

Didactique Professionnelle – Quatrième Colloque International

**ENTRE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES ET AUTONOMIE DU SUJET :  
QUELLES ANALYSES DE L'ACTIVITE EN SITUATION DE TRAVAIL EN  
DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE ?**

Organisé par l' Association RPDP en partenariat avec le laboratoire CIREL (EA 4354)  
Les 6, 7 et 8 juin 2017 - Université de Lille - Sciences et Technologies, France

**La formation au toucher-relationnel par la simulation :  
Un outil didactique pour élargir les perspectives soignantes**

Armelle SIMON

Inf. Msc., CHU de Nantes, Place Alexis Ricordeau 44093 Nantes cedex 1, France

[armelle.simon@chu-nantes.fr](mailto:armelle.simon@chu-nantes.fr)

Géraldine BODY

Université de Nantes

CREN

[geraldine.body@univ-nantes.fr](mailto:geraldine.body@univ-nantes.fr)

Christine VIDAL-GOMEL

Université de Nantes

CREN

[christine.vidal-gomel@univ-nantes.fr](mailto:christine.vidal-gomel@univ-nantes.fr)

**Thème 3** : Analyse de l'activité en situation de travail pour la formation et l'apprentissage :  
entre contraintes institutionnelles et potentiels pour les apprentissages professionnels ?

**Compte-rendu de recherche**

**Résumé**

*La formation au toucher-relationnel se diffuse actuellement dans le monde soignant. Elle correspond aux soins quotidiens dispensés par les professionnels de santé qui impliquent systématiquement le toucher et a de nombreux bénéfices pour les patients. Toutefois cerner précisément ce qu'il faut faire apprendre et transmettre s'avère complexe, le toucher-relationnel relevant de compétences incorporées. De ce fait, nous avons cherché à analyser l'activité de toucher-relationnel dans le but d'enrichir les apports pour la formation existante et améliorer le transfert des apprentissages en situation de travail. La formation par la simulation que nous avons élaborée et les entretiens de confrontation collective qu'elle comporte offrent une occasion de mieux cerner le geste de toucher-relationnel. Elle suscite également le débat à propos du toucher, permet la résolution des problèmes du quotidien, et de discuter du métier. La simulation favorise les échanges sur le sens du travail, qui au-delà de développer les compétences des professionnels, pourrait contribuer à la préservation de leur santé au travail.*

**Mots-Clés** : Simulation, confrontation collective, toucher-relationnel, santé

## 1. Introduction

En milieu hospitalier, les sensations corporelles perçues par le malade sont parfois uniquement liées à la maladie (Simon, 2012) et les soins impliquent un contact entre soignant et soigné (Poletti, 1984). Dans la littérature internationale, là où la pratique du « massage » bénéficie d'un contexte législatif différent de celui de la France<sup>1</sup>, des données scientifiques montrent l'intérêt de la pratique du toucher et/ou de la « massothérapie ». Des études montrent leurs bénéfices pour les patients dans de nombreux contextes de soins tels que la douleur (Ferrel-Torry, 1993) ou l'anxiété (Oh, 2004 ; Simon, 2016a), et dans de nombreuses spécialités médicales comme la gériatrie (Harris, 2010), la pédiatrie (Pasturel, 2007) ou la cardiologie (Anderson, 2007).

Les soignants français sont néanmoins formés au toucher-relationnel, lequel relève du *care* (Watson, 2001), mais il est difficile d'objectiver les apprentissages sur cette thématique qui s'appuie avant tout sur du ressenti. En effet, il existe un écart entre ce que nous faisons et ce que nous pouvons en dire (Davezies, 2012), notamment quand il s'agit d'activité incorporée comme le toucher. Par ailleurs, apprendre en formation ne suffit pas à ce que les compétences acquises puissent être effectivement mises en œuvre en situations de travail : il existe des obstacles individuels, collectifs et organisationnels (Delgoulet & Vidal-Gomel, 2014). Comment objectiver les apprentissages relatifs au toucher chez les professionnels ? Quels sont les obstacles à la mise en œuvre des soins de toucher-relationnel en situation de travail ? Comment les compenser ? Pour répondre à ces questions, nous avons mis en œuvre un dispositif de formation au toucher-relationnel par la simulation. Avant de le présenter, nous détaillerons notre cadre théorique.

## 2. Cadre théorique

Lorsque le travail est caractérisé par un engagement observable du corps dans l'action, la notion de geste professionnel est souvent utilisée pour rendre compte des compétences requises : « *il manifeste la part que le corps prend à l'activité* » (Leplat, 2013, p. 10). Le geste comporte à la fois des dimensions biomécaniques, économiques, organisationnelles, psychologiques, et cognitives (Bourgeois & Hubault, 2006), que nous présenterons brièvement.

Nous nous intéressons ici au geste conscient, au mouvement volontaire, celui du toucher-relationnel. Celui-ci mobilise des sensations haptiques, qui intègrent simultanément des informations cutanées et des informations proprioceptives et motrices liées aux mouvements d'exploration cutanée (Gentaz, 2000). Le toucher-relationnel mobilise également l'ensemble de la chaîne corporelle : en effet 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, nécessaire à la réalisation de la collecte, mobilise les muscles posturaux et les appuis (Gaudez & Aptel, 2008).

Pour rendre compte des dimensions économiques, psychologiques et organisationnelles du geste, revenons au modèle de double régulation de l'activité de 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

---

<sup>1</sup> Le contexte français est spécifique puisque la pratique du « massage » est exclusivement réservée à la profession de masseur-kinésithérapeute depuis 1946 (Remondière, 1994). En France, nous ne retrouvons que très peu de données relatives à l'impact de cette pratique.

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 il a un effet sur le sujet : 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 sur le maintien de la santé au travail. Chassaing (*ibid.*) comme Thomàs (2008) rendent compte des dimensions collectives du geste professionnel : il intègre des principes qui peuvent être élaborés collectivement (Chassaing, *ibid.*) ; il est traversé par le genre<sup>2</sup> (Thomàs, *ibid.*). Apprendre un geste professionnel revient à s'appropriier le genre et ainsi faire avec l'histoire du métier, tout en construisant ses propres façons de faire : un geste professionnel est aussi toujours individuel. Ces dimensions collectives sont appréhendées par Récopé, Fache et Fiard à partir de la notion de norme (2011). Ceci les amène à interroger la relation entre norme et schème : la norme repose sur « *l'existence de valeurs sociales* » (*ibid.*, p. 28) et ne peut être comprise sans prendre en compte le groupe social de référence. Le schème « *est une instance d'organisation individuée de l'expérience* » (*ibid.*), 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*<sup>3</sup>. 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 » (*ibid.*, p. 26).

Avant d'en venir plus précisément à la notion de schème, un autre aspect des travaux de Récopé et coll. (*ibid.*) à propos des joueurs de volley nous semble pertinent pour rendre compte du geste de toucher-relationnel : les données recueillies sur l'activité des volleyeurs en situation les ont conduits à identifier ce qu'ils ont nommé « la présence active » des volleyeurs. Certains adoptent une attitude de repos (debout, statiques, bras ballants), d'autres ont une « attitude de garde » (ils sont « à l'affût », genoux semi-fléchis). Ils sont prêts à intervenir même quand le ballon n'est pas dirigé vers leur position. Ces différences dans la présence active ne sont pas sensibles aux contextes de jeu ou à l'expérience, et sont un indicateur de la progression des joueurs : les seconds sont plus efficaces dans le jeu et progressent vite, contrairement aux premiers. Ces résultats mettent ainsi l'accent sur des différences de « *présence au monde* » au sein même de l'acte réalisé.

Pour rendre compte des gestes professionnels nous avons retenu la notion de schème (Vergnaud, 2011 ; Récopé, et coll., 2011, 2013) en considérant que la notion de geste est trop floue et masque le non observable de l'activité (Leplat, 2013) : le geste n'est pas réductible à

---

<sup>2</sup> « Le genre est un antécédent ou un présupposé social de l'activité en cours, une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation : manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet. Ces manières de prendre les choses et les gens dans un milieu de travail donné forment un répertoire des actes convenus ou déplacés que l'histoire de ce milieu a retenus. Cette histoire fixe les attendus du genre qui permettent de supporter – à tous les sens du terme – les inattendus du réel. Mobiliser le genre du métier, c'est aussi se mettre au "diapason professionnel". C'est pouvoir s'y tenir, à tous les sens du terme » (Clot & Faïta, 2000, p. 11-12).

<sup>3</sup> L'incorporation d'une norme témoigne, d'une manière ou d'une autre, d'une conceptualisation de sa valeur pratique » précisent Récopé et coll. (2013, p. 54).

l'action, aux mouvements, à l'observable. La notion de schème permet de rendre compte du caractère multidimensionnel de l'activité : « *la pensée est un geste* » écrit Vergnaud (2011) pour mettre l'accent sur les dimensions opératoires du geste et montrer que la notion de schème permet d'en rendre compte ; le schème comprend des dimensions cognitives mais aussi biologiques motivationnelles, affectives et collectives (Récopé, Boyer, Rix-Lièvre & Coutarel, 2013). Nous retenons qu'il est influencé par les caractéristiques des situations, notamment organisationnelles, dans lesquelles il a été élaboré comme les travaux de Chassaing (*op. cit.*), le suggèrent.

À la suite de Vergnaud (2011), un schème est défini comme « *une organisation invariante de l'activité pour une classe de situation donnée* » et se compose (p. 43) :

- *d'un but, des sous-buts et anticipations ;*
- *des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ;*
- *des invariants opératoires : concepts-en-acte et théorèmes-en-acte ;*
- *des possibilités d'inférence en situation* ».

### 3. Méthodologie

Les résultats d'un questionnaire mené lors du 7<sup>e</sup> congrès européen du toucher-massage montrent l'intérêt du toucher relationnel pour les patients, mais aussi pour les soignants, notamment concernant le sens donné à leur travail, grâce à cette pratique. Les résultats révèlent que le manque de temps est un obstacle majeur à la réalisation du toucher relationnel au cours du travail (Simon, 2016 b). Nous avons alors élaboré une formation par simulation qui cherche à intégrer cette technique dans les soins quotidiens dispensés aux patients, destinée aux soignants qui travaillent en institution, prenant en compte leurs contraintes temporelles.

#### 3.1. Déroulement de la formation, mise en œuvre de la simulation

La formation d'initiation au toucher relationnel se déroule sur 2 journées, espacées d'une intersession d'un mois.

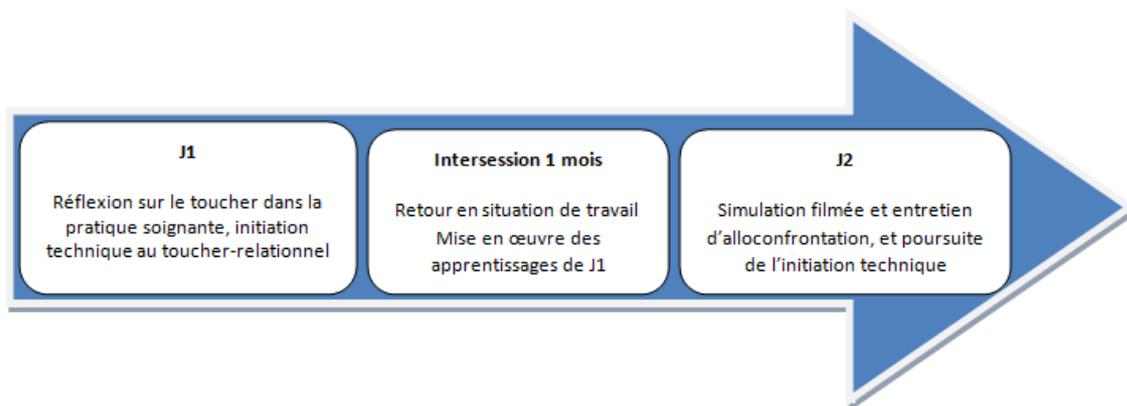


Figure 1 : Déroulement de l'initiation au toucher relationnel

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, dans les gestes de soin du quotidien tels que les aides à la mobilisation, les soins de nursing, ou les soins plus techniques. 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 à cette méthode (anxiété, douleur etc.).

La seconde journée de formation se déroule à distance de la première (un mois) afin que les participants puissent éprouver la mise en œuvre des apprentissages relatifs au toucher-relationnel sur leur lieu d'exercice professionnel, quel qu'il soit (médecine, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie etc.). Le début de la session de formation est consacré aux problèmes qu'ils ont pu rencontrer en situation de travail pour mettre en œuvre le toucher-relationnel.

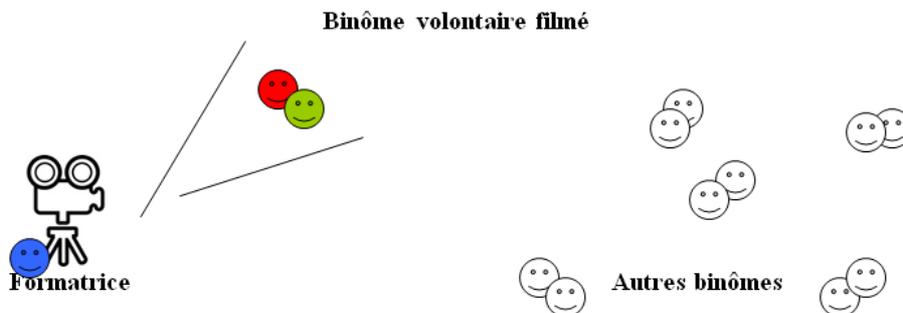
La séquence de formation au toucher-relationnel par la simulation se déroule lors de cette seconde journée.

### 3.2. Recueil des données

Lors de cette simulation filmée, l'ensemble des formés est invité à remettre en œuvre une technique de toucher-relationnel court, d'environ 5 à 7 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 ». Le soin concernera le dos, les bras et la tête. Les formés sont en binôme : l'un joue le rôle du patient touché, l'autre effectue le toucher-relationnel (illustration 1). Le soignant peut ainsi avoir un retour sur le soin qu'il réalise et le bien-être du patient. Le toucher-relationnel est réalisé à travers les vêtements. L'un des binômes de volontaires est filmé.



*Illustration 1: Toucher-relationnel simulé soignant/soigné*



*Figure 2: Film d'un soin de toucher-relationnel simulé*

Le film centré sur le binôme volontaire sert de support à la réalisation d'une alloconfrontation (Mollo & Falzon, 2004). L'alloconfrontation est principalement menée avec les deux acteurs principaux qui ont simulé le soin de toucher relationnel, en présence de l'ensemble du groupe de formés (figure 3). Elle est animée par le formateur qui guide, relance. Tous les participants peuvent à tout moment prendre part à l'alloconfrontation.

Nous avons recueilli les données lors de 6 formations de 2 jours, soit 12 jours.

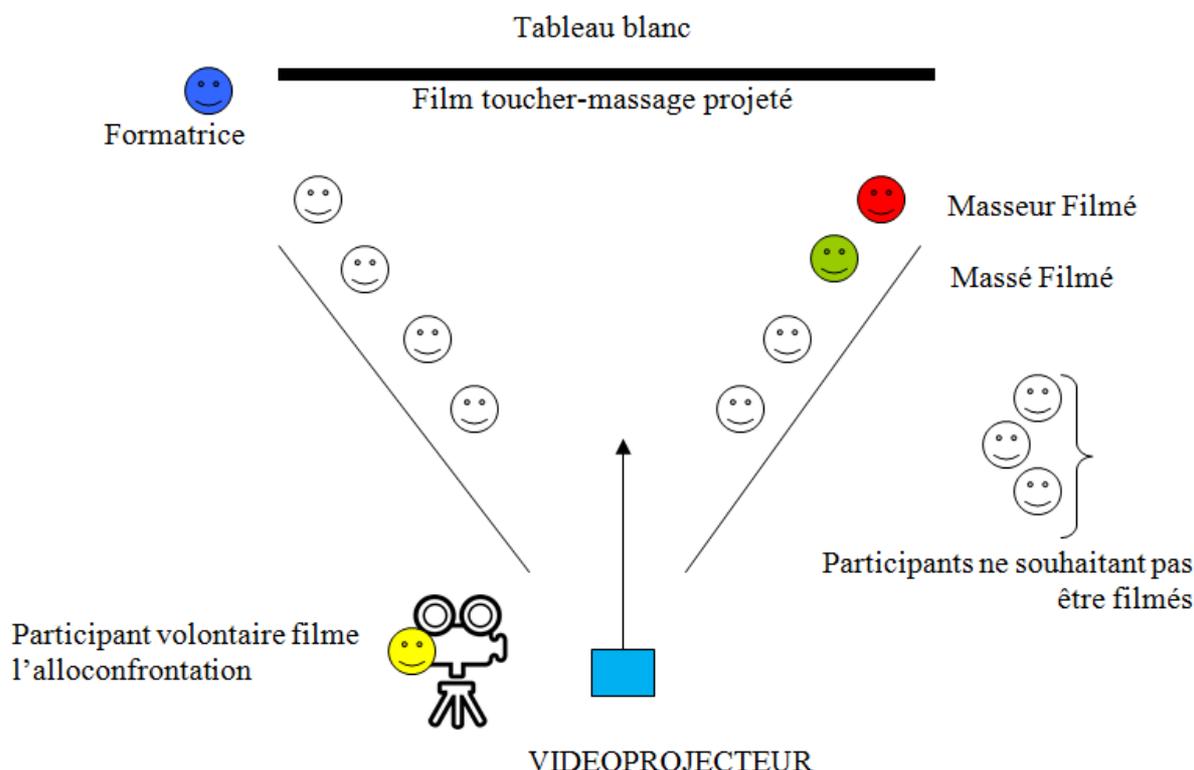


Figure 3: Réalisation de l'entretien d'alloconfrontation

### 3.3. Traitement des données : un exemple d'analyse, le sous-but « Entrer en contact »

Les données ont été retranscrites et analysées, selon les catégories d'analyse du schème (Vergnaud, *op. cit.*). Afin de tenter d'en déterminer les sous-buts, nous nous sommes en premier lieu intéressés au repérage d'invariants quant au déroulement de l'action simulée de toucher relationnel, afin de comprendre si certains étaient systématiquement présents. Après analyse des images vidéos de notre simulation, nous avons repéré que certaines actions étaient systématiquement réalisées par les sujets qui dispensaient le toucher massage. Nous avons pu identifier 4 « temps » invariants d'un déroulement chronologique, lors de chaque simulation et chez tous les sujets. Il s'agit d' « **entrer en contact** », de « **masser** », de « **mettre fin au contact** » et enfin de « **communiquer** ».

Nous proposons de montrer comment nous avons pu déterminer les *sous-buts* de l'activité de toucher relationnel, en illustrant notre propos par un exemple : celui d'*entrer en contact*. Même s'il paraît évident que pour effectuer un soin de toucher relationnel, le soignant doit *entrer en contact* avec l'autre, nous constatons que de nombreux éléments constituent ce moment :

- *Le rythme d'entrée en contact*

Lors de chaque vidéo, le moment même où le soignant approche ses mains des épaules avant de toucher l'autre, nous constatons que le geste semble comme « au ralenti ».

Dans les entretiens de confrontation collective, les soignants disent « *Je commence tout doucement* », « *Je commence à toucher, en fait c'est l'entrée en contact, mais délicatement, hein... Pour arriver progressivement* », « *Je la touche tout doucement au départ* ».

Le rythme ralenti semble constituer une règle pour entrer en contact lors du toucher-massage.

- *La température*

La température des mains du soignant semble constituer un critère d'importance. À la lecture des vidéos, si une seule « soignante » se chauffe les mains, nous en voyons une autre qui joint ses mains. « *J'ai réchauffé mes mains (...) et puis j'ai posé mes mains* ». La « soignée » commente « *Bah moi, ça allait !* ». Nous abordons ici la question de la température car ce n'est qu'au moment de l'entrée en contact qu'elle peut être perçue par le « soigné ».

Ici, c'est uniquement le contact qui permet la perception de la température par le « soigné » : le contact intervient ici comme un *concept pragmatique*.

- *La continuité du contact*

Lors du visionnage des vidéos, nous avons constaté qu'après la première entrée en contact, les soignants gardent systématiquement au moins un point de contact, une main sur le corps du « massé ». Lors des entretiens de confrontation, lorsque le formateur interroge le professionnel à ce propos, il répond « *C'est pour ne pas qu'il se sente, euh... lâché !* », et le massé abonde en ce sens « *Oui, c'était plutôt agréable de toujours avoir au moins une main posée, et je crois qu'il y a eu ce point continu tout au long du massage* ».

Lors de la seconde confrontation collective, le soignant dit « *C'est pour garder le contact, pour ne pas qu'elle se sente lâchée, vu qu'elle commence à se détendre... Pour faire un lien en fait, qu'il y ait une continuité* ». Enfin, le soignant de la confrontation 3 explique « *C'est pour ne pas rompre le contact, c'est pas agréable sinon, on commence à se détendre et hop ! La personne s'en va ! Non, non, il faut garder une certaine continuité de contact !* ».

Cette *continuité du contact* est également abordée du point de vue du ressenti d'une des personnes qui a reçu le toucher-relationnel: « *Je ne sais pas si c'est le contact permanent, mais j'ai pu me laisser aller, je me suis sentie prise en main, en sécurité.* ».

L'entrée en contact semble ainsi organisée par la notion de *contact* qui intervient ici comme un *concept pragmatique*.

## Résultats principaux

Les données ont été analysées sous deux angles, d'une part pour caractériser les dimensions du toucher-relationnel, d'autre part pour souligner les débats qui ont eu lieu entre les professionnels.

Après analyse des films et des entretiens, nous avons ainsi pu repérer une organisation du toucher-relationnel : entrée en contact, massage, fin du contact, communication. Cette organisation invariante est sous-tendue par la notion de continuité du contact. Mais elle semble aussi traversée par d'autres aspects qui sont partagés par les soignants observés et interviewés. Nous constatons que 2 éléments essentiels organisent *toujours* l'activité de toucher-relationnel chez le professionnel. Maintenir le contact renvoie à la présence physique du soignant. Cette présence est aussi relative à son engagement dans la relation au soigné. Elle comporte des dimensions mentales, que nous pourrions synthétiser par l'expression de « *présence incarnée* », qui nous paraît constituer la clef de voûte de cette activité de soin relationnel par le toucher.

Être présent se manifeste par un temps d'arrêt, d'attente, de pause. L'importance « d'être présent » pour les participants se manifeste par une présence physique et une attention toute

particulière au « patient ». Par exemple, l'une des soignantes frotte ses mains entre elles. Lors de la confrontation collective, elle explique « *J'ai réchauffé mes mains pour que ce soit plus agréable, pour ne pas avoir les mains froides, moi je n'aime pas donc, euh...* ». Nous avons précédemment noté qu'il s'agit d'entrer en contact, mais cela va plus loin. Ainsi, au-delà de la présence physique, la présence mentale, la disponibilité du soignant est importante, avant même qu'il ne commence le soin. À ce propos, une autre « soignante » explique que si elle est dans un état mental de stress, elle estime que le patient qui reçoit le toucher va le percevoir. Elle poursuit d'ailleurs en disant « *Je crois que je pourrai lui communiquer du stress, mes gestes ne seraient pas les mêmes* ». Enfin, une professionnelle dit en ce sens : « *C'est comme dans tous les soins : en fait si l'on est énervé et qu'on n'a pas envie ou de mauvaise humeur, ou que l'on n'a pas d'affinités avec un patient, il va le sentir tout de suite ! On est humains, hein ! Il faut être dans de bonnes dispositions pour faire un toucher-relationnel, sinon, euh, bah, je crois que c'est moins agréable... On ne peut pas se forcer à faire ça je crois, de toutes manières* ». La présence incarnée constitue donc une façon d'être présent pour le patient, une façon de se mobiliser et de s'engager dans la relation à l'autre. La continuité du contact ne serait que l'un de ses composants. Ainsi le schème de toucher-relationnel est organisé par la présence incarnée.

Un second aspect de nos résultats doit être souligné : les entretiens de confrontation collective ont été des occasions de débats sur le toucher dans les relations complexes avec le soigné et avec l'organisation du travail, débouchant sur le sens même du travail de soignant.

Par exemple, un professionnel témoigne : « *Je n'ai jamais 30 minutes à consacrer à un patient pour lui faire du toucher relationnel, même s'il est en fin de vie !* ». D'autres membres du collectif s'opposent à cette idée en témoignant qu'il est effectivement impossible de prendre 30 minutes, mais questionnent la nécessité de prendre autant de temps. Plusieurs disent en effet avoir prodigué des soins de quelques minutes qui ont apporté beaucoup de bien-être aux patients, suscitant une reconnaissance importante de la part des malades et de leurs proches. D'autres professionnels ajoutent qu'ils n'ont pas prodigué de soin relationnel par le toucher à part entière, mais qu'ils ont « glissé » quelques gestes au décours de soins techniques tels que la toilette ou la réfection d'un pansement. Ils ajoutent que ces gestes ont modifié la teneur du soin et provoqué une reconnaissance systématique de la part des patients. La soignante qui témoignait au départ reconsidère son point de vue : « *Oui, finalement, c'est moi qui mets la barre trop haute !* ».

Ce débat au sein du collectif a ainsi permis que s'élaborent des pistes de réflexion face à des organisations des soins parfois complexes :

- il est possible de prodiguer des soins relationnels par le toucher sans disposer d'un temps très long ;
- la qualité du soin dispensé du point de vue du patient n'est pas systématiquement ni uniquement proportionnelle au temps passé auprès de lui.

Par ailleurs, hors caméra, les débats se sont poursuivis et nous avons pu recueillir le témoignage de professionnels sur l'intérêt de la pratique du toucher-relationnel, comme un moyen d'entrer en relation avec les patients d'une autre manière. Il s'agit d'après eux, d'un soin qui « *leur permet d'être en lien avec le sens de leur métier, leurs valeurs, celles qui soutiennent leur identité de soignant* ». Une professionnelle dit « *Prendre conscience de son beau métier, basé sur des valeurs humaines fortes, lors de la formation au toucher-relationnel* ». Cela lui permettait « *de les recontacter* », « *dans une période* » où elle « *ne les percevait plus* ». En disant cela, cette professionnelle expérimentée (plus de 20 ans d'exercice) faisait référence aux mutations du métier ces dernières années qui semblaient lui avoir fait perdre de vue les valeurs pour lesquelles elle avait choisi cette profession. La

pratique réflexive, la mise en débat au sein du collectif lui ont permis de prendre conscience de ce phénomène.

Ces débats lors des pauses rejoignent les données que nous avons recueillies grâce à notre enquête quantitative lors du congrès européen du toucher-relationnel. Le toucher-relationnel semble offrir une autre voie pour redonner un sens au travail : donner le sentiment d'un travail qui apporte un soin aux patients, même en dépit de conditions de travail qui ne laissent que peu de temps. Le geste de toucher relationnel intègre alors des valeurs collectives, dimensions du genre professionnel (Clot, 2010). Elles semblent ici intervenir comme des propriétés tenues pour vraies sur le réel qui sont intégrées au schème de toucher-relationnel, comme le suggèrent Récopé et coll. (2011, 2013).

## Conclusions

Toucher et être touché est avant tout une activité ressentie, et en dépit d'une pratique quotidienne, les soignants ont de grandes difficultés à l'expliquer, de la même façon qu'il est difficile d'expliquer le geste de toucher-relationnel quand il s'agit d'y former des professionnels. La formation au toucher-relationnel par la simulation que nous avons élaborée permet de caractériser de façon plus précise le schème de toucher-relationnel que l'on cherche à faire acquérir aux professionnels. Les alloconfrontations et les débats collectifs qu'elles suscitent mettent en lumière des dimensions collectives du schème et des valeurs de métier qu'il intègre. Elles mettent ainsi en lumière des enjeux potentiels du toucher-relationnel pour les soignants.

En effet, la simulation ouvre un espace de débats sur le sens du travail, qui, au-delà de développer la pratique du toucher-relationnel, pourrait contribuer à la préservation de leur santé au travail. Dans un contexte de mutations technologiques, organisationnelles, et financières des métiers du soin, au sein duquel les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques, qui ont des causes communes, semblent atteindre de nombreux soignants dans les pays occidentaux, la possibilité de redécouvrir le sens de son travail, de le partager avec un collectif, de trouver des marges de manœuvre (Estryn-Béhard, 2004) pour prendre soin pourrait contribuer au maintien de la santé de ces professionnels (Coutarel & Petit, 2013 ; Van Belleghem, Gasparo & Gaillard, 2013). En ce sens la simulation conçue constitue une « formation capacitante » (Vidal-Gomel, 2017, en cours).

Si par la mise en œuvre de formations sur les aspects relationnels du soin, les questions des valeurs soignantes, du genre professionnel même, peuvent être pensées, débattues et investies par le collectif, il nous semble que l'implication institutionnelle serait un levier essentiel pour le soutien et l'accompagnement de cette dynamique, et pour transformer les situations de travail qui peuvent être à l'origine des atteintes identifiées pour et par les professionnels du soin.

Cette formation innovante, développée depuis entre autres au sein d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) continue de susciter de nombreux débats sur la question du genre professionnel soignant : *qu'est-ce que faire son métier ?*, ainsi que la question de la reconnaissance des professionnels du soin.

## Bibliographie

- Bourgeois, F., & Hubault, F. (2006). Prévenir les TMS De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions. @ctivités, 2(1), <http://www.activities.org>.
- 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. & Faïta, D. (2000). Genre et style en analyse du travail : Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Coutarel, F., & Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. *Ergonomie constructive* (pp.175-190). Paris : PUF.
- 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), <http://pistes.revues.org/2566>.
- Delgoulet, C. et & Vidal-Gomel, C. (2013). Le développement des compétences : une condition pour la construction de la santé et de la performance au travail. In P. Falzon (Eds.), *Ergonomie constructive* (pp. 19-32). Paris : PUF.
- Estryn-Behar, M (2004) (Coord.). *Santé, Satisfaction et au travail et abandon du métier de soignants*. Étude Presst-Next. Programme de recherche européen EU # QLK6-CT-2001-00475. Wuppertal (Germany) : University of Wuppertal.
- Gaudez, C. & 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 anatomo-fonctionnelle de la perception cutanée et haptique. In Y. Hatwell, A. Streri & E. Gentaz (Coord.), *Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle* (pp. 19-34). Paris : PUF.
- Leplat, J. (2013), Les gestes dans l'activité en situation de travail. Aperçu de quelques problèmes d'analyse. *Pistes*, 15(1), <http://pistes.revues.org/2951>.
- Mollo,V. et & Falzon, P. (2004). « Auto and allo-confrontation as tools for reflective activities. », *Applied Ergonomics*, n°35, 531-540.
- Poletti, R. (1984). *L'enrichissement des interventions en soins infirmiers*. Paris : Le Centurion.
- Récopé, M., Boyer, S., Rix-Lièvre, G., Coutarel, F. (2013). Une modélisation de l'activité est-elle nécessaire ? Est-elle envisageable ? *Ergologia*, 9, 45-74.
- Récopé, M., Fache, H. & Fiard, J. (2011), Sensibilité, conceptualisation et totalité [activitéexpérience- corps-monde]. *Travail et Apprentissages*, 7, 11-32.
- Remondière R. (1994), « L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], mis en ligne le 27 février 2009.
- Simon A. (2012), Se réapproprié son corps grâce au toucher-massage. *La revue de l'infirmière*, 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, le 1<sup>er</sup> et 2 Décembre 2016 (49), France.
- Tomás, J.-L. (2008). S'expliquer avec le collectif de geste. @ctivités, 5(2), <http://activites.revues.org/2014>. DOI : 10.4000/activites.2014.

Van Belleghem, L., De Gasparo, S. & Gaillard, I. (2013). Le développement de la dimension psychosociale au travail. Dans P. Falzon (Coord.), *Ergonomie constructive* (pp. 47-74). Paris : PUF.

Vergnaud, G. (2011). La pensée est un geste. Comment analyser la forme opératoire de la connaissance. *Enfance*, 1, 37-48. DOI : 10.4074/S0013754511001042.

Vergnaud G. (1990), « La théorie des champs conceptuels ». *Recherches en didactique des mathématiques*, vol. 10, n° 2-3, p 133-170.

Vidal-Gomel, C. (2017, en cours). *Concevoir des formations capacitances. Une contribution à la formation des adultes*. Note de synthèse pour l'obtention d'une HDR. Université de Nantes.

Watson J. (2001) Jean Watson theory of human caring, In Parker M.E. (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (p. 343-354). Philadelphia: F. A. Davis.