant, la simulation permet de les sortir de l'implicite pour les identifier, les nommer, les objectiver, pour mieux les appréhender. Le cadre est ainsi celui qui permet l'explicitation des régimes pour une meilleure construction et acceptation de son management.

DISPOSITIF PEDAGOGIQUE ET POSTURE DU SOCIOLOGUE

1. Le contexte institutionnel et la genèse du dispositif

Le dispositif étudié prend sa source dans une conjoncture institutionnelle particulière. En juin 2020, le Ministère de l'Enseignement supérieur et de l'Innovation et le Ministère des Solidarités et de la Santé ont lancé un appel à projet expérimental relatif à l'universitarisation de la formation de cadre de santé. Cet appel visait à reconnaître la dimension académique de la formation des cadres — jusqu'alors considérée comme une formation professionnelle spécialisée — en l'articulant à des parcours universitaires de niveau Master. Cette évolution n'est pas anodine. Elle signale une revalorisation symbolique de la fonction cadre et une reconnaissance de la complexité des savoirs qu'elle mobilise.

C'est dans ce cadre que l'IFCS Gernez Rieux du CHU de Lille a saisi l'opportunité de construire un dispositif pédagogique innovant, fort des exigences de la formation universitaire que sont la rigueur conceptuelle, la réflexivité critique, l'ancrage dans la recherche. Cette perspective est mobilisée pour s'intégrer aux impératifs de la formation professionnelle que sont la pertinence des situations, l'ancrage dans le réel, le développement de compétences opérationnelles³⁰.

Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été constitué, associant un directeur des soins, la coordinatrice générale des formations et de la recherche paramédicale, des cadres supérieurs du CHU et de l'IFCS, ainsi que nous, comme sociologue. Ce COPIL a travaillé pendant plusieurs mois à la conception du protocole, à l'élaboration des scénarii et à la définition des modalités d'évaluation.

³⁰ En 2019, la Direction Générale des Soins du CHU de Lille avait déjà mené une dense réflexion, interrompue par la pandémie de la Covid-19, sur la simulation managériale en santé. Nous avons accompagné déjà cette première avant le présent dispositif.

Les scénarii ont été conçus à partir d'une démarche participative pour qu'ils soient représentatifs de situations vécues fort des besoins observés et/ou verbalisés par les cadres. Des propositions de scénarii ont émergé ainsi des services et des étudiants de Master 1 mobilisés par la cadre supérieure de l'IFCS. Cette démarche de conception collective garantit l'ancrage des scénarii dans le réel de l'expérience professionnelle, de la formation et leur pertinence aux yeux des participants. Ce schéma conceptuel amplifia l'adhésion des stagiaires au dispositif.

2. Le protocole pédagogique en cinq phase

Le protocole construit est un enrichissement des trois étapes : briefing, scénario et debriefing de la HAS/SoFraSims³¹. Ces trois étapes forment la simulation proprement-dite. Dans le cas lillois, elles forment une phase, un temps de formation, dans un protocole plus dense. En amont une phase d'inclusion et une phase d'apports sociologique furent ajoutées. En aval une phase de déclusion termine la formation. Chacune de ces cinq phases présente un intérêt analytique distinct du point de vue sociologique.

2.1. Le temps d'inclusion.

Il conditionne l'ensemble de la formation. Il vise à amplifier la concentration et l'investissement d'une part, et d'autre part à faire émerger une confiance mutuelle. Deux temps permettent d'atteindre ces objectifs du temps d'inclusion.

- i. L'ancrage : par la méditation il invite au lâché prise. Les participants réalisent une relaxation collective sous la direction d'un formateur pour se concentrer sur le moment présent et prendre conscience de leurs émotions. Ce n'est pas une procédure de démarrage anodine mais un acte fondateur favorise la concentration. L'ancrage dure une dizaine de minutes et permet aux participants de se centrer sur eux-mêmes, à mettre à distance les préoccupations du quotidien professionnel et privé, tout en invitant à une pleine disponibilité cognitive et émotionnelle. Du point de vue de Mauss³² sur les techniques du corps, cet exercice est une forme d'inscription corporelle d'un état de disponibilité, une technique de soi qui prépare le sujet à un mode particulier d'engagement.

³¹ SOFRASIM

<https://www.sofrasims.org/services/storage?type=document&id=4058892&secret=GnLbLKvYu2NzeijRuegAoT99gaKzuKslUcOmBRYc×tamp=1706653627>. [consulté le 27 février 2026]

Voir aussi : HAS https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante [consulté le 27 février 2026]

³² Mauss M., Op. cit.

- ii. L'alliance de groupe est l'accord objectif sur les valeurs cardinales de la journée de formation. Elle est obtenue en permettant aux stagiaires d'indiquer trois attentes, sous formes de principes moraux, qu'ils aimeraient voir présentes toute la journée. Les plus récurrentes constituent l'alliance de groupe, c'est-à-dire un cadre normatif partagé qui fait socle. Les formateurs inviteront tout au long de la séance les participants à se référer au cadre ainsi construit pour rester dans le contexte engageant. Si un désaccord intervient sur l'accueil d'une expression, l'alliance de groupe est le référentiel qui permet de rester dans une confiance mutuelle.

La confiance mutuelle est centrale. Elle permet de laisser émerger avec un non-jugement toutes les initiatives, les propositions, dans une confidentialité. Contrat moral engageant, l'alliance de groupe rend possible l'expression des vulnérabilités professionnelles et la prise de risque symbolique que suppose un apprentissage authentique et l'investissement dans les scénarii en lien avec le lâché prise auquel les stagiaires étaient invités dès le temps d'inclusion. .

2.2. La contextualisation sociologique

Elle constitue l'originalité la plus marquante du dispositif et celle qui justifie le plus directement notre analyse. Pendant une heure environ, l'intervention du sociologue développent des points préalablement définis avec le COPIL comme ; la donne générationnelle au travail, les représentations sociales du cadre et des équipes sur leur mission, la sociologie des conflits, les besoins et attentes des agents, les transformations du travail hospitalier. En fonction des scénarii des thématiques sont privilégiées Cette intervention n'est pas un cours magistral ; c'est une problématisation sous un angle nouveau pour les stagiaires, à partir d'enquêtes sociologiques et de concepts en partie rencontrés lors de la formation à l'IFCS. Elle vise à équiper les participants d'outils d'intelligibilité de leur propre situation. Elle mobilise des concepts pour donner aux participants les moyens de *dénaturaliser* leur expérience, c'est-à-dire de prendre du recul pour que rien ne soit, le temps de la simulation, une production évidente. C'est donc un outil de déconstruction pour in fine construire des perspectives.

2.3. La simulation proprement dite

Trois scénarii managériaux sont réalisés sur le reste de la journée. Des scènes nécessitent deux à trois participants volontaires pour simuler, jouer dans un contexte qui reconstitue fidèlement l'espace de travail au sein d'un centre de simulation³³. Tous les éléments du quotidien propices à une cognition distribuée sont mobilisés. On retrouve à cet effet dans la salle de simulation le mobilier de bureau, la téléphonie, l'informatique, les dossiers, planning, affichage, blouses, chariots... Les autres participants observent en temps réel sur un écran dans une salle adjacente. L'enregistrement vidéo de la scène permet de revenir si nécessaire sur des extraits lors du débriefing. Les scénarii portent sur des situations à haute charge relationnelle et à fort potentiel de conflit comme ; l'annonce d'un changement organisationnel imposé, la gestion d'un conflit entre deux agents, la conduite d'un entretien de recadrage, l'annonce d'un échec du stage d'un étudiant... Ces situations ont en commun d'être récurrentes dans la pratique des cadres, de ne pas avoir de solution unique et évidente. Elles engagent des dimensions cognitives, émotionnelles et normatives. Elles se déroulent après une double préparation.

- i. La présentation magistrale : sommairement, les formateurs décrivent la scène à tous les stagiaires et demandent à des volontaires de choisir les rôles qu'ils veulent incarner. Les volontaires sont alors conduits dans une autre salle pour jouer le scénario tandis que le reste du groupe observera la scène en directe sur un support multimédia.
- ii. Le briefing des acteurs : de manière détaillée, en veillant à ne pas être chronophage, les formateurs précisent le scénario en soulignant les objectifs de chaque acteur sans en informer les autres. Comme lors des expériences de psychologie sociale, l'intérêt est de permettre à chaque individu d'atteindre les objectifs recherchés en fonction de la stratégie qui lui semble la plus optimale. Cette compartimentation de l'information permet aussi de voir la mise en interaction des stratégies.

2.4. Le débriefing

C'est la phase analytiquement qui se déroule collectivement avec tous les stagiaires, acteurs et observateurs, dans la salle initiale de formation. Le débriefing est structuré en 4 temps que sont : 1) le retour sur les émotions, 2) l'analyse des décisions, 3) l'identification des ressources mobilisées et 4) la construction collective d'alternatives. C'est le temps où la

³³ A Lille, il s'agit de PRESAGE, le centre de simulation de la Faculté de médecine situé au sein du CHU.

mise en œuvre d'une cognition distribuée, d'une intelligence émotionnelle collective et une recherche rationnelle d'amélioration est construire. Concrètement les formateurs vont accompagner les stagiaires à la *mise en sens collective* de l'expérience vécue au travers des quatre étapes temps de l'analyse.

Le retour sur les émotions

1. Premièrement les formateurs s'adressent uniquement aux acteurs du scenario, individuellement, en les invitant à nommer les émotions perçus et l'éventuel inconfort suscité.
2. Deuxièmement, les formateurs laissent interagir les acteurs sur la perception et les effets des émotions des autres protagonistes du scenario.
3. Troisièmement, les formateurs demandent aux autres stagiaires les émotions perçues individuellement et celles ressenties chez les acteurs en observant le scenario.

L'objectif de cette identification des émotions est de mettre en place une objectivation des perceptions subjectives, d'une situation.

L'analyse des décisions

Quatrièmement, conscients du contexte émotionnel qui a été précédemment objectivé avec les variantes individuelles, les stagiaires sont sollicités pour mettre en évidence les stratégies mis « spontanément » en place par les acteurs lors du scenario. A cette étape les acteurs indiquent souvent les éléments de briefing en aparté qui ont orienté leur manière de penser et d'agir pour faciliter la compréhension collective.

Durant cette phase, les échanges sont dans le décryptage autour des postures, les intonations, la gestion de l'espace, les silences, le non verbal, etc.

L'identification des ressources

C'est le temps de l'observation des leviers cognitifs objectifs qui ont sous-tendu les actions. Règles institutionnelles, droit du travail, fichiers, dossiers, affichage réglementaires, l'utilisation du réseau relationnel professionnel, le recours à une autorité hiérarchique... sont soulignés. Cette étape permet à tous les participants d'observer et d'accepter que la réflexion n'est pas un acte cognitif isolé mais socialement inscrit dans l'espace et les relations sociale. Concrètement, les

stagiaires repèrent le déroulement de la cognition distribuée sans la terminologie scientifique.

La construction collective d'alternatives

A cette dernière étape du debriefing, les stagiaires sont conscients de l'impact des émotions, le rationalité limitée, circonstanciée utilisée pour atteindre un objectif en s'appuyant sur les éléments physique, relationnelle et les connaissances mobilisables qu'ils disposent.

Fort de cela, les formateurs les invitent à proposer des perspectives d'amélioration. C'est le « que pourrait-on faire pour... ». Tous les stagiaires deviennent ainsi des forces de propositions très actifs. En effet les situations analysées revêtant le quotidien, ils se projettent aisément par une dynamique de résolution et/ou d'amélioration.

Les participants y développent ce que Schön³⁴ appelle la réflexion-sur-l'action. Ils reviennent sur ce qui s'est passé, l'analysent à distance, en tirent des leçons. Mais ils font plus que cela ; ils *négoient* une perspective de sortie positive des problématiques soulevées dans les scénarii au sens de Strauss³⁵. Une production in situ de normes d'action partagées émerge en consonance avec les répertoires professionnels. C'est dans cet espace que se construisent les formes les plus durables d'intelligence collective.

2.5. La déclusion

Cette dernière étape permet de fixer et valoriser les apprentissages, tout en veillant à identifier les niveaux de satisfaction par rapport aux attentes individuelles initiales, formulées en début de séance.

Les stagiaires indiquent les éléments renforcés et acquis. C'est le moment de la relativisation des acquis en insistant qu'ils sont circonstanciés et alimentent la mémoire. Les apprentissages sont présentés comme « une boîte à outils » qui dans le réel sera disponible lorsque le professionnel sera exposé à des situations proches de celles analysées. Il est sensibilisé à l'acquisition d'une expertise qui lui permettra d'augmenter les chances d'une lecture objective des situations et

³⁴ Schön D.A., 1983, "The Reflective Practitioner. How Professionals Think" in *Action*, New York, Basic Books.

³⁵ Strauss A.L., Op. cit.

d'une construction de voies de sorties, malgré les émotions portées par le facteur humain.

La déclusion est ainsi la prise de recul sur les apprentissages de la journée. Elle clôt le cycle en accompagnant la transition entre l'espace de simulation et le retour à l'espace ordinaire du travail. Elle signale que la formation a pris au sérieux non seulement les compétences cognitives des participants mais leur expérience subjective dans sa totalité — leurs émotions, leur fatigue, leur besoin de reconnaissance. Elle assure également ce que les psychologues du travail nomment le transfert des apprentissages en aidant les participants à se projeter dans des situations futures pour ancrer les savoirs construits lors de la simulation dans des intentions d'action concrètes. C'est l'instant où les participants, comparant les acquis aux attentes indiquées dès le début de la formation, remarquent l'éventail des acquisitions.

A l'inverse de l'inclusion, les formateurs vont inviter les participants à ne pas s'enfermer dans les émotions de la journée en les « délaissant » par des activités relaxantes comme la cohérence cardiaque, la respiration guidée, d'autres formes de détente collective.

Anthropologiquement, la déclusion est un rituel de passage nécessaire qui permet de fermer le cycle de formation, « sacralisant » ce dernier, pour qu'il demeure une source de sens pour agir dans la sphère professionnelle.

3. Un prolongement tourainien de la place du sociologue

3.1. Une position impliquée

L'analyse présentée ici s'appuie sur un corpus composite, constitué de plusieurs sources complémentaires. Les résultats des enquêtes de satisfaction et de qualité que nous avons réalisé avec la Direction des soins et l'IFCS fournissent des données quantitatives sur les taux de satisfaction globaux et la pertinence perçue des différentes composantes du dispositif. Les retranscriptions des débriefings offrent un matériau qualitatif dense, permettant d'analyser les dynamiques d'interaction, les registres de justification mobilisés et les processus de construction normative. Les observations de séance, par le sociologue dans une posture d'observateur participant, complètent ces données par des notations ethnographiques sur les dynamiques non verbales, les configurations spatiales et les moments de bascule émotionnels.

Sur le plan épistémologique, nous assumons explicitement la position particulière du sociologue coconcepteur du dispositif, intervenant en séance et analyste des résultats. Celui-ci intervient peu en fin d'analyse des scénarii car les stagiaires le perçoivent comme un expert extérieur pouvant aider à l'analyse factuelle. Cette posture de *sociologue impliqué* est assumée dans un souci de transparence réflexive. Elle est source d'une connaissance de l'intérieur difficilement accessible à un observateur extérieur, mais elle est aussi porteuse d'un risque de surinvestissement interprétatif que nous avons cherché à limiter par une confrontation systématique des lectures aux données produites par les autres acteurs du COPIL. La réflexivité que nous prônons pour les participants au dispositif vaut également, à plus forte raison, pour le chercheur qui l'analyse. Soulignons sobrement, que la nécessaire présence du sociologue pour observer, ne fait pas de lui un individu transparent et insensible émotionnellement. Cependant, le fait de participer à la construction des scénarii et de les observer répétitivement lors de cohortes de formations différentes, réduit les risques de surinvestissement et font du sociologue un élément constitutif du dispositif.

3.2. Une origine tourainienne

L'intervention sociologique constitue une contribution méthodologique des plus originales de la sociologie française du XX^e siècle. Élaborée par Alain Touraine à partir des années 1970 dans le prolongement de sa sociologie de l'action, elle procède d'un double refus épistémologique. 1) celui du marxisme orthodoxe, qui réduit la dynamique sociale aux déterminations des structures économiques, et 2) celui du fonctionnalisme parsonien qui appréhende la société comme un système tendanciuellement intégré, orienté vers l'équilibre et la reproduction de ses propres normes. À ces deux paradigmes, Touraine oppose une sociologie centrée sur la *capacité des acteurs à produire du sens*, à contester les orientations culturelles dominantes et à transformer, par leur action, le cours de l'histoire sociale.

Le principe directeur de la méthode est à la fois simple dans son énoncé et ambitieux dans ses implications : la sociologie ne doit pas se cantonner à l'observation externe de la réalité sociale. Elle doit créer les conditions d'une *prise de conscience réflexive* des acteurs sur le sens historique de leur propre action. L'intervention sociologique se déroule ainsi selon un protocole structuré. Des acteurs engagés dans une lutte ou un mouvement collectif — syndicalistes, militants féministes, étudiants, mobilisations écologistes ou anticoloniales — sont réunis en groupes restreints et soumis à des séances d'analyse collective animées par le sociologue. Celui-ci ne se positionne pas en observateur neutre. Il joue un rôle actif de reformulation, de problématisation et de confrontation des participants à leurs adversaires

symboliques ou à la signification implicite de leurs revendications. L'objectif est de faire émerger ce que Touraine nomme le *modèle d'action* du mouvement, c'est-à-dire la logique profonde qui oriente ses conduites au-delà des revendications immédiates et conjoncturelles.

Cette démarche poursuit trois objectifs analytiques articulés :

1. Elle vise d'abord à identifier le *conflit central* structurant une société donnée à un moment historique déterminé qui ne doit pas être confondu avec les innombrables frictions sectorielles qui traversent tout corps social, mais la tension fondamentale portant sur le contrôle des ressources culturelles et symboliques les plus valorisées.
2. Elle cherche ensuite à distinguer rigoureusement les revendications immédiates d'un mouvement — qui relèvent de la négociation ordinaire — de son *projet historique*, c'est-à-dire de sa capacité à remettre en cause les orientations profondes de la société.
3. Elle s'efforce enfin d'évaluer si un mouvement est porteur d'un véritable changement social structurel ou s'il demeure cantonné à une contestation sectorielle sans horizon transformateur.

Pour Touraine, un mouvement social authentique est celui qui articule une identité collective affirmée, une opposition à un adversaire clairement désigné et une référence à une totalité, un projet de société, qui donne sens à la lutte. Cette triple dimension — identité, opposition, totalité — constitue ce qu'il nomme le *principe de l'intervention*, critère permettant de distinguer les mouvements sociaux des simples phénomènes de protestation ou d'ajustement institutionnel.

Touraine a appliqué cette méthode à des terrains empiriques aussi divers que le mouvement ouvrier, les mobilisations étudiantes de Mai 1968, les luttes féministes et les mouvements sociaux d'Amérique latine. Son analyse des événements de 1968 reste à cet égard emblématique là où une lecture politique voit une tentative de renversement du pouvoir, Touraine y décèle un *conflit culturel* portant sur le contrôle des institutions de production du savoir et des modes de vie, une lecture qui anticipe, de plusieurs décennies, les débats contemporains sur les politiques d'éducation, de genre et d'identité.

La méthode ne va pas sans limites, qu'il convient d'assumer pleinement dans une démarche de transparence épistémologique. Le degré d'implication du sociologue, à la fois animateur, reformulateur et coanalyste, expose la recherche à un risque de *surinterprétation*, voire d'orientation normative des résultats dans un sens conforme aux hypothèses théoriques initiales. La lourdeur du protocole, qui exige des séances répétées avec des groupes stables, restreint par ailleurs la reproductibilité de la méthode et sa transposabilité à des contextes

institutionnels contraints. Ces limites ont nourri des critiques légitimes, notamment de la part de chercheurs attachés à une distinction plus nette entre position du chercheur et position de l'acteur. Elles n'invalident pas pour autant l'apport essentiel de l'intervention sociologique. Touraine a réhabilité le *sujet* comme catégorie analytique centrale avec une méthode qualitative rigoureuse pour l'étude des mouvements collectifs.

En définitive, l'intervention sociologique repose sur une conviction théorique forte : la société n'est pas uniquement un système qui fonctionne selon ses propres lois d'équilibre, mais un *champ de conflits* où se négocie en permanence la production du sens historique. Le rôle du sociologue n'est pas d'arbitrer ces conflits, mais de créer les conditions dans lesquelles les acteurs peuvent eux-mêmes en percevoir la portée et en assumer la responsabilité. Lors de la simulation, sans une perspective sociopédagogique, cette réalité se confirme. Le sociologue contribue à faire émerger une analyse commune aux visées pratiques pour les professionnels, en permettant à ceux-ci de devenir des acteurs rationnels, avec une conscience élargie des facteurs institutionnels, organisationnels, et relationnels qui limite lesdites actions.

3.3. Des convergences avec Touraine

La convergence entre la posture du sociologue intervenant dans les sessions de simulation managériale au CHU de Lille et la logique de l'intervention sociologique telle que Touraine l'a théorisée n'est pas de l'ordre de la métaphore commode. Elle tient à une homologie structurelle profonde entre deux dispositifs qui, bien que distincts dans leurs finalités premières, partagent une même architecture relationnelle et une même ambition réflexive.

Dans les mouvements sociaux que Touraine analysait, les acteurs engagés (syndicalistes, militants, étudiants) portaient une *représentation de leur rapport à l'histoire* ; une conscience, souvent implicite et fragmentée, de ce qu'ils étaient, de ce contre quoi ils luttaient et du sens de leur action collective. Le travail de l'intervention sociologique consistait précisément à objectiver cette conscience, à la rendre dicible et analysable, afin que les acteurs puissent en saisir la portée au-delà de l'expérience immédiate.

Or les cadres de santé participant aux sessions de simulation occupent une position structurellement analogue. Ils entrent dans le dispositif porteur d'une *représentation sédimentée de leur fonction*, construite dans la pratique, éprouvée dans les tensions quotidiennes entre logiques soignantes et impératifs gestionnaires, rarement explicitée et plus rarement encore soumise à un examen collectif rigoureux. Comme les acteurs des

mouvements sociaux tourainiens, ils savent, d'un savoir pratique et incorporé, ce qu'ils font, mais ne savent pas toujours ce que ce « faire » *signifie* dans l'espace institutionnel qui les contraint. C'est précisément cette tension entre conscience pratique et conscience discursive, pour reprendre la distinction giddensienne, que le dispositif de simulation, avec le sociologue en son centre, est en mesure de travailler.

La triple dimension analytique de l'intervention tourainienne — identité, opposition, totalité — se retrouve ainsi, transposée, dans la dynamique des débriefings. La dimension identitaire s'y manifeste dans la réaffirmation collective du *nous soignant*. Les cadres, au fil des échanges, construisent ou consolident une image d'eux-mêmes comme professionnels dotés d'une expertise spécifique, distincte aussi bien de la pure fonction technique que de la pure fonction hiérarchique. La dimension oppositionnelle émerge dans la formulation, souvent prudente mais réelle, et se perçoit entre des résistances aux injonctions contradictoires de l'institution hospitalière et les tensions entre efficacité budgétaire et qualité des soins. Elle est retracée également entre la standardisation des procédures et la singularité des situations cliniques. La dimension de totalité, enfin, apparaît dans l'esquisse collective d'un idéal partagé du *bon encadrement* en milieu hospitalier.

3.4. Des singularités par rapport au modèle tourainien

Cela étant posé, la comparaison appelle des nuances de fond qui font de cette figure du sociologue en simulation non pas un simple calque du modèle tourainien, mais une *variante* originale, dotée de propriétés qui en modifient la portée et en réduisent certains risques.

La première singularité tient à la *structure répétitive et cumulative* du dispositif. Là où l'intervention sociologique tourainienne s'adresse à un groupe d'acteurs engagés dans un mouvement singulier et non pleinement reproductible (une grève, une mobilisation étudiante, un conflit politique), le dispositif de simulation au CHU de Lille soumet des cohortes successives. Cette répétition n'est pas une contrainte pédagogique accessoire. La reproductibilité parfaite du cadre de formation est une contrainte majeure pour former de manière homogène les cohortes à partir d'un unique protocole. Elle constitue une ressource épistémologique de premier ordre. Elle permet au sociologue de construire, session après session, une connaissance cumulative des *invariants interprétatifs* des représentations récurrentes, les points de résistance systématiques, les consensus normatifs émergents, qui transcendent la singularité de chaque groupe. La duplicabilité du dispositif introduit ainsi une

consolidation des conclusions sociologiques. Les résultats d'une session peuvent être confrontés, implicitement ou explicitement, aux résultats des sessions antérieures, conférant à l'analyse une robustesse que la singularité des mouvements sociaux ne permettait pas d'atteindre.

La seconde singularité, peut-être plus décisive encore sur le plan épistémologique, tient à la *distance culturelle et disciplinaire* du sociologue vis-à-vis du monde soignant. Touraine lui-même reconnaissait que l'implication du chercheur dans l'intervention sociologique exposait la méthode à un risque de surinterprétation, le sociologue pouvant être tenté de lire dans les discours des acteurs la confirmation de ses propres hypothèses théoriques. Dans le dispositif de simulation managériale, ce risque se trouve structurellement atténué par le fait que le sociologue n'est pas un soignant. Il n'est pas issu du monde hospitalier, ne partage pas ses codes tacites, ses hiérarchies de prestige ni ses représentations incorporées du *bon professionnel de santé*. Cette étrangeté culturelle, loin d'être un handicap herméneutique, fonctionne comme un *dispositif de mise à distance involontaire*. Elle prémunit le chercheur contre l'empathie identificatoire qui, dans d'autres configurations, brouille la frontière entre compréhension et adhésion. Le sociologue perçoit ce que les cadres tiennent pour évident précisément parce qu'il ne le tient pas pour tel. Combinée à la répétitivité des sessions, cette extériorité culturelle produit un effet de *distanciation structurelle* qui renforce l'objectivité de l'analyse.

Ce double ancrage par l'implication par la présence et la distanciation par l'extériorité culturelle accompagnée de répétition, confère au sociologue en simulation un statut que l'on pourrait qualifier d'*acteur impliqué-distant* ; ni chercheur extérieur qui observe sans participer, ni intervenant engagé qui risque de se dissoudre dans l'objet qu'il étudie, mais une figure intermédiaire, structurellement positionnée à l'articulation de l'intérieur et de l'extérieur. C'est précisément cette position de tiers institué qui fonde sa légitimité aux yeux des participants.

Il faut souligner une troisième singularité, d'ordre relationnel et pragmatique, qui distingue ce dispositif de la configuration tourainienne : les stagiaires *attendent* du sociologue un discours autre, exogène et expert. Dans les mouvements sociaux, les acteurs pouvaient accueillir avec méfiance l'intervenant sociologique, perçu comme extérieur à leur lutte et potentiellement réducteur de sa signification. Dans le dispositif de simulation, la légitimité du sociologue est d'emblée construite sur sa différence disciplinaire : les cadres ne lui demandent pas de valider leur expérience ni de la traduire dans leur propre vocabulaire professionnel. Ils lui demandent

de la *nommer autrement*, de produire un décalage interprétatif qui leur permet de prendre de la hauteur par rapport à ce qu'ils vivent. Ce faisant, le discours sociologique n'est pas reçu comme une description de leur réalité mais comme un instrument de distanciation réflexive, un levier par lequel ils peuvent, précisément, *s'engager mieux* dans leur pratique en comprenant autrement les ressorts structurels. La distance que produit le regard sociologique n'est pas vécue comme un appauvrissement de l'expérience. Elle est activement sollicitée comme support d'un engagement plus lucide et plus maîtrisé. En ce sens, le dispositif de simulation réalise, dans le champ de la formation professionnelle, ce que Touraine cherchait à produire dans le champ des mouvements sociaux ; non pas la suspension de l'action, mais son *approfondissement réflexif*.

ANALYSE DES EFFETS DU DISPOSITIF

La perspective de Donald Schön³⁶ sur le praticien réflexif permet de concevoir la simulation managériale comme un espace de *réflexion-en-action* et de *réflexion-sur-l'action* qui permet aux participants de développer cette capacité à revenir sur leurs propres pratiques, à en identifier les présupposés implicites et à les transformer consciemment. Cette dimension réflexive, souvent absente de la formation professionnelle ordinaire, est l'une des contributions les plus durables du dispositif à la professionnalisation des cadres hospitaliers qu'offre la simulation managériale.

1. La production collective de normes managériales situées

Le premier effet sociologiquement significatif du dispositif est la *construction collective de normes managériales* qui ne préexistent pas à la formation mais en émergent. Les débriefings révèlent avec constance que les participants, confrontés aux mêmes scénarii, ne partagent pas spontanément les mêmes cadres d'interprétation. Cette pluralité des cadres d'interprétation que l'on peut lire, avec Goffman³⁷, comme une pluralité de cadrages de l'expérience, est le produit de trajectoires professionnelles, de cultures de service et de positions dans la hiérarchie qui sont hétérogènes. Là où le cadre d'une unité de réanimation

³⁶Schön D.A., 1983, *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books

³⁷ Goffman E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

voit une situation d'urgence exigeant une décision rapide et autoritaire, le cadre d'une unité de soins palliatifs perçoit une demande d'accompagnement qui appelle une réponse plus lente et plus dialogique. Là où le cadre récemment promu hésite entre l'affirmation de son autorité et le maintien de liens de proximité avec ses anciens collègues, le cadre expérimenté a déjà résolu cette tension par des stratégies éprouvées qu'il peut transmettre.

Ce que le dispositif produit, c'est un espace de confrontation de ces cadres d'interprétation qui, loin de s'annuler mutuellement, se fertilisent et s'enrichissent. Les normes qui émergent de cette confrontation ne sont pas des règles universelles applicables mécaniquement à toutes les situations ; ce sont des *normes situées*, ancrées dans des contextes spécifiques et ouvertes à la révision. En cela, elles correspondent aux *régimes d'engagement de* Thévenot³⁸, des façons de se repérer dans le monde à partir de l'expérience accumulée et de la confiance dans des équipements éprouvés. Cette normativité émergente, ancrée dans les pratiques réelles et reconnue par la communauté professionnelle, est probablement plus durable et complète les formations initiales.

L'analyse des débriefings révèle en outre un phénomène récurrent et sociologiquement significatif : la *remobilisation de savoirs implicites*. Les participants découvrent, dans l'espace de la simulation, qu'ils savent des choses qu'ils ne savaient pas qu'ils savaient. Ils réapprécient des compétences intuitives non valorisées parce qu'absent des procédures d'évaluations, des fiches de postes et des attentes formelles lors des cursus sanctionnés par un diplôme ou une certification. Des compétences acquises par l'expérience, la capacité à lire les signaux non verbaux de tension dans une équipe, à calibrer son degré d'intervention selon l'urgence perçue, à trouver les mots justes dans un entretien délicat. Cette expertise était restée à l'état d'intuitions tacites. Elle est désormais objectivée et devient académiquement transmissible, répliquable ou adaptable en formation et/ou dans les services avec les équipes. C'est le propre de l'analyse des pratiques que de rendre visibles ces *savoirs incorporés* au sens de Bourdieu³⁹ c'est-à-dire ces dispositions acquises qui orientent l'action sans en être conscientes, pour en faire des ressources collectives mobilisables et développables.

2. La redéfinition des identités professionnelles

³⁸ Thévenot L., Op. Cit., 2006, 312p.

³⁹ Bourdieu P. 1987, « Programme pour une sociologie du sport », *Choses dites*, Paris, Editions de Minuit, pp. 203-216.

Un deuxième effet, d'ordre identitaire, mérite une attention particulière et soutenue. Les évaluations qualitatives font ressortir de manière récurrente des formulations du type :

« *J'ai enfin le sentiment d'être reconnue dans ce que je fais* »,
« *Je suis sortie de cette journée avec le sentiment d'être une professionnelle dont on peut reconnaître les compétences* ».
« *Je savais que mes collègues faisaient face aux mêmes situations, mais là je me rends compte qu'ils vivent ces situations comme moi, avec les mêmes tensions, les mêmes conflits de valeurs, les mêmes questionnements. Ça m'a aidée à me sentir moins seule* ».

Ces formulations ne décrivent pas simplement une acquisition de compétences techniques. Elles témoignent d'un travail de *reconstruction identitaire* opéré dans et par le collectif, dont il faut comprendre les mécanismes.

Le premier de ces mécanismes est celui de la *reconnaissance symétrique*. Dans le contexte ordinaire du travail hospitalier, la reconnaissance est asymétrique. Elle circule principalement de manière descendante de la hiérarchie vers les subordonnés, ou horizontale dans des espaces informels, entre collègues de même niveau. La simulation institue un espace de reconnaissance différent. Chaque participant est valorisé pour ce qu'il apporte au travers de son expérience, sa lecture de la situation, sa façon de gérer l'imprévu, indépendamment de sa position hiérarchique. Ce renversement temporaire de la logique de reconnaissance ordinaire a des effets puissants sur l'estime de soi professionnelle et sur le sentiment de légitimité.

Le deuxième mécanisme est celui de la *dénomination collective*. Yves Clot⁴⁰ a montré l'importance du langage dans la construction de l'identité professionnelle : nommer ce que l'on fait, avoir des mots pour désigner ses compétences et ses difficultés, est une condition de la reconnaissance sociale du travail. L'apport sociologique et les débriefings offrent aux participants un vocabulaire pour nommer des expériences jusque-là muettes — le conflit de valeurs, le dilemme éthique, la surcharge cognitive, le pouvoir informel, le triangle dramatique — et donc pour se reconnaître dans ces expériences et les partager. Cette dénomination collective est un moment de *mise en commun* de l'expérience individuelle qui fonde la conscience collective d'un groupe professionnel.

⁴⁰Clot Y., 1999, *La Fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.

Le troisième mécanisme est celui de la *mise en récit de soi*. Michèle Lacoste⁴¹ a montré que le langage au travail n'est pas seulement un outil de coordination. C'est aussi un espace de construction de soi et de l'autre. Dans les débriefings, les participants sont invités à raconter ce qu'ils ont vécu, à expliquer leurs décisions, à imaginer ce qu'ils auraient pu faire autrement. Cette mise en récit est un exercice de réflexivité qui contribue à consolider l'identité professionnelle en la rendant narrative, c'est-à-dire cohérente, orientée vers l'avenir et susceptible d'être partagée.

Sur ce point il faut être vigilant au « je » qui s'exprime. Les stagiaires passent du « je » qui désigne leur gestion managériale dans le service au « je » qui réfléchit sur lui, qui construit dans l'instant de la formation un discours structurée, collectivement, sur les pratiques. Cette remarque certes classique n'est pas sans écho à l'ancienne analyse d'André Billette analysant les changements de registre de l'individu qui raconte les évolutions qu'il connaît dans un processus de conversion religieuse. Nous sommes ici loin de la conversion. Mais le sociologue observateur remarque rapidement le sens multiple du « Je ». Il est à la fois une distinction de l'individu isolé parfois dans la gestion de problématiques managériales, où parfois la traduction de la remise en cause personnelle apparaît. Il est aussi ce « Je » statutaire pris dans le réseau des pairs cadres de santé et qui affirme le statut.

Ces variations sur le « je » se résume pour les cadres de santé dans la symbolique de la blouse blanche. « Il y a l'individu sous la blouse qu'ils attaquent des fois », signalent souvent les individus et « celui qui est au travail, le cadre, qui a la blouse ». « Ils essaient des fois d'atteindre celui qui sous la blouse, alors qu'ils – des agents en conflits – savent bien qu'ils doivent s'arrêter à la blouse ».

La mise en récit de soi passe en permanence par cette distinction statutaire entre le cadre et la personne. Elle structure en permanence les échanges, en particulier quand il s'agit de rencontre compte d'un conflit et des prises de décisions qu'elles nécessitent, prises par le cadre, le « je » avec la blouse. Sur ce point les cadres sont particulièrement conscients du conflit de valeurs qu'entraîne leur position. Il est commun d'entendre des cadres face à des demandes individuelles d'agents indiquer qu'ils – le « je » sous la blouse – veulent satisfaire les demandes, mais – le « je en blouse » – n'y accède en raison de contraintes réglementaires. Le cas le plus usuel qui revient dans toutes les séances de simulation est la gestion des

⁴¹Lacoste M., 2001 « Peut-on travailler sans communiquer ? », in Borzeix A., Fraenkel B. (dir.), *Langage et Travail. Communication, cognition, action*, Paris, CNRS Éditions, pp. 21-53.

demandes de congés. Les obligations liées au « bon fonctionnement du service » prennent le pas sur l'accès à des demandes légitimes d'agents voulant être moins mobilisés.

La mixité délibérée des groupes joue ici un rôle essentiel que la littérature sur les communautés de pratique⁴² a bien documenté. En associant des profils et des trajectoires hétérogènes, le dispositif active des mécanismes d'apprentissage par observation et par modélisation⁴³ qui dépassent la transmission verticale des savoirs. Les cadres expérimentés y découvrent que leurs pratiques implicites méritent d'être explicitées et transmises. Les jeunes cadres y trouvent des modèles d'action et des ressources de légitimation. Les cadres supérieurs y redécouvrent, à travers le regard des autres, des dimensions de leur propre pratique qu'ils avaient cessé de voir, ils sensibilisent aussi aux attentes qu'ils doivent satisfaire et qui sont inconnus souvent des autres participants. Cette pédagogie de l'hétérogénéité est, selon nous, l'un des facteurs les plus puissants de la réussite du dispositif.

3. Les stratégies de gestion des conflits : entre action stratégique et ordres de justification⁴⁴

L'analyse des stratégies de gestion des conflits observées lors des débriefings révèle une structuration qui dépasse la simple classification psychologique. Ces stratégies ne sont pas des styles personnels stables. Elles sont des *réponses contextuellement situées*, dont le choix dépend à la fois de la nature du scénario (conflit, impératifs administratifs...), de la position relationnelle des acteurs, des ressources institutionnelles disponibles et des leviers de justification, ou plutôt de légitimation de décisions, auxquels les acteurs peuvent faire appel. Comme l'indiquait Crozier et Friedberg,⁴⁵ les acteurs dans l'organisation ne sont jamais de simples exécutants de règles formelles. Ce sont des acteurs stratégiques qui utilisent les marges de liberté que leur offre la structure pour poursuivre leurs objectifs et défendre leurs positions. Les conflits managériaux sont des révélateurs de ces jeux de pouvoir. Ils mettent en évidence qui détient quelle ressource, qui dépend de qui, quelles zones d'incertitude sont les plus précieuses. La simulation, en mettant en scène ces conflits dans un espace protégé, offre aux cadres une occasion rare de décoder ces jeux et d'élaborer des stratégies qui ne soient pas seulement réactives mais anticipatrices.

⁴² Kolb D.A., 1984, *Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

⁴³ Bandura A., 1977, *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1977.

⁴⁴ Angélique Deman, Laudry Lecourt, Christelle Lemaire et Juliette Skorupinski ; A paraître, « Manager dans la complexité : mise en œuvre innovante d'ateliers de simulation en santé », *Soins Cadres*

⁴⁵ Crozier M., Friedberg E., 1977, *L'Acteur et le Système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil,

Lors du débriefing nous observons que les cadres oscillent entre cinq stratégies principales face aux conflits. Ce sont des modes d'engagement, de gestion, qui dépendent de l'implication ou de la non-implication du cadre dans le conflit, de la gravité perçue, de l'impact sur le fonctionnement des services et les conséquences psychosociales sur les individus et les équipes.

1. *L'évitement* qui est l'absence temporaire d'implication directe est utilisé lorsque le conflit est perçu comme superficiel ou lorsqu'un délai de réflexion est nécessaire. Les participants reconnaissent unanimement que cette stratégie n'est viable qu'à court terme et doit être relayée par une intervention structurée. L'évitement prolongé aggrave invariablement les tensions en donnant à l'une des parties le sentiment d'être ignorée.

L'évitement est aussi légitimé par des situations où le cadre veut laisser émerger une autorégulation. Dans ce cas il a un regard panoramique conscient du risque de dérive. Il est alors toujours en situation d'intervenir s'il le juge utile où si une mise en tension relationnelle devient trop importante pour un des acteurs impliqués.

Le conflit est jugé comme mineur : le cadre n'y est pas impliqué et les conséquences sur un individu et les relations d'équipes sont aussi perçues comme peu importante.

2. *L'autorité* : Le management est directif, fondé sur la légitimité hiérarchique et les règles institutionnelles. Il s'articule par des injonctions et est jugé comme efficace à court terme mais produit des effets secondaires sur la qualité de la relation de l'équipe avec le manager. Les participants soulignent qu'elle doit être utilisée avec parcimonie et toujours accompagnée d'une explication à très court terme qui maintient le respect de la personne. Il permet de sécuriser un processus ou d'éviter immédiatement des dérives qui entraîneraient des conséquences négatives, irréversibles, sur un individu et l'équipe dont il a la charge.
3. *L'accommodation* est l'acceptation d'une solution favorable au collaborateur par rapport au reste de l'équipe, au cadre ou une règle institutionnelle. Il est utilisé lorsque l'enjeu est limité et que la préservation de la relation importe plus que l'issue du conflit. Surtout le cadre veille à ce que soit une exception qui n'entraîne pas une forme de jurisprudence sur laquelle il ne pourrait revenir
4. *Le compromis* est la révision mutuelle des exigences. C'est la stratégie la plus fréquemment utilisée dans les contextes de tension sur les ressources humaines. Il préserve la relation tout en permettant une résolution acceptable du conflit.

5. *La collaboration* enfin est l'approche gagnant-gagnant qui intègre les besoins de l'ensemble des protagonistes. Elle est identifiée comme la stratégie la plus constructive à long terme, mais aussi la plus exigeante en termes de temps, de confiance et de compétences communicationnelles. Elle est la plus difficile à mettre en place et celle qui est mise en œuvre dans un contexte sécurisé pour le cadre, l'agent et l'équipe.

L'analyse des justifications produites lors des débriefings révèle que les participants ne choisissent pas ces stratégies seulement en fonction de leur efficacité pragmatique. Le cadre qui recourt à l'autorité invoque le registre *technique* via « l'efficacité, la sécurité des soins, le respect des procédures ». Celui qui privilégie l'accommodation mobilise le registre *moral* au travers des items de « la fidélité, la confiance, le respect de la personne, l'équité ». Celui qui vise la collaboration convoque le registre *civique* autour de « l'égalité, le bien commun, la solidarité professionnelle ». Le cadre qui insiste sur le compromis est sur le registre de la compréhension permanente et parle « d'adaptabilité, de donnant-donnant ». Ces registres coexistent et entrent parfois en tension. C'est dans la capacité à les articuler, à trouver des formulations qui parlent simultanément à plusieurs registres, que réside l'essentiel de l'intelligence managériale.

Le triangle dramatique de Karpman, très connu des cadres, fonctionne comme un outil de désignation sociologique des jeux de pouvoir microsociaux qui structurent les équipes hospitalières⁴⁶. La reconnaissance des rôles de Victime, Sauveur et Persécuteur permet aux cadres de nommer des dynamiques relationnelles jusque-là invisibilisées car parfois conscientes mais non objectivées et non valorisées. La formation permet ainsi aux stagiaires d'être lucides sur les stratégies engagées. Cette opération de dénomination et de prise de distance est une forme élémentaire mais efficace de réflexivité pratique au sens de Giddens.⁴⁷

4. La place de l'apport sociologique : entre légitimation et émancipation

L'intégration d'un apport sociologique au cœur du dispositif constitue, nous l'avons dit, son originalité la plus marquante. Elle soulève cependant une question qui mérite d'être posée sans complaisance : quel est l'utilité, l'apport, du sociologue dans cet espace ? Est-il un

⁴⁶Karpman S.B., 2017, *Le Triangle dramatique. Comment passer de la manipulation à la compassion et au bien-être relationnel*, Malakoff, Dunod.

⁴⁷Giddens A., 1987, *La Constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF.

légitimateur académique à des pratiques managériales qui n'en ont pas besoin, ou un *pédagogue* qui donne aux acteurs les moyens de comprendre et de transformer leur situation ?

Cette question n'est pas rhétorique. La sociologie appliquée aux organisations est traversée depuis ses origines par une tension entre sa fonction critique, de dévoiler les rapports de domination, les tensions qui traversent un champ, et sa fonction utilitaire qu'est d'aider les organisations à atteindre leur objectif. Cette fonction utilitariste fait de la sociologie un outil pour résoudre les situations complexes, aider à la coordination, ou encore améliorer le bien-être. Cette tension est ici particulièrement vive. Le sociologue intervient à l'invitation de l'institution, ou en fonction d'un besoin qu'il a suscité fort de son savoir universitaire et sa fonction d'expert consultant et formateur. Il est donc présent dans un cadre contractuel, défini par l'institution, pour contribuer à former des professionnels dont elle a besoin. Il n'est pas en position d'extériorité critique et frontale. Son intervention est d'abord un apport pour une progression continue, favorable à la Qualité de Vie au Travail et les objectifs opérationnels de l'institution.

Conscient de ce cadre d'intervention, l'action du sociologue rencontre les retours des participants qui indiquent que la sociologie joue en réalité un double rôle. Ils permettent de se rendre compte que le sociologue articule plutôt qu'il n'oppose ces deux fonctions d'expert scientifique et de prestataire qui contribue à l'évolution des pratiques professionnelles. Les stagiaires sont très sensibles à la contextualisation sociologique des pratiques professionnelles au regard des déterminants contextuels (transformations du travail à l'hôpital sous l'effet des réformes managériales successives, évolutions générationnelles dans les attentes au travail, nouvelles formes de subjectivation professionnelle). Cette contextualisation permet aux cadres de sortir d'une lecture psychologisante ou moralisatrice de leurs difficultés. Des expressions de stagiaires l'illustrent.

« Ce n'est finalement par de notre faute si malgré tous mes efforts l'équipe ne fonctionne pas bien ».

« Ma réussite n'est pas liée aux choses que je ne peux pas faire »

« Savoir refuser n'est pas une option, c'est en fait une nécessité pour l'équipe et nous ».

« Ce sont les règles RH qui sont appliquées et pas uniquement ce que je souhaite et voudrais pour les équipes. Et faire comprendre ça n'est pas évident mais c'est libérateur ».

« Les agents savent que nous sommes humains. Ils savent appuyer où cela fait mal. Et quand on dit que l'on ne doit pas perdre de vue qu'ils s'adressent à la blouse c'est vraiment une bonne chose. Ils s'adressent à la fonction, ils critiquent ce que le statut porte. Et même peut être ils ne me connaissent pas, mais connaissent la blouse ».

La sociologie permet ainsi, d'autre part, de *dénaturaliser* ce qui semblait aller de soi. Les rapports hiérarchiques, les normes implicites du bon management, la définition légitime du cadre compétent sont compris comme des constructions à la suite de l'apport sociologique.

« Savoir prendre du recul même par rapport aux injonctions hiérarchiques, même quand on les exécute est hyper important. Ce sont en fait des attentes importantes mais qui parfois nous mettent en tension. Faire vite, faire remonter nos propositions sur des projets c'est bien. Mais savoir dire "attendre", "j'ai fait des urgences qui empêchent de vous répondre", comprendre aussi l'impératif de la hiérarchie, tout ça, ce sont des choses que l'on crée pour faire fonctionner la machine et quand on regarde, souvent ce qui est présenter comme urgent l'est pour la hiérarchie mais pour les équipes, pas pour le malade. Oui pour une ligne de l'ARS, mais sur le terrain, on doit donc relativiser maintenant, sans non plus exagérer. On reste des cadres, des gens qui font tourner la machine et on a cœur le bien être des équipes et des patients ».

C'est en ce sens que nous parlons d'un apport *émancipateur* non pas au sens d'une critique radicale des institutions, mais au sens d'un élargissement du champ des pratiques possibles qui passe par une prise de distance réflexive via des situations empiriques du quotidien réitéré via la formation par simulation. Yves Clot parle à ce propos du *pouvoir d'agir* comme condition de la santé au travail⁴⁸. Ce qui fait souffrir les professionnels, ce n'est pas seulement la charge de travail ou les injonctions contradictoires, c'est le sentiment d'impuissance, l'impression de n'avoir aucune prise sur leur situation. L'apport sociologique, en montrant que les contraintes sont historiques et donc contingentes, que d'autres configurations sont possibles, que d'autres ont trouvé des solutions dans des situations analogues, contribue à restaurer ce sentiment de pouvoir d'agir.

LIMITES, ENJEUX NORMATIFS ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

1. Les présupposés normatifs du dispositif

⁴⁸ Clot Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.

Tout dispositif de formation est porteur de présupposés normatifs qu'il convient d'explicitier sans complaisance. Celui-ci ne fait pas exception. En valorisant la collaboration, le compromis et l'intelligence émotionnelle comme normes managériales désirables, la formation par simulation managériale produit une certaine figure du *bon cadre* ; empathique, réflexif, collectif, capable de gérer ses émotions et décoder celles des autres. Cette construction n'est pas socialement neutre. Elle s'inscrit dans une vision du management que l'on pourrait qualifier de *post-héroïque*, marquée par la valorisation du care, de l'écoute active et de la co-construction. Elle rentre en tension avec d'autres visions du management toujours présentes dans le monde hospitalier qu'est le management directif, le management par objectifs, le management fondé uniquement sur l'autorité statutaire, en particulier auprès des professionnels médicaux, par rapport aux paramédicaux.

Il faut également s'interroger sur les effets potentiellement exclusifs de la figure du bon cadre ainsi produite. Si les participants valorisent massivement la collaboration et le compromis, c'est en partie parce qu'une partie des stagiaires sont des volontaires et sont déjà sensible à la réflexivité et à l'engagement collectif. Ils sont moteurs lors des séances et impulsent une dynamique de co-construction. Ils influencent les stagiaires désignés et font de « la prise au jeu » lors des scénarii, les cadres qui refrèinent semblent adopter les normes émises dès l'enclage pour une sensibilité aux émotions et au management qui ne peut pas être directif en raison des situations complexes imposées par les scénarii. Ce phénomène de contagion pour favoriser l'émergence des normes dans le processus de formation par simulation reste encore à étudier.

Les cadres qui n'adhèrent pas à cette vision du management — ceux qui croient fermement en la vertu de l'autorité, ceux qui ont développé des stratégies de protection par la distance émotionnelle — ne sont pas, ou peu, présents dans le dispositif. Ce biais de sélection est inhérent à toute démarche volontaire. Il n'invalide pas les résultats, mais invite à ne pas surestimer la portée de la transformation normative opérée et par la suite à analyser par comparaison des séances composées uniquement de cadres désignés.

Ce point est toutefois limité car une partie du contingent des stagiaires lillois est issue de l'IFCS Gernez-Rieux. A la fin du Master 2 toutes les promotions réalisent, obligatoirement, la formation en simulation managériale en santé. Elle est aussi prolongée par notre intervention de sociologue, au sein de l'IFCS, afin de revenir sur les concepts sociologiques qui permettent de lire des enjeux autour du statut de cadre de santé.

Cette participation à la simulation en fin de parcours invite aussi à prolonger l'analyse par une enquête dans les services, pour mesurer dans la durée le niveau d'acceptabilité et d'application des compétences acquises en formation en comparant les participants expérimentés et ceux nouvellement diplômés.

2. Limites méthodologiques et perspectives longitudinales

L'évaluation du dispositif repose principalement sur des enquêtes de satisfaction et des observations en séance. Ces instruments, s'ils sont bien construits et permettent de saisir l'expérience subjective des participants, ont des limites que nous devons reconnaître. La satisfaction éprouvée en fin de journée ne préjuge pas de la durabilité des apprentissages ni de leur transfert dans les pratiques réelles. La littérature sur la formation professionnelle a abondamment documenté l'écart qui peut exister entre ce que les participants apprennent dans un contexte de formation et ce qu'ils font effectivement dans leur contexte de travail quotidien — un écart que les contraintes organisationnelles, les habitudes installées et la pression des pairs contribuent à creuser. L'enquête de satisfaction que nous avons réalisée mesure les réponses jusqu'à 30 jours après la formation. Cela reste dans le temps court.

Des études de suivi longitudinal avec des entretiens à six mois et qui en plus mobiliserait des observations ethnographiques dans les unités affinaient l'analyse des transformations des pratiques managériales pour évaluer le niveau de sédimentation des pratiques développées par le dispositif. Ces études supposent des ressources méthodologiques, temporelles importantes, et impliquent une collaboration suivie entre le CHU et des équipes de recherche en sciences sociales. Elles constitueraient néanmoins un investissement scientifique majeur pour la compréhension des mécanismes de transfert de la formation professionnelle.

3. Vers une sociologie de la simulation managériale en santé

Le cas lillois, par sa richesse et par l'originalité du dispositif qu'il documente, invite à construire un programme de recherche spécifiquement consacré à la sociologie de la simulation managériale en santé, un champ qui reste largement à défricher. Plusieurs questions mériteraient d'être investiguées systématiquement.

La première concerne la *circulation des savoirs* entre l'espace de simulation et les espaces de travail. Comment les normes construites en simulation circulent-elles et se transforment-elles dans les unités de soin ? Sont-elles reprises, adaptées, contestées,

ignorées ? Dans quelles conditions institutionnelles les apprentissages de la simulation trouvent-ils les ressources organisationnelles nécessaires à leur mise en œuvre ? Ces questions supposent une ethnographie des unités, articulée à une analyse des transformations organisationnelles et des dynamiques d'équipe.

La deuxième porte sur les *effets de diffusion* du dispositif sur les relations hiérarchiques et professionnelles. Comment les cadres ayant participé au dispositif vivent-ils différemment leurs relations avec leur équipe, leur hiérarchie, leurs pairs ? Perçoit-on des effets de socialisation secondaire au sein des pôles ou des services dont plusieurs cadres ont participé au même groupe de simulation ? La formation d'une communauté de pratique entre participants pourrait-elle avoir des effets organisationnels durables au niveau des équipes ? Un réseau relationnel fait de participant à la formation émerge-t-il comme nouvelles ressources ?

La troisième questionne les *conditions de reproductibilité* du modèle. Le dispositif lillois est fortement dépendant de la qualité de la relation entre les cadres supérieurs formateurs et le sociologue intervenant, de la confiance institutionnelle construite au fil des sessions, et du soutien de la direction hospitalière. Ces conditions sont-elles généralisables ? Comment former des formateurs capables de porter la double exigence pédagogique et sociologique du dispositif ? Quelles adaptations sont nécessaires pour que le modèle puisse être transféré à d'autres établissements, à d'autres contextes professionnels, à d'autres pays ?

Ces questions appellent une approche comparative entre établissements, entre professions de santé, entre systèmes de santé, qui permettrait d'identifier les invariants du dispositif. Elles supposent également un dialogue soutenu entre sociologues, professionnels de santé, formateurs et décideurs institutionnels, dans un esprit de co-production des savoirs qui est, en soi, une forme de mise en pratique des valeurs portées par le dispositif. Enfin elle demande à la sociologie universitaire de s'ouvrir à une sociologie de l'intervention sociale axée sur la sociopédagogie, tout en acceptant les apports et les limites de celle-ci.

CONCLUSION

La simulation managériale en santé n'est pas un simple dispositif de formation continue. Elle est, nous l'avons montré tout au long de cet article, un espace social à part entière, un lieu où se construisent des normes, s'intériorise des connaissances, se redéfinissent des identités, se négocient des ordres légitimes, s'élaborent des communautés de pratique et s'exercent des formes subtiles de reconnaissance et de pouvoir. En ce sens, elle mérite une attention sociologique soutenue et rigoureuse, qui dépasse les seules logiques d'évaluation pédagogique et de mesure de la satisfaction.

Le dispositif lillois, par l'originalité de son protocole en cinq temps, par l'intégration systématique d'un ancrage sociologique et par la qualité de la relation de confiance construite entre formateurs et participants, constitue une expérience particulièrement riche pour penser les conditions d'une formation professionnelle qui prend intègre scientifiquement la complexité des situations managériales hospitalières. Il montre que la confiance mutuelle, la réflexivité collective et la contextualisation disciplinaire ne sont pas des ornements pédagogiques mais des conditions structurelles d'un apprentissage professionnel qui participe significativement à transformer les pratiques plutôt avec une adhésion marquée.

Il montre aussi que la sociologie, loin d'être une discipline réservée à l'analyse scientifique des interactions sociales et des enjeux de structurations sociales, peut être un outil du présent pour des professionnels confrontés à des situations complexes. Non pas en leur fournissant des recettes ou des solutions toutes faites a priori mais, en produisant avec les acteurs sociaux des analyses, mais aussi un cadre de compréhension à destination desdits acteurs pour qu'ils construisent des stratégies pour faire évoluer leurs pratiques professionnelles conformément à des objectifs préalables. Cette orientation peut être décrite comme une vision utilitariste de la sociologie. Toutefois, loin d'un enfermement, elle inscrit la sociologie comme une discipline pouvant développer des champs d'actions en réponse à de légitimes recherches de perspectives des acteurs sociaux, singulièrement dans leur espace professionnel.