

DE L'ANALYSE DE L'ACTIVITE D'UNE PROFESSIONNELLE DU SOIN A CELLE DES ACTEURS DE LA FORMATION POUR EXPLORER LE GESTE DE TOUCHER-RELATIONNEL

*Christine VIDAL-GOMEL,
CREN (EA 2661)
Université de Nantes
(France)*

*Armelle SIMON,
Centre fédératif douleur, soins de support, soins palliatifs,
éthique clinique et thérapies complémentaires
CHU de Nantes
(France)*

*Julien Nizard
Centre fédératif douleur, soins de support, soins palliatifs,
éthique clinique et thérapies complémentaires
Laboratoire Thérapeutique (EA3826)
CHU de Nantes
(France)*

RESUME

Cette contribution présente une recherche-intervention menée dans le milieu du soin pour explorer le geste de toucher-relationnel auquel une professionnelle-formatrice forme ses pairs. Face à des difficultés et des contraintes pour mettre en place une analyse de l'activité préalable à la formation, méthode classique, nous utilisons la complémentarité de l'instruction au sosie et de l'analyse de l'activité des acteurs de la formation au cours d'une simulation pour caractériser ce geste. Le débriefing de cette simulation est mené comme une alloconfrontation. Nous soulignons des discordances dans les résultats obtenus avec ces deux méthodes et leurs apports respectifs pour la formation.

MOTS CLÉS

Toucher-relationnel ; Analyse de l'activité ; Compétences incorporées, Geste professionnel, Conception de formation

INTRODUCTION

En milieu hospitalier, les sensations corporelles perçues par le malade peuvent être limitées à la maladie et ses conséquences. Liés à la maladie, les contacts physiques sont de plus dépersonnalisés (Simon, 2012). La pratique du toucher-relationnel, nommée aussi « massothérapie », a de nombreux bénéfices pour les patients face à la douleur (Ferrel-Torry, 1993) ou à l'anxiété (Simon, 2016), et dans de nombreuses spécialités médicales comme la gériatrie (Harris, 2010), la pédiatrie (Pasturel, 2007) ou la cardiologie (Anderson, 2007).

En France dans un contexte peu favorable (Remondière, 1994)¹, des formations au toucher-relationnel sont mises en place. Mais à quoi forme-t-on réellement ? Les formateurs sont des professionnels du soin — infirmiers diplômés d'état (IDE), sophrologues — qui forment leurs collègues. La difficulté est connue : ils sont le plus souvent amenés à concevoir des formations à partir de leurs représentations de ce qu'est l'activité visée. Or celle-ci n'est pas transparente, y compris aux yeux mêmes de ceux qui la réalisent ; les compétences des professionnels sont implicites, voire incorporées, difficilement verbalisables (Leplat, 1995), notamment quand il s'agit de sensations éprouvées comme dans le cas du toucher-relationnel, et il existe toujours un écart entre ce que nous disons de nos activités et ce qu'elles sont (Davezies, 2012). À ces écueils s'ajoute que, pour certains métiers ou missions émergents, il n'existe pas de référentiels de compétences ou de formation. Si bien sûr ce sont des outils bien insuffisants pour concevoir une formation (Prot, 2014), ils constituent néanmoins une ressource qui peut guider, même de façon limitée.

La formation au toucher-relationnel rencontre cet ensemble de difficultés. Ainsi une infirmière diplômée d'état spécialisée en thérapies complémentaires (sophrologie et toucher-relationnel) est à l'origine du travail de recherche que nous présentons. Elle se demandait à quoi elle formait réellement ses collègues quand elle mettait en place des formations au toucher-relationnel en essayant de s'appuyer sur sa propre expérience, et comment mieux former. L'analyse de l'activité de toucher-relationnel s'est alors imposée comme un détour nécessaire pour élaborer une formation.

Comment la mener ? Analyser l'activité des professionnels du soin s'est avéré impossible étant donné les contraintes temporelles qui étaient les nôtres et celles de la formatrice, et les procédures à mettre en place pour avoir accès aux situations de travail des acteurs qui nous intéressaient. D'autres voies ont été choisies : l'instruction au sosie et l'analyse de l'activité au cours d'une formation par jeux de rôle au toucher-relationnel. Le débriefing de cette simulation est mené comme un entretien d'alloconfrontation. Nous montrerons dans cet article la complémentarité des méthodes mises en œuvre pour caractériser le geste de toucher-relationnel et améliorer la formation.

1. COMMENT ANALYSER LE TOUCHER-RELATIONNEL ?²

Lorsque l'activité est caractérisée par un engagement observable du corps dans l'action, comme dans le toucher-relationnel, la notion de geste professionnel est souvent utilisée pour rendre compte des compétences requises : la notion de geste « *manifeste la part que le corps prend à l'activité* » (Leplat, 2013, p. 10)³. S'intéresser au geste à partir de l'analyse de l'activité revient à considérer d'emblée qu'il n'existe pas un « bon geste », identique pour tous, qui pourrait être reproduit quelles que soient les caractéristiques des situations. Le geste et sa qualité sont le résultat de la façon dont l'individu a su tirer parti de contraintes et ressources de son propre organisme, de l'environnement et de la tâche à réaliser en fonction des buts qu'il s'est fixés (Brill, 2012).

Dans le domaine des sciences infirmières, le toucher a été notamment analysé par Weiss (1979). Elle s'est plus particulièrement intéressée à la façon dont le geste était perçu par le destinataire et aux différentes qualités qui en font un langage pour la communication et le partage de sa signification. Six composantes, considérées par l'auteure comme des « symboles tactiles » de ce langage, sont dégagées : la durée du toucher, sa « localisation » en lien avec les sensations perçues en fonctions des parties du corps qui sont touchées, « l'action » qui renvoie à la fois à la surface du corps qui est touchée, à la pression et à la vitesse de l'acte,

¹ En France, la pratique du « massage » est exclusivement réservée à la profession de masseur-kinésithérapeute depuis 1946. Peu de données sur l'usage et l'impact de cette pratique par d'autres professionnels sont à notre connaissance disponibles.

² Cette partie doit beaucoup à la revue de questions élaborée par Body, Vidal-Gomel et Vinatier (2017).

³ Nous nous intéressons ici au geste conscient, au mouvement volontaire, celui du toucher-relationnel.

la fréquence qui intègre l'expérience personnelle du toucher, et la sensation (plus ou moins agréable, confortable, etc.). Cette approche, qui insiste sur la dimension interactionnelle de cet acte professionnel et sur l'intimité qu'il permet et crée, laisse en suspens ce qu'est le geste de toucher relationnel lui-même pour celui qui le réalise.

Le geste comporte à la fois des dimensions biomécaniques, psychologiques, sociales et cognitives (Tomàs *et al.*, 2009 ; Chassaing, 2010 ; Récopé *et al.*, 2011 ; Lémonie et Chassaing, 2013). Le geste de toucher-relationnel mobilise des sensations haptiques, qui intègrent simultanément des informations cutanées et des informations proprioceptives et motrices liées aux mouvements d'exploration cutanée (Gentaz, 2000). Il mobilise également l'ensemble de la chaîne corporelle : le déplacement d'un segment corporel dans une action se répercute sur la chaîne corporelle, qui y répond par exemple en maintenant l'équilibre. La pression exercée grâce au poids du corps mobilise les muscles posturaux et les appuis (Gaudez et Aptel, 2008).

Pour rendre compte de ces dimensions du geste, revenons au modèle de double régulation de l'activité (Leplat, 1997) : le geste comme toute activité dépend du couplage entre les caractéristiques du sujet et celles de la situation. À ce titre l'organisation du travail, les espaces disponibles, etc. sont des déterminants du geste. Comme pour toute activité, le geste produit un résultat qui peut être évalué par le sujet lui-même, par un tiers et par l'organisation du travail. En retour le sujet est transformé : la réalisation du geste en situation de travail contribue à la construction de sa santé (de façon durable ou transitoire, à court, moyen ou long terme) et au développement de ses compétences. Les travaux de Chassaing (2010) ont particulièrement mis en évidence le poids de l'organisation du travail dans l'élaboration des gestes, le plus souvent appris « sur le tas », et ses conséquences dans la genèse de troubles musculo-squelettiques. Le geste professionnel intègre des principes qui peuvent être élaborés collectivement ; il est traversé par le genre (Tomàs *et al.*, 2009). Apprendre un geste professionnel revient à s'appropriier le genre et ainsi à faire avec l'histoire du métier, tout en construisant ses propres façons de faire : un geste professionnel est aussi toujours individuel (Lémonie et Chassaing, 2013). Ces dimensions collectives sont appréhendées par Récopé, Fache et Fiard (2011) à partir de la notion de norme. Ils s'interrogent sur la relation entre norme et schème : la norme repose sur « *l'existence de valeurs sociales* » (p. 28) et ne peut être comprise sans prendre en compte le groupe social de référence. Le schème « *est une instance d'organisation individualisée de l'expérience* » (Recopé *et al.*), c'est-à-dire qu'il est propre à un sujet dans sa singularité. La norme est intégrée au schème : « *l'incorporation d'une norme culturelle [...] suppose une conceptualisation de sa pertinence pratique. Il y a solidarité de valeur entre ce qui est pertinent dans le monde et ce qui est tenu pour bon en pratique : c'est un effet du couple "concept-en-acte" (les qualités pertinentes des objets constitués) "théorème-en-acte" (propositions tenues pour vraies) au sein du schème. On trouve aussi, dans l'expression de la norme une pertinence et une certitude indissociables de la pratique* » (p. 26).

Pour rendre compte des gestes professionnels la notion de schème peut être retenue (Vergnaud, 2011 ; Petit et Oudart, 2017). Elle permet de rendre compte du caractère multidimensionnel de l'activité : le schème est intégrateur, il comprend des dimensions cognitives, biologiques, motivationnelles, affectives et collectives (Recopé *et al.*, 2013). Il est influencé par les caractéristiques des situations dans lesquelles il a été élaboré et évolue par assimilation et accommodation. La notion de schème conduit à intégrer à l'analyse des gestes les invariants opératoires : théorèmes-en-acte, concepts-en-acte, concepts pragmatiques (Vidal-Gomel et Rogalski 2007) pertinents pour la conception d'une formation.

Notre objectif est donc de caractériser le schème de toucher-relationnel pour concevoir des situations de formation qui peuvent en faciliter l'acquisition. Nous retenons, notamment, que le schème a, à la fois, une dimension privée et sociale (Rabardel, 1995 ; Récopé *et al.*, 2011). Nous considérons que toutes les dimensions du schème peuvent être mises en débat au sein d'un collectif qui peut ainsi contribuer à la construction de sa dimension sociale, que les individus peuvent s'approprier.

En effet, la mise en débat du vécu, la possibilité d'évoquer l'action dans ses moindres détails, avec des méthodologies appropriées, permet de travailler le lien entre le vécu des situations et le caractère incarné de l'activité. « *Évoquer l'action, c'est la simuler intérieurement [...] L'échange langagier ne met pas seulement le concept en relation avec le concept, il fait circuler des configurations sensorimotrices entre les interlocuteurs. Il transmet donc, dans le même mouvement, des idées et des dispositions corporelles à l'action. À la prochaine occasion, l'activité se déploiera à nouveau sans attendre la réflexion, mais à partir d'un répertoire de dispositions à l'action enrichi par la discussion* » (Davezies, 2012, p. 10).

La méthodologie élaborée part de ces considérations et vise à la fois la caractérisation du geste de toucher-relationnel et son acquisition par les acteurs en formation.

2. METHODOLOGIE

Les données ont été collectées à partir de deux types de méthodes : une instruction au sosie réalisée avec l'IDE formatrice au toucher-relationnel demandeuse de l'étude et l'observation de formations au toucher-relationnel qu'elle réalise, utilisant la simulation (jeux de rôles), dont le débriefing est composé d'un entretien d'alloconfrontation avec les formés.

2.1. L'INSTRUCTION AU SOSIE

L’instruction au sosie, méthode mise en place par Ivar Oddone dans les années 70, part du constat d’échec de la dénonciation de la dégradation des conditions de travail et des atteintes de la santé des acteurs. Pour faire face à ces difficultés Oddone a cherché à ce que les ouvriers puissent redécouvrir et se réapproprier leur expérience. Dans son dispositif, chaque participant doit décrire ses propres façons de travailler à un sosie qui devrait le remplacer. Au cours des échanges entre pairs « *l’expérience informelle, pénétrée des astuces, trouvailles, gestes professionnels trouvés par chacun, dans le quotidien de l’activité, pour partie, se révèle. Elle constitue potentiellement une ressource, des repères pour le collectif de travail* » (Bournel Bosson, 2006, p. 36).

Cette méthode a été reprise, diffusée et réinterprétée par Clot (2001). Elle permet au sujet de « *passer l’action au crible de sa pensée* », à ce titre c’est « *une action à part entière ; une action sur soi qui ne laisse pas la première action, devenue objet de pensée, en l’état* » (Clot, 2001, p. 255-256). La médiation du sosie est essentielle : « *la condition de naïveté du sosie par rapport à l’expérience de l’autre est indispensable s’il veut pouvoir jouer un rôle de révélateur pour le sujet de ses gestes, initiatives, styles que le rapport à l’activité sollicite implicitement* » (Bournel Bosson, 2006, p. 36). Dans les cadres de la didactique professionnelle qui sont les nôtres, on pourrait dire que cette méthode permet au sujet de prendre conscience de certains aspects de l’activité qu’il a pu mettre en œuvre dans une situation antérieure avec la médiation du sosie, ce qui favorise la conceptualisation (Piaget, 1974). L’activité constructive prend pour objet l’expérience du sujet, constituant un facteur de développement des compétences (Rabardel et Samurçay, 2004).

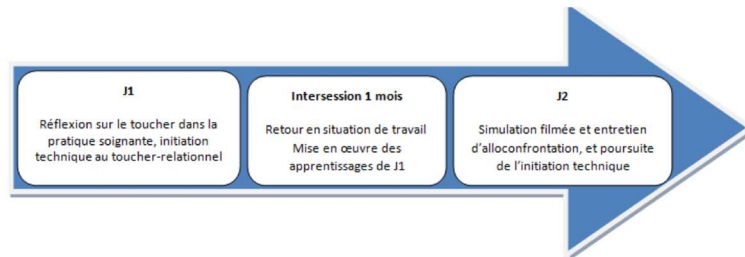
De la procédure devenue maintenant classique, nous avons retenu la consigne, l’enregistrement de l’instruction et sa retranscription. En revanche le débat avec les pairs n’a pas pu avoir lieu, une seule professionnelle étant en mesure de dispenser des formations au toucher-relationnel au plan local.

L’instruction au sosie est intervenue avant la mise en place des formations par la simulation intégrant une alloconfrontation.

2.2. DEROULEMENT DE LA FORMATION INTEGRANT UNE SIMULATION PAR JEU DE ROLES

Une formation d’initiation au toucher-relationnel destinée à des soignants a été coconçue avec la professionnelle-formatrice pour y intégrer des apports de l’analyse de l’activité dont l’utilisation de l’alloconfrontation (Mollo et Falzon, 2004) pour mener un débriefing. Cette formation se déroule au cours de deux journées, espacées d’une période d’un mois (figure 1).

Figure 1 : Déroulement de la formation au toucher relationnel



Lors de la première journée de formation, les participants sont invités à entamer une réflexion globale sur les enjeux du toucher dans la relation soignant/soigné. Ils sont initiés à des gestes de toucher-relationnel qu’ils pourront, dès l’issue de la première journée, dispenser dans leurs soins quotidiens, voire comme soin à part entière après avoir identifié une situation propice (anxiété, douleur, etc.).

La seconde journée de formation a lieu un mois après afin que les participants aient l’occasion de mettre en œuvre le toucher-relationnel au cours de leur travail. Le début de la session de formation est consacré aux problèmes qu’ils ont pu rencontrer en situation de travail dans leurs tentatives d’utiliser le toucher-relationnel. Une discussion a lieu pour élaborer avec eux d’éventuelles solutions.

La séquence de formation par jeu de rôle⁴ a lieu ensuite. L’ensemble des formés est invité à mettre en œuvre une technique de toucher-relationnel court, d’environ cinq à sept minutes, qui peut se pratiquer en toutes circonstances de soins. Il est proposé de le réaliser en position assise pour le « soigné » et debout pour le « soignant » (figure 2).

⁴ Nous les nommerons plus loin indifféremment jeu de rôle ou simulation.

Figure 2 : Les positions du soignant et du soigné au cours du jeu de rôle

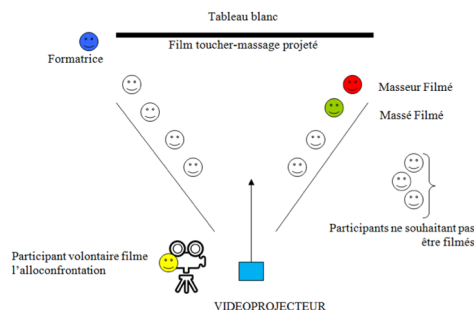


Le soin concerne les membres supérieurs, le dos, la nuque, la tête et le visage. Les formés sont en binôme : l'un joue le rôle du patient, l'autre effectue le massage. Le soignant peut ainsi avoir un retour sur le soin qu'il réalise et le bien-être qu'il procure, ou non, au « patient » ; retour essentiel pour l'apprentissage. Le toucher-relationnel est réalisé au travers des vêtements.

En élaborant cette formation, il ne s'agissait pas de transposer des caractéristiques d'un contexte de travail particulier, comme l'est celui de la réalisation de l'instruction au sosie, mais plutôt de proposer une intervention qui pourrait aisément prendre place dans le travail quotidien des soignants quel que soit le domaine (pédiatrie, médecine, etc.), qui ne nécessiterait pas de matériel spécifique, et qui ne prendrait que peu de temps, les contraintes temporelles étant parfois importantes à l'hôpital.

Au cours des jeux de rôles, un binôme de volontaires est filmé. Au moment du débriefing, ce film sert de support à la réalisation d'une alloconfrontation (Mollo et Falzon, 2004). Elle est principalement menée avec les deux acteurs volontaires qui ont été filmés au cours du jeu de rôles, en présence de l'ensemble du groupe de formés (figure 3). Elle est animée par la formatrice qui guide, relance le formé qui joue le rôle du masseur (ce qu'il a voulu faire, comment il l'a fait, ce qu'il a ressenti) et celui qui joue le rôle du massé (essentiellement sur ce qu'il a ressenti). Tous les participants sont invités à prendre part au débat à tout moment.

Figure 3 : Disposition des acteurs pour filmer l'entretien d'alloconfrontation



L'objectif de l'alloconfrontation est de mettre en place les conditions d'une activité réflexive collective. La mise en débat, l'expression de point de vue divergents, l'analyse collective peuvent en effet permettre à chacun de réexaminer ses propres modes opératoires, d'en découvrir d'autres, d'identifier leurs intérêts respectifs et limites, de mettre en évidence des difficultés, de les partager, de trouver collectivement des solutions (Mollo et Falzon, 2004 ; Mollo et Nascimento, 2013). Nous faisons ici également l'hypothèse que l'alloconfrontation et les débats permettent à la formatrice de prendre conscience de certaines dimensions incorporées ou implicites de ses compétences ; cette formation contribuant ainsi à affiner la compréhension du geste de toucher-relationnel amorcée avec l'instruction au sosie.

2.3. L'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données que nous avons menée combine des méthodes cliniques (Clot et Leplat, 2005) et l'utilisation de codages prédicats-arguments qui conduit à des analyses plus systématiques du corpus et facilite le dénombrement des observables élaborés (Amalberti et Hoc, 1998).

Outre ses apports pour la formatrice elle-même, l'instruction au sosie nous permet de nous familiariser avec la tâche et constitue une phase exploratoire du geste de toucher-relationnel. Nous avons privilégié une analyse clinique avec l'objectif d'explorer les différentes dimensions du geste. Cette première analyse oriente ensuite la façon dont nous traitons les corpus issus des formations. Nous avons recueilli les données lors de quatre formations de deux jours. Quatre jeux de rôle et quatre alloconfrontations ont été entièrement retranscrits. Ces données ont été explorées sous deux angles : celui de l'activité de guidage de la formatrice au cours des jeux de rôles et celui de l'analyse plus globale de chaque simulation : jeux de rôle et alloconfrontations.

Le guidage de la formatrice a été analysé en adaptant un codage prédicat-argument précédemment élaboré pour l'analyse de l'activité de formateurs (Boccaro *et al.*, 2015). Il a pour objectif de rendre compte des dimensions de l'activité du/des formés qui sont guidées par le formateur. Les prédicats rendent compte du type d'intervention. Pour les catégoriser, nous avons retenu trois fonctions de la tutelle selon Bruner (2002) : réduction des degrés de liberté, signalisation des caractéristiques déterminantes de la situation et démonstration. Les arguments dépendent du contenu de l'intervention, ils sont de deux ordres : la forme de l'intervention (par exemple un rappel de ce qui a été vu en formation) et ce qui est ciblé par l'intervention du formateur dans l'activité du participant et qui peut être plus ou moins détaillé (un but à atteindre, une zone à masser, etc.).

Par exemple : *Essayez de bien relâcher le bras* est codé : prédicat « *réduc. degré liberté* », argument 1 « *indique* », argument 2 « *sous-but* », argument 3 « *relâcher bras* ».

L'analyse globale de chaque simulation a été aussi menée de façon clinique en recherchant la présence des dimensions du geste de toucher-relationnel identifiées lors de l'instruction au sosie et en les complétant. Cette analyse est menée à partir de la notion de schème (Vergnaud, *op. cit.*). À ce titre c'est moins le schème spécifique d'un individu ou les différentes interindividuelles qui nous intéressent que les multiples dimensions qu'il intègre et qui doivent être prises en compte pour former. Nous cherchons donc à caractériser ce que peut comporter le schème de toucher-relationnel.

3. RESULTATS

3.1. LA DECOUVERTE DE L'IMPORTANCE DU CONTACT

Pour l'instruction au sosie, la professionnelle avait choisi une situation de gériatrie. L'un des apports majeurs a été la découverte de l'attention qu'elle apportait au « contact ». Dans son commentaire et son analyse des retranscriptions, elle met en effet l'accent sur la notion de « contact » et la « prise de contact », que l'on retrouve sous différents aspects dans les instructions qu'elle donne à son sosie.

Elle est attentive à la prise de contact avec un patient que ce soit avant d'entrer dans la chambre pour se concentrer sur soi, comme condition d'une prise de contact réussie, et pour entrer dans la chambre, aspect non transposé dans la formation. Les précautions prises ont été d'autant plus importantes qu'il s'agit d'un patient « douloureux » et en fin de vie : entrer dans la chambre en frappant à la porte doucement pour ne pas le faire sursauter, entrer même s'il ne répond pas mais en marchant normalement pour faire un peu de bruit afin qu'il se réveille seul éventuellement.

L'extrait suivant rend compte du travail de centration sur soi nécessaire avant d'entrer en contact avec le patient :

P (professionnelle) : *Euh oui, vous vous sentez...⁵ Euh... prête à rentrer en communication avec cette personne [...] Oui... La respiration, vous vous centrez sur vos sensations corporelles et vos ressentis... Pour vous centrer, vous posez [...] Voilà. Pour vous préparer à être à l'écoute de cette personne, vous faites un « focus » en fait un petit peu sur vous-même, pour vous poser.*

Il faut donc se poser, être attentif à ses propres sensations pour entrer en contact avec l'autre. De la même façon, on peut identifier que le contact recouvre aussi la façon dont on touche le patient pour la première fois. Le toucher doit se faire avec toute la surface de la main, pour augmenter la « surface de contact ». La pression exercée doit être contrôlée, « l'entrée en contact » doit être progressive :

P : *Oui en fait c'est ça, c'est une entrée en contact progressive... C'est-à-dire euh, vous allez peu à peu poser votre main et peu à peu détendre votre bras.*

La notion de contact recouvre de multiples facettes. Elle est mobilisée pour comprendre ou faire comprendre la situation et décrire différentes phases l'opération. Elle repose également sur un rapport à soi particulier : il faut se centrer sur ses propres sensations pour se mettre à l'écoute de l'autre. Par ailleurs le contact nécessite de prendre en compte la surface de contact et la pression exercée.

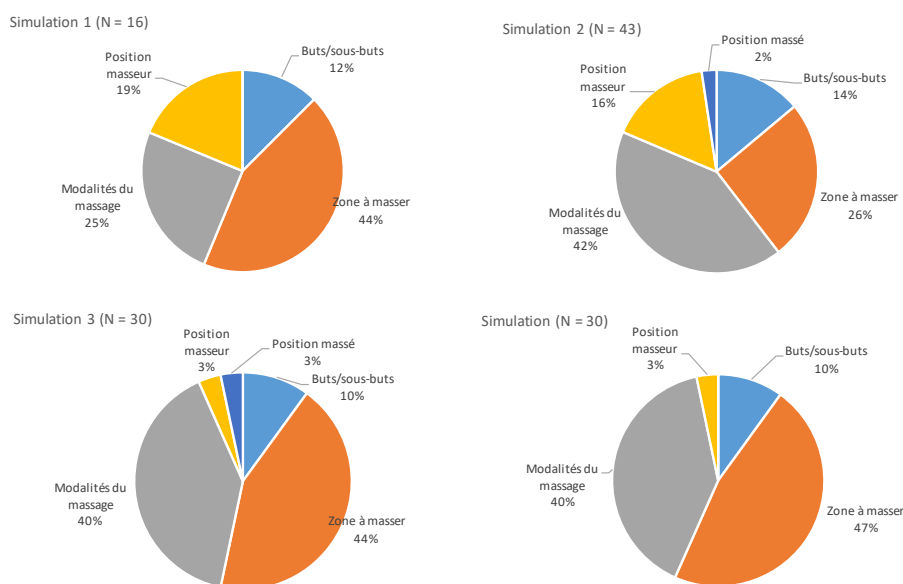
⁵ Les points de suspension indiquent un silence.

3.2. LE GUIDAGE DE LA FORMATRICE AU COURS DES JEUX DE ROLES

La notion de contact si présente dans l'instruction au sosie intervient-elle dans la façon dont la professionnelle-formatrice guide les jeux de rôles ? Pour répondre à cette question nous avons analysé ses interventions dans cette phase de la formation⁶.

Son guidage ne s'adresse pas à un binôme particulier, il est fait à la cantonade. Elle procède par réduction des degrés de liberté en indiquant ce que l'on peut ou doit faire (plus de 90 % des cas) et plus rarement en rappelant ce qui a été vu en formation. Elle guide principalement les zones du corps du patient à masser (figure 4), indiquant leur ordre de massage, et les modalités (masser en faisant pression, etc.). Le contenu des interventions ne porte que peu sur des dimensions du geste de toucher-relationnel identifiées lors de l'instruction au sosie (2 occurrences de la notion de contact ; la pression et la surface de contact sont appréhendés indirectement avec des expressions comme « patte de velours »). Le relâchement est exprimé comme l'objectif à atteindre.

Figure 4. Dimensions de l'activité guidées par la formatrice au cours des jeux de rôles



3.3. LA PLUS GRANDE PART DES DIMENSIONS DU GESTE DE TOUCHER-RELATIONNEL EST MISE AU JOUR DANS LES ALLOCONFRONTATIONS

De nombreuses dimensions du geste de toucher-relationnel apparaissent dans les interactions qui ont lieu au cours des alloconfrontations. Pour en rendre compte nous les présentons à partir des composantes du schème (Vergnaud, *op. cit.*) qui sont verbalisées : but et sous-buts, invariants opératoires, indicateurs construits par les acteurs pour prendre des informations ou contrôler leurs actions.

Le but est d'obtenir un état de relâchement du patient. Cet objectif, déjà présent dans le guidage, apparaît dans tous les debriefings. L'atteindre nécessite de masser les zones du corps dans un certain ordre : membres supérieurs, dos, nuque, tête, visage. Régulièrement et tout au long du soin, des manœuvres globales ou dites « de reliaage » sont effectuées sur l'ensemble du corps afin d'apporter une sensation corporelle d'ensemble. Cette organisation procédurale est guidée par la formatrice comme nous l'avons noté précédemment. Toutefois les alloconfrontations mettent en lumière l'importance des phases de transition entre ces différents sous-buts, il faut maintenir la continuité du contact :

Massense (Me) : Bab c'est pour garder le contact, pour ne pas qu'elle se sente « lâchée », vu qu'elle commence à se détendre... Pour faire le lien en fait, qu'il y ait une continuité, parce que le bout des doigts et la tête c'est éloigné, donc c'est pour pas la surprendre si d'un coup alors qu'on est au bout des doigts, il y a un contact sur le sommet de la tête (extrait alloconf., simulation 2).

⁶ Les séquences de jeux de rôles sont d'une durée assez similaire au cours des quatre formations, le nombre d'interventions de la formatrice varie assez peu (entre 11 et 19 interventions).

La notion de contact intervient comme un concept pragmatique qui guide toutes les phases du massage : l'entrée en contact, le maintien du contact tout au long de l'opération, jusqu'à la « rupture du contact », pour reprendre l'expression d'un masseur.

La qualité du contact dépend de la pression exercée par le masseur. Elle doit évoluer en fonction des zones massées : on ne fait pas pression de la même façon quand on masse le dos, une omoplate, le visage : « Donc épaule, pressions douces, pâte à modeler, main, doigts » ; pour le dos : « Vous vous souvenez, les pattes d'ours ! » (exemples de guidage de la formatrice). La façon de masser et d'obtenir le relâchement puise également dans l'expérience des sensations éprouvées par chacun, qui peuvent être partagées et dans des connaissances physiologiques.

Me : J'essaie de trouver quelque chose. Souvent quand on veut un massage c'est cet endroit qui demande un massage.

Massée (Ms) : Oui c'est les ressentis de tout le monde. Ça m'a paru logique moi aussi (extrait alloconf., simulation 1)

Le placement du masseur par rapport au massé et la façon dont il répartit le poids de son corps sont des conditions essentielles pour exercer la pression souhaitée :

Me : A ce moment-là, oui. Ça ne se voit pas à l'image, mais je mettais mon poids sur son dos. Comme ça je me préserve : je ne force pas sur mon dos. C'est plus agréable et plus progressif à ce moment-là, parce qu'il n'y a pas de force au mauvais sens du terme, ce n'est pas juste la force des bras.

Commentaire du collectif (CC) : Oui c'est dingue cette pression avec tout le poids, c'est vrai que le masseur se préserve, mais en plus, le ressenti est bien meilleur, c'est beaucoup plus contenant, doux et progressif à la fois et en même temps, il y a une bonne pression ! (extrait alloconf., simulation 3).

Différents indicateurs sont prélevés sur les massés pour contrôler l'action : les expressions du visage, des sensations de résistance des muscles.

À ce moment-là en fait je crois que j'observe son visage [...] Elle ferme les yeux donc j'en déduis que oui [...] si je remue doucement son bras, il va se relâcher je crois, enfin là elle a son bras comme une poupée de chiffon, donc elle est relâchée [...] Eh bien il est très souple, il n'est pas raide, on ne sent aucune résistance. Ça ne se voit pas, mais moi je le ressens quand je la touche, quand je manipule son bras (extrait alloconf., simulation 4).

Enfin, le massage demande un engagement subjectif dans l'action :

Me : [...] Et puis je suis attentive, parce que je veux prendre soin d'elle, et pour bien prendre soin, il faut être attentif sinon, ça ne marche pas ! [...] On ne peut pas faire semblant ! Il faut vraiment être attentif à la personne (extrait alloconf., simulation 3).

Me : Il faut être dans de bonnes dispositions pour faire un massage, sinon, euh, bah, je crois que c'est moi agréable... On ne peut pas se forcer à faire ça je crois de toutes manières (extrait alloconf., simulation 4).

Pour résumer, les dimensions du schème de toucher-relationnel que nous avons identifiées sont les suivantes : il a pour but le relâchement. Il est organisé autour des notions de contact et de pression. Le contact évolue avec les différentes phases du massage : entrée en contact, massage, rupture du contact, et maintien du contact dans les phases de transition entre les zones du corps qui sont massées. La façon dont la pression est exercée au cours du massage dépend des zones du corps massées. Elle nécessite l'engagement du corps du masseur et notamment l'équilibre du corps en recherchant le bien-être du massé mais aussi du masseur. Différents types de connaissances sont mobilisées pour obtenir le relâchement : des connaissances expérientielles partagées sur les sensations éprouvées et des connaissances de la physiologie. Enfin, les masseurs utilisent différents indicateurs pour contrôler leurs actions : des expressions du visage, des sensations de résistance des muscles. Ce schème nécessite un fort engagement subjectif.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans cet article nous avons présenté des méthodes complémentaires pour explorer les dimensions du geste de toucher-relationnel auquel une professionnelle du soin forme ses pairs ; leur caractère implicite, voire incorporé constituant un obstacle à l'objectivation de ce geste, à sa prise de conscience par la professionnelle et ainsi à l'amélioration des formations qu'elle dispense. Les méthodes choisies répondent aux contraintes de la recherche-intervention. En effet le dispositif mis en place doit répondre aux contraintes temporelles de la professionnelle qui ne sont pas celles de la recherche. Ainsi, nous n'avons pas opté pour la réalisation d'une analyse de l'activité préalable à formation (Montmollin, 1974) ; méthode classique qui aurait nécessité la mise en œuvre d'une procédure assez lourde et demandant beaucoup de temps pour obtenir l'accord de l'institution (CHU). Nous avons

choisi l'instruction au sosie, méthode indirecte d'analyse qui mobilise l'activité constructive en dehors du feu de l'action : l'acteur analyse sa propre activité, ce qui a pour conséquence la prise de conscience et le développement de ses compétences.

L'instruction au sosie menée avec la formatrice a mis en lumière l'importance du contact avec le patient point central du toucher-relationnel. Nous n'en retrouvons que peu de traces dans la façon dont elle guide ensuite les formés au cours d'une simulation par jeux de rôle. Son guidage reste procédural. La notion de contact redevient centrale et l'importance de la pression est mise en lumière dans les interactions qui ont lieu au cours du débriefing de la simulation qui est mené comme un entretien d'alloconfrontation entre la formatrice, le masseur, le massé et les autres formés.

Ces discordances interrogent sur ce que révèle les méthodologies utilisées des relations entre activité de travail et activité de formation. En effet dans l'instruction au sosie, la compréhension de sa propre activité de massage pour mieux former est présente chez la formatrice mais pas la façon dont elle s'y prend pour former. Faire soi-même n'est pas former à faire et nos résultats en gardent la trace. Par ailleurs, l'instruction au sosie ne porte pas sur toutes les phases du massage. Dans cette méthode, la médiation du sosie est déterminante. Ses propres objectifs de compréhension déterminent ce qui peut être travaillé et l'absence de pairs ne permet pas ici de questionner après-coup ces choix. Utiliser l'alloconfrontation comme méthode de débriefing favorise davantage l'expression des acteurs sur les opérations filmées : le commentaire de l'interviewer part de la description de l'action et laisse l'initiative aux acteurs (Theureau, 2010). À partir de la vidéo, la formatrice décrit l'action en cours de façon précise et assez neutre pour permettre à l'acteur de commenter de façon fine des aspects de son activité : buts poursuivis, façons de faire, détails sensoriels et émotionnels. Cette méthode, dite compréhensive, a pour objectif de comprendre l'activité des acteurs dans la situation de simulation et de favoriser dans le débriefing les dimensions constructives de leur activité. Ici cela permet notamment de retrouver le questionnement sur le contact, d'identifier l'importance de la pression et de l'engagement dans l'action.

C'est en entrant dans le détail qu'il est possible d'accéder à l'activité et à son sens pour les acteurs. La présence des pairs est utile pour débattre du métier et des façons de le faire mais elle n'est pas suffisante. La médiation de la vidéo et l'usage qu'en fait l'interviewer pour guider l'analyse restent nécessaires. C'est à ce prix que l'on peut revenir sur ce qui est devenu implicite dans une communauté professionnelle, n'a plus besoin de se dire, sur ce qui ne se voit pas, sur les valeurs communes. Ces analyses rendent possible l'accès à une meilleure compréhension de ce qu'est le geste de toucher-relationnel.

Mobiliser ce type de méthodes pour faire des débriefings se différencie de ce qui est recommandé dans les simulation destinées à la formation en santé. En effet, d'après le rapport de Granry et Moll (2012), qui fait référence en la matière, cette phase de la simulation « doit permettre d'identifier les forces et les faiblesses de chaque participant » (p. 62). Cette seule identification n'est qu'un premier pas du processus de prise de conscience (Piaget, 1974), là où l'analyse de sa propre activité ou de celle d'un tiers en auto- ou en allo-confrontation favorisent l'approfondissement de l'analyse (Mollo et Nascimento, 2013). Cela conduit aussi à décaler les questions de recherche : il n'est alors pas tant question de l'intérêt de la vidéo pour l'apprentissage par exemple (Chronister et Brown, 2012 ; Reed, Andrews et Ravert, 2013), que de l'usage qui en est fait pour l'analyse. La compréhension de l'activité nécessite en effet des traces objectives, des faits (Teiger et Laville, 1991), et la médiation du formateur (Samurçay et Rogalski, 1998).

Pour explorer le geste de toucher relationnel nous avons retenu différentes caractéristiques du schème (Vergnaud, 2011) : le but (le relâchement du patient), les sous-buts (les différentes zones du corps, les différentes phases du massage, les transitions), les invariants opératoires sur lesquels le massage repose (des concepts pragmatiques : le contact, la pression, le poids du corps ; des propriétés tenues pour vraies sur le réel issues d'expériences partagées ou de connaissances de la physiologie humaine), et enfin des indicateurs permettant de contrôler l'action.

Il est important de noter que nous ne mettons pas ainsi en évidence les schèmes de toucher-relationnel des formés. Il aurait alors fallu faire des entretiens plus poussés avec chacun d'eux, identifier comment leurs schèmes antérieurs sont mobilisés, transformés au cours de la formation, ce qui était impossible dans la recherche-intervention menée en répondant à des contraintes précises. Nous avons plutôt cherché à mettre en évidence des dimensions sociales du schème. Constitutives du genre inclus dans les gestes professionnels (Tomás *et al.*, 2009), elles sont un répertoire dans lequel chacun peut puiser pour construire ses propres façons de faire ; elles sont une ressource pour les futures formations que la professionnelle-formatrice mettra en place.

BIBLIOGRAPHIE

Amalberti, R. et Hoc, J.-M. (1998). Analyse des activités cognitives en situation dynamique : pour quels buts ? Comment ? *Le travail humain*, 61, 209-234.

Anderson, P. (2007). Massage therapy : a comfort intervention for cardiac surgery patients. *Clinical nurse specialist*, 21(3), 161-5.

Boccaro, V., Vidal-Gomel, C., Rogalski, J. et Delhomme, P. (2015). A longitudinal study of driving instructor guidance from an activity-oriented perspective. *Applied Ergonomics*, 46 (part A), 21-29. DOI : 10.1016/j.apergo.2014.06.001.

Body, G., Vidal-Gomel, C. et Vinatier, I. (2017). *Le geste professionnel, sa capitalisation et sa transmission*. Rapport intermédiaire : revue de questions. Contrat IFCE-Capacités-Université de Nantes. Nantes : mars 2017.

- Bournel Bosson, M. (2006). Analyse de l'activité et mouvements dialogiques dans le cadre de l'instruction au sosie. *Pratiques psychologiques*, 12, 31-43.
- Bril, B. (2012). Apprendre des gestes techniques. Dans E. Bourgeois et M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 141-151). Paris : Presses Universitaires de France.
- Bruner, J. (2002). *Le développement. Savoir faire. Savoir dire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Chassaing, K. (2010). Les « gestuelles » à l'épreuve de l'organisation du travail : du contexte de l'industrie automobile à celui du génie civil. *Le travail humain*, 73 (2), 163-192.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. Dans J.-M. Baudouin et al. (dir.), *Théories de l'action et éducation* (p. 255-277). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. DOI : 10.3917/dbu.baudo.2001.01.0255.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2012). Le travail soigné, ressort pour une nouvelle entreprise. *La nouvelle revue du travail*, 1. Récupéré de <http://journals.openedition.org/nrt/108>. DOI : 10.4000/nrt.108.
- Clot, Y. et Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68 (4), 289-316. DOI : 10.3917/th.
- Chronister, C. et Brown, D. (2012). Comparison of Simulation Debriefing Methods . *Clinical Simulation in Nursing*, 8, e281-e288.
- Cuny, X. (1979). Different levels of analysing process control tasks. *Ergonomics*, 22, 415-425. DOI : 10.1016/j.ecns.2010.12.005.
- Coutarel, F. et Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (p. 175-190). Paris : Presses Universitaires de France.
- Daniellou, F. (1998). Une contribution nécessaire au recensement des « Repères pour affronter les TMS ». Dans F. Bourgeois (dir.), *TMS et évolution des conditions de travail. Les actes du séminaire Paris 98* (p. 35-46). Lyon : Éditions ANACT. Récupéré en janvier 2017 de <https://www.anact.fr/tms-et-evolution-des-conditions-de-travail-seminaire-paris-1998>
- Davezies, P. (2012). Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Pistes*, 14(2). Récupéré de <http://pistes.revues.org/2566>.
- Delgoulet, C. (2015). *L'expérience à l'épreuve des apprentissages professionnels : conflit ou harmonie ? Construire la pertinence interne et externe des dispositifs d'apprentissage pour le développement des femmes et des hommes au travail*. Document de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches. Bordeaux : Université Bordeaux 2. DOI 10.13140/RG.2.1.4214.0880.
- Ferrel-Torry, J. (1993). L'utilisation du toucher-massage thérapeutique comme une intervention en soins infirmiers pour modifier l'anxiété et la perception de la douleur cancéreuse. *Cancer nursing*, 16, p.93-101.
- Gaudez, C. et Aptel, M. (2008). Les mécanismes neurophysiologiques du mouvement, base pour la compréhension du geste. *Le travail humain*, 71 (4), 385-404. DOI 10.3917/th.714.0385.
- Gentaz, E. (2000). Caractéristiques générales de l'organisation anatomofonctionnelle de la perception cutanée et haptique. Dans Y. Hatwell, A. Streri et E. Gentaz (dir.), *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle* (p. 19-34). Paris : Presses Universitaires de France.
- Granry, J.-C. et Moll, M.-C. (2012). *État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins*. Rapport de mission. Haute autorité en santé. Repéré à : www.has-sante.fr (septembre 2018).
- Harris M. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal clinical nursing*, 19, 17-26.
- Lémonie, Y. et Chassaing, K. (2013). De l'adaptation du mouvement au développement du geste. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (p. 61-74). Paris : Presses Universitaires de France.
- Leplat, J. (1995). À propos des compétences incorporées. *Éducation permanente*, 123, 101-113.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Leplat, J. (2013). Les gestes dans l'activité en situation de travail. Aperçu de quelques problèmes d'analyse. *Pistes*, 15(1). Récupéré de <http://journals.openedition.org/pistes/2951>.
- Mollo, V. et Falzon, P. (2004). Auto-and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35(6), 531-540.

- Mollo, V. et Nascimento, A (2013). Pratiques réflexives et développement des individus, des collectifs et des organisations. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (p. 207-221). Paris : Presses Universitaires de France.
- Montmollin (de), M. (1974). *L'analyse du travail : Préalable à la formation*. Paris : Armand Colin.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pasturel, A. (2007). Toucher-massage : mieux soigner et soulager l'enfant. *Cahiers de la puéricultrice*, 205, p.29-31.
- Petit, L. et Oudart, C. (2017). Apprendre et faire apprendre un geste professionnel. *Recherches en éducation*, 28, 13-28. Récupéré de <http://www.recherches-en-education.net/IMG/pdf/REE-no28.pdf>.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Poletti, R. (1984). *L'enrichissement des interventions en soins infirmiers*. Paris : Le Centurion.
- Prot, B. (dir.) (2014). *Les référentiels contre l'activité, en formation, gestion, certification*. Toulouse : Octarès.
- Rabardel, P. (1995) *Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains*. Paris : Armand Colin.
- Rabardel, P. et Samurçay, R. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences : propositions. Dans R. Samurçay et P. Pastré (dir.), *Recherches en didactique professionnelle* (p. 163-180). Toulouse : Octarès
- Récopé, M., Fache, H. et Fiard, J. (2011). Sensibilité, conceptualisation et totalité [activitéexpérience- corps-monde], *Travail et Apprentissages*, 7, 11-32.
- Récopé, M., Boyer, S., Rix-Lièvre, G. et Coutarel, F. (2013). Une modélisation de l'activité est-elle nécessaire ? Est-elle envisageable ? *Ergologia*, 9, 45-74.
- Reed, S. J., Andrews, C. M. et Ravert, P. (2013). Debriefing simulations : Comparison of debriefing with video and debriefing alone. *Clinical simulation in nursing*, 9(12), e585-e591. Récupéré en septembre 2018 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.05.007>
- Samurçay, R. et Roglaki, J. (1998). Exploitation didactique des situations de simulation. *Le travail humain*, 61(4), 333-359.
- Simon, A. (2012). Se réappropriier son corps grâce au toucher-massage. *La revue de l'infirmière*, 61(181), 40-41.
- Simon, A. (2016), *TANDHEMS : le toucher-massage contre l'anxiété, développement en hématologie stérile, ou l'impact de la pratique du toucher-massage sur l'anxiété des patients atteints de pathologies hématologiques graves, hospitalisés en secteur protégé. Etude randomisée, contrôlée*. Communication présentée aux Journées Francophones de Recherche en Soins. CHU d'Angers : Angers, 1-2 décembre 2016.
- Teiger, C. et Laville, A. (1991). L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. *Travail et emploi*, 47, 53-62.
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 287-322. DOI : 10.3917/rac.010.0287.
- Tomás, J.-L., Simonet, P., Clot, Y. et Fernandez, G. (2009). Le corps : L'œuvre du collectif de travail. *Corps*, 1(6), 23-30.
- Vergnaud, G. (2011). La pensée est un geste. Comment analyser la forme opératoire de la connaissance. *Enfance*, 1, 37-48. DOI :10.4074/S0013754511001042.
- Vidal-Gomel, C., Rogalski, J. (2007). La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *@ctivités*, 4(1), 49-84. Récupéré de <http://activites.revues.org/1401>. DOI : 10.4000/activites.1401.