h e d s

Haute école de santé
Genève

L'enseignement du toucher en physiothérapie : perceptions des enseignant·es et facteurs influençant le développement de la sensibilité palpatoire, une étude qualitative exploratoire

Travail de Bachelor

Emma Generelli
N° matricule : 22637425
Célia Storni
N° matricule : 19320191

Directeur : Yvan LEURIDAN - Maître d'enseignement HEdS

Mai, 2025

Filière physiothérapie
Haute école de santé de Genève

swissuniversities

Hes·so GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en physiothérapie*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie.

Nous avons eu recours à l'assistance de l'intelligence artificielle ChatGPT (OpenAI) pour des tâches d'aide à la rédaction, de reformulation, d'analyse thématique et de structuration, tout en conservant un contrôle total sur les choix rédactionnels et le contenu final du présent travail.

Fait à Genève, le 15 mai 2025



Emma Generelli



Célia Storni

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre sincère gratitude à Yvan Leuridan, notre maître de travail de Bachelor, pour son accompagnement et son soutien tout au long de ce projet. Son expertise et sa disponibilité ont été une aide dans l'aboutissement de ce travail.

Nous tenons également à remercier les participant·es de cette étude qui ont accepté de participer à ce travail, avec qui nous avons eu de riches discours.

Enfin, nous tenons à remercier nos familles et nos ami·es pour leur soutien moral et leur encouragement constant.

Résumé

Introduction : Le toucher est une compétence centrale en physiothérapie, mobilisée dans de nombreuses situations cliniques. Pourtant, son enseignement reste difficile à formaliser. Entre technique, perception et relation, la sensibilité palpatoire semble se construire dans une tension entre apprentissages structurés et expériences subjectives.

Objectif(s) : Explorer les représentations d'enseignant·es en physiothérapie quant au toucher professionnel, et comprendre les facteurs qui influencent le développement de la sensibilité palpatoire chez les étudiant·es.

Méthode : Étude qualitative exploratoire menée par entretiens semi-dirigés auprès de quatre enseignant·es en physiothérapie spécialisé·es en musculosquelettique. Les données ont été analysées selon une méthode thématique inductive inspirée de Braun & Clarke, (2006).

Résultats : Les entretiens révèlent une diversité de représentations du toucher : outil technique, médiateur relationnel, compétence perceptive ou encore posture éthique. Le développement de la sensibilité palpatoire apparaît comme un processus complexe, influencé par la posture réflexive de l'enseignant·e, le cadre pédagogique, les expériences corporelles des étudiant·es et leur disposition personnelle au contact. Le toucher soulève aussi des enjeux de consentement, de confiance et de légitimité dans la relation de soin.

Conclusion : L'enseignement du toucher requiert une pédagogie incarnée, qui combine structure, expérimentation et réflexivité. Il s'agit de créer un espace sécurisant où les étudiant·es peuvent développer leur perception tactile tout en étant accompagné·es dans leurs ressentis. Loin d'un simple geste technique, le toucher devient un vecteur identitaire et relationnel essentiel dans la formation des futur·es physiothérapeutes.

Mots-clés : toucher ; sensibilité palpatoire ; physiothérapie ; pédagogie ; relation thérapeutique ; formation professionnelle ; apprentissage expérientiel ; étude qualitative

Abstract

Introduction : Touch is a central skill in physiotherapy, used in a wide range of clinical situations. However, teaching this skill remains difficult to formalize. Positioned between technique, perception, and interpersonal connection, palpatory sensitivity seems to emerge within a tension between structured learning and subjective experience.

Objective(s) : To explore physiotherapy teachers' representations of professional touch, and to identify the factors that influence the development of palpatory sensitivity in students.

Method : Exploratory qualitative study based on semi-structured interviews with four musculoskeletal physiotherapy educators. Data were analysed using an inductive thematic approach inspired by Braun & Clarke, (2006).

Results : The interviews revealed diverse conceptions of touch : as a technical tool, a relational medium, a perceptual skill, and an ethical stance. The development of palpatory sensitivity appears as a complex process shaped by the teacher's reflective posture, the pedagogical context, students' bodily experiences, and their personal disposition toward touch. Touch also raises issues related to consent, trust, and legitimacy within the therapeutic relationship.

Conclusion : Teaching touch requires an embodied pedagogy that blends structure, experimentation, and reflection. Educators must create a safe and supportive environment where students can develop tactile perception while learning to navigate their own sensory and emotional responses. Beyond technique, touch becomes a key identity- and relationship-building skill in physiotherapy training.

Keywords : touch; palpatory sensitivity ; physiotherapy; pedagogy ; therapeutic relationship ; professional training ; experiential learning ; qualitative study

Liste des abréviations

HEdS-GE	Haute école de santé Genève
EBP	Evidence-based practice
Min	Minutes

Table des matières

Déclaration i

Remerciements ii

Résumé iii

Abstract iv

Liste des abréviations v

Liste des tableaux ix

Liste des figures ix

1. Introduction 1

2. Cadre théorique 2

2.1 Le toucher en physiothérapie : fonctions, types et effets 2

2.1.1 Perception haptique 3

2.1.2 Mécanismes d'action 3

Effets spécifiques du toucher 3

Effets non spécifiques du toucher 4

2.2 Apprentissage et développement des compétences tactiles 4

2.2.1 Pratique répétée, progressivité et feedback 4

2.2.2 Organisation neurophysiologique 5

2.2.3 Outils pédagogiques : vers de nouvelles approches 5

2.2.4 Différences entre novices et expert·es 5

2.2.5 Représentations des enseignant·es et posture pédagogique 6

2.3 Le toucher dans les soins : entre communication, normes et pouvoir 6

3. Problématique 8

3.1.1 Question de recherche 8

3.1.2 Hypothèses 9

4. Méthodologie 10

4.1 Étude qualitative 10

4.2 Entretiens semi-dirigés 10

4.3 Règle d'éthique et de déontologie 10

4.4 Sélection de la population 11

4.4.1 Choix de l'échantillon 11

4.4.2 Critères d'inclusion 11

4.4.3 Critères d'exclusion 12

4.4.4 Chronologie de la sélection des sujets 12

4.5 Guide d'entretien 12

4.6 Déroulement des entretiens 13

4.6.1 Lieux et durée des entretiens 14
4.7 Procédure de transcription 14
4.8 Analyse des données 14
5. Résultats 15
5.1 Thème 1 : Représentations du toucher en physiothérapie 16
5.1.1 Sous-thème 1 : Le toucher comme marqueur identitaire de la profession 16
5.1.2 Sous-thème 2 : Communication non verbale et relation de soin 17
5.1.3 Sous-thème 3 : Les effets thérapeutiques perçus du toucher 17
5.1.4 Sous-thème 4 : Toucher technique et communication incarnée 19
5.2 Thème 2 : Éthique et respect dans la posture professionnelle 20
5.2.1 Sous-thème 1 : Consentement dans le toucher 20
5.2.2 Sous-thème 2 : Distance et légitimité du geste 21
5.2.3 Sous-thème 3 : Globalité du·de la patient·e 21
5.2.4 Sous-thème 4 : Perception éthique du·de la soignant·e face à la personne touchée 22
5.3 Thème 3 : Positionnement critique et réflexif du toucher 23
5.3.1 Sous-thème 1 : Encadrer le toucher et structurer la pratique 23
5.3.2 Sous-thème 2 : Le toucher et l'Evidence-Based Practice 24
5.3.3 Sous-thème 3 : Développer l'esprit critique face aux biais et aux croyances liés au toucher 25
5.3.4 Sous-thème 4 : Représentations autour de la "main" 26
5.4 Thème 4 : Apprendre à toucher 27
5.4.1 Sous-thème 1 : Place des notions bio-anatomiques 27
5.4.2 Sous-thème 2 : Influence des sens sur la perception tactile 28
5.4.3 Sous-thème 3 : Les outils pour favoriser l'apprentissage 28
5.4.4 Sous-thème 4 : Imaginer, visualiser, ressentir 30
5.5 Thème 5 : Posture de l'étudiant·e 31
5.5.1 Sous-thème 1 : Disposition personnelle au toucher 31
5.5.2 Sous-thème 2 : Transformation personnelle et évolution 32
5.5.3 Sous-thème 3 : Influence de la personnalité du toucheur 32
5.5.4 Sous-thème 4 : Attitude pour apprendre 33
5.6 Thème 6 : Enseignement et évaluation du toucher 34
5.6.1 Sous-thème 1 : Cadre d'apprentissage 35
5.6.2 Sous-thème 2 : Stratégies et techniques pédagogiques 36
5.6.3 Sous-thème 3 : Critères d'évaluation 37
5.6.4 Sous-thème 4 : Posture réflexive de l'enseignant·e 37
6. Discussion 39
6.1 Analyse des résultats principaux et liens avec la littérature 39
6.1.1 Le toucher comme compétence identitaire, incarnée et non objectivable 39
6.1.2 Une pédagogie du toucher fondée sur l'expérience, la répétition, et la réflexivité 40

6.1.3 Les conditions d'apprentissage comme modulateurs clés du développement perceptif 40
6.1.4 Une perception incarnée, mais modulée par l'histoire personnelle, l'attention, et l'imaginaire 40
6.1.5 Aspects abordés spontanément par les participant·es 41
6.1.5.1 Le toucher comme espace de responsabilité, d'éthique et de réflexivité 41
6.1.5.2 Consentement 41
6.2 Liens avec nos hypothèses initiales 42
6.2.1 Hypothèse 1 : Le rôle des représentations de l'enseignant·e 42
6.2.2 Hypothèse 2 : Le développement de la sensibilité palpatoire est modulé par des facteurs individuels 42
6.2.3 Hypothèse 3 : L'importance du contexte d'apprentissage 43
6.3 Limites, biais et forces de l'étude 43
6.4 Positionnement 44
6.5 Perspectives pour la pratique 45
6.6 Perspectives pour de futures recherches 45
7. Conclusion 47
Liste de références 48
Bibliographie 50
Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé 51
Annexe 2 : Lettre d'information 52
Annexe 3 : Guide d'entretien 53
Annexe 4 : Tableau croisé questions – hypothèses 54
Annexe 5 : Analyse sous forme de tableau 57

Liste des tableaux

Tableau 1 : Croisement hypothèses - questions d'entretien 54
Tableau 2 : Légende hypothèses 55
Tableau 3 : Légende questions 56
Tableau 4 : Analyse résultats 57

Liste des figures

Figure 1 : Thèmes et sous thèmes de nos résultats 15
Figure 2 : Thème 1 16
Figure 3 : Thème 2 20
Figure 4 : Thème 3 23
Figure 5 : Thème 4 27
Figure 6 : Thème 5 31
Figure 7 : Thème 6 34

1. Introduction

Les professionnel·les de la santé, et en particulier les physiothérapeutes, sont amené·es à toucher leurs patient·es dans de nombreuses situations cliniques : pour « explorer » les tissus, poser un diagnostic, guider un mouvement ou encore prodiguer un soin. Le toucher constitue ainsi une compétence professionnelle centrale, à la fois technique, sensorielle et relationnelle (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016). Il participe à la construction de l'alliance thérapeutique, à la création d'un lien de confiance et à la régulation de la relation soignant·e-soigné·e (McParlin et al., 2022).

Pourtant, l'enseignement du toucher reste complexe. Contrairement à des compétences objectivables comme la mesure de la force ou l'analyse biomécanique, le développement de la sensibilité palpatoire repose sur des processus subtils, difficilement modélisables : perception tactile, conscience corporelle, posture clinique, rapport à l'autre (Tuttle & Hillier, 2023).

Le mot toucher revêt une variété de signification importante dans la langue française. On recense plus d'une dizaine de définitions, allant du contact physique « mettre la main sur quelque chose », à l'expression d'un lien émotionnel « émouvoir quelqu'un », en passant par la transmission d'une information. Cette diversité sémantique reflète la richesse fonctionnelle et symbolique du toucher, qui peut être à la fois sensoriel, relationnel, affectif ou métaphorique.

Dans le contexte de la physiothérapie, cette complexité prend une forme particulière : le toucher devient un outil d'exploration, d'évaluation, de traitement et de communication thérapeutique. C'est dans cette perspective que nous utiliserons le terme de sensibilité palpatoire, pour désigner la capacité du·de la physiothérapeute à percevoir, discriminer et interpréter les signaux corporels du·de la patient·e à travers le toucher, en tenant compte de ses dimensions techniques, perceptives, relationnelles et contextuelles.

Notre intérêt pour ce sujet est né de nos expériences de vie et de notre formation, au cours desquelles nous avons constaté à quel point le toucher constitue un acte à la fois omniprésent et peu explicité dans l'enseignement. Tantôt outil d'évaluation, tantôt mode d'intervention, ou encore simple présence rassurante, malgré son importance, le toucher reste souvent peu théorisé et difficile à verbaliser, tant pour les étudiant·es que pour les formateur·rices. Cette observation nous a conduites à vouloir mieux comprendre comment les enseignant·es expérimenté·es transmettent cette compétence sensible, et quelles représentations ils·elles en ont. En interrogeant ces pratiques pédagogiques, nous espérons contribuer à une réflexion plus large sur la professionnalisation du toucher en physiothérapie, à l'heure où les enjeux de technicité, de relation et d'éthique se croisent au quotidien dans la relation de soin.

Dans un contexte professionnel en mutation, marqué par l'intégration croissante de nouvelles technologies et la transformation des pratiques, il semble d'autant plus pertinent de s'interroger sur la place et la transmission du toucher dans les cursus actuels. Cette recherche propose d'explorer les représentations et pratiques d'enseignant·es en physiothérapie spécialisé·es dans le domaine musculosquelettique, afin de mieux comprendre comment ils·elles conçoivent l'enseignement du toucher, quelles stratégies ils·elles mobilisent, et quels leviers ou obstacles ils·elles identifient dans le développement de la sensibilité palpatoire chez leurs étudiant·es.

2. Cadre théorique

2.1 Le toucher en physiothérapie : fonctions, types et effets

Le toucher est traditionnellement défini comme un des cinq sens de base, fondé sur la perception cutanée d'informations telles que la pression, la température ou la texture. Il joue un rôle essentiel dans l'interaction sociale, le développement sensorimoteur et l'exploration du monde (Roudaut et al., 2012). En physiothérapie, cette fonction sensorielle est enrichie d'une dimension cliniquement signifiante, intégrant la perception tactile fine, la conscience de son propre corps, la lecture des tissus et le ressenti relationnel.

Dans cette perspective, la notion de sensibilité palpatoire sera employée dans ce travail pour désigner la capacité à percevoir, discriminer et interpréter les signaux corporels détectés par le toucher manuel, dans un cadre clinique ou pédagogique. Cette sensibilité repose sur l'intégration de plusieurs composantes sensorielles. D'une part, elle mobilise une sensibilité extéroceptive, activée par les récepteurs cutanés, permettant la détection des variations de texture, de température ou de pression en provenance de l'environnement externe (Craig, 2002). D'autre part, elle implique la sensibilité proprioceptive, en lien avec la perception des mouvements, des postures et de la position du corps dans l'espace. Enfin, elle engage également une sensibilité intéroceptive, définie comme la capacité à percevoir les états physiologiques internes de l'organisme, incluant notamment les signaux viscéraux, musculaires ou vasculaires (Cameron, 2001). En ce sens, la sensibilité palpatoire peut être comprise comme une expérience sensorielle multimodale, traduisant l'aptitude des êtres vivants à recevoir, via des récepteurs spécialisés et le système nerveux, des informations sur les changements du milieu externe comme interne, afin de produire des réponses adaptées.

Selon l'article de Norris & Wainwright, (2022), « Le contact physique, la connexion d'un corps à un autre, est considéré comme un élément fondamental de la pratique de la physiothérapie et une compétence de base. ». En effet, lors d'une prise en charge physiothérapeutique, le·la thérapeute, après avoir recueilli l'historique médical du·de la patient·e lors de l'anamnèse, est souvent amené·e à toucher ce·tte dernier·ère.

Bjorbækmo & Mengshoel, (2016) décrivent plusieurs formes de toucher professionnel en physiothérapie :

- Le toucher d'assistance ;
- Le toucher informatif ;
- Le toucher perceptif ;
- Le toucher thérapeutique ;
- Le toucher relationnel

Ces usages sont souvent entremêlés dans la pratique clinique, où le toucher peut tour à tour être un moyen de diagnostic, un outil de traitement, un vecteur de communication ou un soutien à l'engagement corporel du·de la patient·e (Roger et al., 2002). Le toucher est ainsi un savoir complexe, incorporé et en partie tacite, qui requiert un affinage progressif de la sensibilité, des capacités d'observation et une posture de présence à l'autre.

2.1.1 Perception haptique

La perception haptique joue un rôle central dans l'apprentissage et l'exercice du toucher en physiothérapie. Elle désigne la capacité à explorer, sentir et discriminer activement des propriétés corporelles via le mouvement et le contact tactile. Ce processus, qui mobilise à la fois les récepteurs cutanés et proprioceptifs, permet aux physiothérapeutes de recueillir des informations fines sur l'état des tissus, les réactions du·de la patient·e et les modifications toniques ou biomécaniques. Selon Mueller et al., (2014), les physiothérapeutes expérimenté·es présentent une meilleure discrimination tactile que des individus sans formation clinique, suggérant que cette compétence peut se développer par l'entraînement. Leur étude démontre que la sensibilité haptique, mesurée par la capacité à détecter de très faibles élévations de surface, est significativement supérieure chez les professionnel·le·s du soin, confirmant ainsi l'existence d'un affinement perceptif lié à l'expérience.

Au-delà de la seule détection sensorielle, la perception haptique implique une forme d'écoute active du corps de l'autre, une présence perceptive dans laquelle le mouvement du·de la thérapeute est guidé par les retours subtils de la matière corporelle touchée (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016). Elle est donc indissociable de la posture, de la conscience corporelle et de l'intention relationnelle du·de la thérapeute. Comme le soulignent Tuttle & Hillier, (2023), ce type d'interaction ne se limite pas à un transfert d'informations mécaniques, mais relève d'un véritable « langage tactile » qu'il s'agit de rendre intelligible, de pratiquer, et d'enseigner comme tel.

2.1.2 Mécanismes d'action

Effets spécifiques du toucher

Le toucher en physiothérapie peut produire des effets dits spécifiques, c'est-à-dire directement liés à une action physiologique ou biomécanique exercée sur les tissus ou le système nerveux du·de la patient·e. Ces effets sont notamment observés dans les techniques manuelles telles que la mobilisation articulaire, les étirements, la facilitation neuromusculaire ou encore le massage thérapeutique. Comme le décrivent Roger et al., (2002), « le toucher thérapeutique a été défini comme un toucher orienté vers une tâche, utilisé pour effectuer un traitement manuel direct, tel que le massage ou la mobilisation articulaire. » Cette action ciblée du·de la praticien·ne s'inscrit dans un objectif de modulation des fonctions corporelles, qu'il s'agisse de soulager la douleur, d'améliorer l'amplitude articulaire ou de faciliter la contraction musculaire.

Le contact tactile, lorsqu'il est exercé dans un cadre thérapeutique, peut moduler l'activité du système nerveux autonome, réduire la douleur et renforcer la sensation de sécurité. McParlin et al., (2022) souligne que les techniques manuelles répétées favorisent une meilleure régulation allostatique, notamment via une synchronisation bilatérale du système nerveux autonome entre le·la patient·e et le·la praticien·e. Il rapporte aussi que ces effets sont renforcés par la dimension empathique du geste, ce qui participe à la diminution du stress perçu, à la réduction de l'anxiété et à l'activation de réponses neurophysiologiques telles que la libération d'ocytocine. Le toucher thérapeutique agit ainsi comme un modulateur sensoriel

et émotionnel, capable d'induire une régulation entre soignant·e et soigné·e, et d'influencer positivement les processus perceptifs et relationnels impliqués dans la prise en charge, notamment en contexte de douleur chronique.

Effets non spécifiques du toucher

En parallèle des effets biomécaniques attendus, le toucher en physiothérapie génère également des effets dits non spécifiques, qui relèvent davantage des dimensions relationnelles, affectives et contextuelles de l'acte thérapeutique. Le simple contact corporel peut transmettre une intention de soin, de soutien ou de réassurance, indépendamment de sa fonction technique. Roger et al., (2002) qualifient ce phénomène de toucher bienveillant, défini comme « un contact destiné à réconforter et encourager, ou à montrer de l'empathie et du soutien à un patient. » De leur côté, Bjorbækmo & Mengshoel, (2022) observent que le toucher « est utilisé pour démontrer de la bienveillance, de l'empathie, du soutien et du réconfort, ainsi qu'à des fins de communication. ». Ces effets non spécifiques, bien que difficilement quantifiables, participent activement à l'efficacité globale de la prise en charge et rejoignent la logique d'une approche holistique centrée sur la personne.

2.2 Apprentissage et développement des compétences tactiles

Le toucher est une expertise, il se base sur des compétences, qui peuvent donc être améliorées. Le toucher est un sens multi-organes qui contient le sens cutané de la peau, qui se mélange au sens tactile de la pression, ainsi qu'aux informations kinesthésiques sur le mouvement corporel et à la proprioception qui situe le mouvement dans l'espace.

2.2.1 Pratique répétée, progressivité et feedback

Selon Tuttle & Hillier, (2023), la sensibilité palpatoire devrait être abordée comme l'apprentissage d'une langue incarnée. Ils considèrent que pour progresser, les étudiant·es doivent reconnaître que le toucher constitue une forme de communication bidirectionnelle, dans laquelle patient·e et thérapeute sont engagés dans un dialogue corporel. Cet apprentissage repose notamment sur le développement d'une conscience corporelle fine, impliquant à la fois la perception de soi et l'attention portée à l'autre. Les auteur·ices posent ainsi la question suivante : « Peut-être est-il temps que nous passions plus de temps avec les étudiants en physiothérapie pour améliorer leur propre discrimination sensorielle, leur acuité et leur conscience corporelle, en se concentrant sur soi-même ainsi que sur l'autre ? ».

S'ils reconnaissent que l'exposition progressive à la pratique clinique favorise le développement de ces compétences perceptives, les auteurs suggèrent également d'encourager les étudiant·es à s'exercer directement sur des physiothérapeutes expérimenté·es. Cette approche permettrait un retour sensoriel plus précis et un feedback qualitatif favorisant l'intégration corporelle des apprentissages.

2.2.2 Organisation neurophysiologique

Le toucher repose sur des mécanismes biologiques spécifiques, notamment l'activation de mécanorécepteurs situés dans la peau (Meissner, Pacini, Merkel, Ruffini), qui réagissent à différents types de stimuli mécaniques (pression, vibration, étirement). Ces signaux sont transmis via les fibres nerveuses afférentes au système nerveux central, jusqu'au cortex somatosensoriel, où ils sont intégrés et interprétés comme sensation tactile (Roudaut et al., 2012).

Certaines zones du corps, comme les doigts, les paumes ou les lèvres, possèdent une densité plus élevée de récepteurs, ce qui confère une acuité tactile plus grande à ces régions. Cette sensibilité peut toutefois être influencée par des facteurs biologiques (qualité de la peau, âge, hydratation, élasticité), mais aussi par l'entraînement et l'expérience (Deflorio et al., 2023).

Par ailleurs, les études sur la neuroplasticité sensorielle mettent en lumière des effets à long terme du toucher, liés à l'entraînement sensorimoteur. Selon Dinse et al., (2008), « une pratique continue et prolongée de compétences sensori-motrices entraîne une expansion définie des aires de représentation corticale [...], et améliore ainsi les performances tactiles et haptiques. » Ces données expérimentales suggèrent que le toucher, lorsqu'il est répété et ciblé, peut induire des changements mesurables dans le cortex somatosensoriel, témoignant de mécanismes d'apprentissage perceptif.

2.2.3 Outils pédagogiques : vers de nouvelles approches

Nicholls & Gibson, (2010) proposent d'appréhender le toucher non pas comme une modalité passive, mais comme un mode de communication incarnée, impliquant une construction de sens entre thérapeute et patient·e. Les interactions tactiles deviennent alors des « mouvements pragmatiques » où le sens émerge conjointement dans la relation, à travers des ajustements mutuels souvent non verbalisés. Loin d'un simple « comment faire », le rôle de l'enseignant·e serait alors d'accompagner l'étudiant·e dans une posture exploratoire, en guidant sa perception immédiate, simultanée et bilatérale des phénomènes tactiles (Nicholls & Gibson, 2010). Cela suppose de sortir d'un modèle d'expertise technique descendante pour encourager une pédagogie phénoménologique, où l'étudiant·e est invité·e à questionner ce qu'il ressent, à quoi cela ressemble, et comment cela change en temps réel. Ce changement de paradigme pourrait favoriser un apprentissage plus authentique, centré sur la qualité de présence et sur le développement d'un langage du soin incarné, difficilement réductible à des critères évaluatifs techniques.

2.2.4 Différences entre novices et expert·es

L'apprentissage du toucher en physiothérapie repose sur une progression subtile des capacités perceptives et gestuelles. Plusieurs études ont mis en évidence des différences notables entre novices et expert·es en termes de précision, de force appliquée et de sensibilité tactile. L'étude de (Snodgrass et al., 2010a) a montré que les physiothérapeutes expérimenté·es appliquent en moyenne des forces de mobilisation cervicale plus importantes que les étudiant·es, ce qui pourrait refléter une plus grande confiance gestuelle, une meilleure

interprétation des signaux tissulaires ou une perception plus fine du contexte clinique. Cette capacité ne relève pas uniquement d'un affinement sensoriel passif, mais s'inscrit dans une dynamique d'apprentissage incarné, renforcée par la répétition, la variabilité des situations et le retour sensoriel du·de la patient·e.

Dans une autre étude, les mêmes auteur·ices (Snodgrass et al., 2010b) ont évalué l'effet du feedback en temps réel sur des étudiant·es novices. Les résultats montrent que ceux bénéficiant d'un retour direct sur la force exercée ont ajusté plus précisément leurs gestes, se rapprochant ainsi des standards observés chez les praticien·nes expérimenté·es. Cela souligne l'importance d'une rétroaction contextualisée pour développer la régulation motrice et l'ajustement sensoriel dans le toucher thérapeutique.

Tuttle & Hillier, (2023) affirment que la compétence palpatoire relève d'un langage corporel à acquérir, comparable à l'apprentissage d'une seconde langue. Selon eux, les étudiant·es doivent être accompagné·es pour reconnaître la dimension bidirectionnelle du toucher, intégrant à la fois les perceptions du·de la patient·e et celles du·de la thérapeute. Ce processus suppose une mise en situation progressive, une pratique réflexive et un feedback sensible, indispensables à la maturation d'un geste clinique habité.

2.2.5 Représentations des enseignant·es et posture pédagogique

L'enseignement du toucher nécessite de sortir d'une logique purement technique pour intégrer la complexité sensorielle et relationnelle de cette compétence. Il suppose de créer un climat favorable à l'exploration sensorielle, d'encourager la verbalisation du ressenti, et d'offrir un feedback individualisé (Tuttle & Hillier, 2023).

L'exemplarité du·de la formateur·rice, sa capacité à mettre en mots l'expérience tactile et à ajuster sa posture selon les besoins des étudiant·es, sont déterminants. Enfin, l'intégration de l'enseignement du toucher dans les curriculums nécessite une réflexion éthique, pédagogique et professionnalisante.

2.3 Le toucher dans les soins : entre communication, normes et pouvoir

Dans le champ des soins, le toucher est un acte à la fois clinique et relationnel, porteur de sens, d'émotion et de codes culturels. La méta-ethnographie de Kelly et al., (2018) qui regroupe 41 études qualitatives, identifie trois dimensions fondamentales du toucher dans les professions de santé :

- Le toucher comme expression du soin :

  Il constitue un moyen non verbal porteur de bienveillance, de compassion et de présence. Il permet de « dire sans mots » et joue un rôle central dans la relation thérapeutique, notamment en physiothérapie où il soutient physiquement tout en rassurant émotionnellement.

- Le toucher comme exercice de pouvoir :

Le pouvoir d’initier le contact appartient majoritairement aux soignant·es, dans un cadre autorisé et normé. Les patient·es, en revanche, ne disposent pas toujours de la légitimité pour y répondre ou le solliciter, ce qui souligne une asymétrie statutaire et relationnelle.

- Le toucher comme pratique nécessitant un espace sûr :

  Le toucher requiert la négociation constante de frontières physiques, émotionnelles et professionnelles. Cet « espace sûr » est nécessaire pour que le contact se fasse sans ambiguïté ni intrusion, en respectant les sensibilités individuelles et les normes du contexte de soin.

Pour rendre compte de cette complexité, les auteur·es proposent la métaphore de la valse du toucher : une chorégraphie relationnelle entre deux personnes de statuts asymétriques, où les gestes s’ajustent aux rythmes du soin tout en respectant les limites de chacun·e. Cette image permet de penser le toucher non comme un simple acte fonctionnel, mais comme une forme incarnée de communication, à la fois affective, technique, et culturellement située.

Ainsi, le toucher engage toujours une dynamique intersubjective qui dépasse la seule technique. Il suppose un positionnement éthique, un cadre de consentement clair et une posture de respect (Bjorbækmo & Mengshoel, 2022).

La littérature scientifique souligne plusieurs dimensions essentielles du toucher en physiothérapie. Il permet d'explorer et de gagner des informations sur le·la patient·e, offrant une modalité de communication non verbale unique. Le système haptique permet de discriminer et de reconnaître des informations corporelles à travers la palpation, technique couramment utilisée en soins musculosquelettiques (McParlin et al., 2022).

3. Problématique

La nature complexe du toucher, à la fois biomécanique, perceptive, affective et relationnelle, en fait une compétence difficile à enseigner et à objectiver dans les formations (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Norris & Wainwright, 2022). Il mobilise des savoirs tacites, un raisonnement incarné, ainsi qu'une posture clinique sensible et réflexive (Geri et al., 2019).

Alors que la pratique du toucher demeure un pilier de la physiothérapie, son enseignement semble insuffisamment conceptualisé dans les curriculums actuels (Norris & Wainwright, 2022). À la HEdS-GE, comme dans d'autres institutions, l'apprentissage du toucher fait l'objet de multiples approches d'enseignements, mais peu d'études explorent comment cette compétence est effectivement transmise, perçue et cultivée par les enseignant·es dans un contexte de formation professionnalisant.

Dans un contexte pédagogique où les étudiant·es présentent des profils sensoriels, corporels et expérientiels hétérogènes, comment favoriser un apprentissage du toucher qui ne soit pas seulement technique, mais aussi sensible, contextualisé et réflexif ? Et surtout, comment les enseignant·es s'adaptent-ils·elles à cette complexité ?

3.1.1 Question de recherche

L'objectif de notre travail sera « d'approfondir » les différents aspects du toucher en physiothérapie et mieux comprendre les moyens mis en place par les enseignant·es pour permettre aux élèves de développer leur capacité et leur sensibilité quant aux différents types d'utilisation du toucher et sous ses différentes formes en lien avec les soins prodigués en physiothérapie.

La variabilité interindividuelle dans l'aisance au toucher, les enjeux de consentement, le climat du groupe et les méthodes pédagogiques influencent fortement l'engagement des étudiant·es et la consolidation de cette compétence. À ce titre, les enseignant·es jouent un rôle central dans la manière dont cette pratique est valorisée, accompagnée et façonnée au sein du cursus de formation.

À travers une méthodologie qualitative exploratoire, ce travail examinera les perceptions et expériences des formateur·ices, afin de mieux comprendre comment cette compétence essentielle est cultivée et intégrée dans le parcours de formation des étudiant·es. Notre question de recherche est donc la suivante :

Comment les enseignant·es en physiothérapie de la HEdS-GE conçoivent-ils·elles l'enseignement du toucher et le développement de la sensibilité palpatoire chez les étudiant·es, et quels facteurs influencent cet apprentissage ?

Pour répondre à cela, nous avons prévu de faire passer des entretiens semi-dirigé aux enseignant·es musculosquelettiques de la filière physiothérapie de la Haute École de Santé de Genève (HEdS-GE). Il nous semble pertinent d'explorer comment les enseignant·es eux-mêmes conçoivent, transmettent et évaluent cette compétence dans un cadre académique.

Mieux comprendre leurs perceptions permettrait d'identifier les leviers et les obstacles à un apprentissage plus conscient, structuré et adapté aux besoins des étudiant·es.

3.1.2 Hypothèses

Dans le cadre de cette étude, trois hypothèses principales orientent notre analyse du développement de la sensibilité palpatoire chez les étudiant·e·s en physiothérapie.

Premièrement, nous faisons l'hypothèse que l'importance que l'enseignant·e accorde à la sensibilité palpatoire et la manière dont il·elle la conçoit influencent directement son enseignement, et par conséquent, la façon dont cette compétence se développe chez les étudiant·e·s. En d'autres termes, les représentations pédagogiques, les priorités didactiques et les attitudes implicites des formateur·ices jouent un rôle structurant dans la valorisation ou non de cette dimension du soin.

Deuxièmement, nous posons que le développement et l'affinement du toucher reposent sur des facteurs multiples et intriqués : cognitifs (connaissances en biomécanique, raisonnement clinique), émotionnels (rapport au corps, gestion de la pudeur, sentiment de légitimité) et attentionnels (présence, concentration, disponibilité mentale). Ces dimensions, fortement individuelles, impliquent que chaque étudiant·e entre dans l'apprentissage avec un potentiel perceptif et un vécu singulier.

Troisièmement, nous avançons que le contexte dans lequel se déroule cet apprentissage influence lui aussi de manière significative le développement de la sensibilité palpatoire. Bien que la répétition de la pratique reste essentielle, les conditions pédagogiques, le climat relationnel, le format des cours ou encore l'accompagnement proposé façonnent l'expérience d'apprentissage et peuvent en renforcer ou en limiter les effets.

4. Méthodologie

4.1 Étude qualitative

La recherche qualitative permet d'explorer des aspects de la réalité difficilement accessibles par les approches quantitatives. Elle s'intéresse à des phénomènes spécifiques, des événements ou des situations, afin d'en comprendre le sens et d'accéder aux perceptions, aux expériences et aux émotions des personnes concernées (Fortin & Gagnon, 2010). Elle vise ainsi principalement à répondre à des questions de type « pourquoi » plutôt que « combien ».

Notre démarche, visant à mettre en lumière les moyens d'enseigner et de développer la sensibilité palpatoire parmi les enseignant·es de la filière physiothérapie s'inscrit pleinement dans ce cadre méthodologique, justifiant notre choix d'une approche qualitative. Ce type de recherche repose généralement sur un raisonnement inductif, qui consiste à élaborer des énoncés généraux à partir d'observations particulières pour aboutir à une généralisation.

Elle permet ainsi de dégager des relations entre les phénomènes étudiés à partir des données recueillies sur le terrain. De plus, la recherche qualitative se distingue par sa souplesse méthodologique : elle évolue au fil du processus, en s'adaptant aux découvertes progressives et à la reformulation des hypothèses initiales (Kohn & Christiaens, 2014).

4.2 Entretiens semi-dirigés

Pour mener une étude qualitative, plusieurs méthodes de collecte de données peuvent être mobilisées, telles que les observations, les entretiens, l'utilisation de matériel audiovisuel, ou encore l'analyse de documents ou de témoignages de proches et d'intervenants (Fortin & Gagnon, 2010). Parmi ces approches, l'entretien individuel semi-dirigé constitue une méthode privilégiée lorsqu'il s'agit d'explorer des expériences subjectives. Il repose sur une grille préétablie incluant des thématiques à aborder sous forme de questions ouvertes, permettant une certaine flexibilité dans le déroulement de la discussion (Kohn & Christiaens, 2014). Ce type d'entretien donne ainsi aux participant·es la possibilité d'exprimer librement leurs opinions, ressentis et perceptions concernant le sujet étudié (Fortin & Gagnon, 2010).

Comme le soulignent Kohn & Christiaens, (2014), cette méthode est particulièrement pertinente dans le champ des soins de santé, lorsqu'il s'agit de recueillir les points de vue, croyances, attitudes ou expériences de patient·es, praticien·nes ou autres professionnel·les concerné·es. C'est pourquoi les entretiens semi-dirigés ont été retenus pour cette recherche, afin de permettre une exploration approfondie tout en assurant une cohérence avec la problématique de départ.

4.3 Règle d'éthique et de déontologie

Après consultation de plusieurs de nos enseignant·es, il ressort que le passage par un comité d'éthique ne s'avère pas nécessaire pour la réalisation de ce projet. En effet, au regard des

retours obtenus, les caractéristiques de notre étude, notamment son objectif, sa méthodologie, ainsi que la nature des données collectées, ne requièrent pas une validation préalable par une instance éthique officielle.

4.4 Sélection de la population

Selon Fortin & Gagnon, (2010), « une population désigne l'ensemble des éléments (personnes, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes ». Dans le cadre d'une recherche, il est essentiel de définir une population cible pertinente en lien avec l'objet d'étude. Une fois cette population identifiée, seule la population accessible, c'est-à-dire celle que les chercheur·es peuvent effectivement contacter, pourra faire l'objet d'un échantillonnage.

Pour cette étude, nous avons choisi d'interroger des enseignant·es en physiothérapie spécialisés dans le domaine musculosquelettique. Cette délimitation repose sur des considérations méthodologiques : elle permet de maintenir une certaine homogénéité dans les pratiques enseignées, tout en ciblant un champ clinique où le toucher est régulièrement mobilisé. Par ailleurs, élargir l'échantillon à d'autres domaines (neurologie, système interne, etc.) aurait complexifié l'analyse sans apport direct pour la problématique étudiée, ce qui ne serait pas adapté aux exigences d'un travail de Bachelor.

4.4.1 Choix de l'échantillon

Dans une étude qualitative, la sélection de l'échantillon ne vise pas la représentativité statistique, mais la richesse et la pertinence des données en fonction de l'objet de recherche (Fortin & Gagnon, 2010; Kohn & Christiaens, 2014). Dans cette optique, nous avons opté pour un échantillonnage raisonné**,** c'est-à-dire basé sur des critères de pertinence théorique en lien avec notre question de recherche.

Notre choix s'est porté sur des enseignant·es en physiothérapie spécialisés en musculosquelettique à la HEdS-GE**.** En ciblant ce groupe, nous cherchons à interroger des professionnel·le·s ayant à la fois une expérience clinique approfondie et une pratique pédagogique directe de l'enseignement du toucher, condition nécessaire à la qualité de notre recueil de données.

Nous avons choisi des enseignant·es ayant une activité clinique parallèle afin de garantir une continuité entre les dimensions pratiques et pédagogiques du toucher, et ainsi interroger des discours ancrés dans une expérience incarnée et actualisée du terrain.

4.4.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été définis afin d'assurer une cohérence méthodologique et une pertinence par rapport à notre objet d'étude. Les participant·es devaient répondre aux conditions suivantes :

- Être enseignant·e en filière physiothérapie à la HEdS-GE
- Exercer dans le domaine musculosquelettique
- Être francophone
- Avoir une pratique clinique actuelle, en parallèle de leur activité d'enseignement
- Avoir déjà enseigné des cours mobilisant le toucher

4.4.3 Critères d'exclusion

Certains profils ont été exclus de notre étude pour des raisons de clarté méthodologique et afin d'éviter certains biais :

- Les enseignant·es pratiquant dans un autre champ que musculosquelettique (par exemple, neurologie, cardio-respiratoire, etc.), en raison d'une mobilisation différente du toucher dans ces domaines
- Les enseignant·es sans activité clinique actuelle, dont la perception du toucher pourrait ne pas être actualisée
- Le directeur de ce travail de Bachelor, bien qu'il remplisse les critères, a été exclu afin d'éviter tout conflit d'intérêt

4.4.4 Chronologie de la sélection des sujets

Nous avons contacté les enseignant·es simultanément par courrier électronique. Ce message avait pour objectif de présenter le cadre de l'étude, ses intentions (Annexe 2), le formulaire de consentement éclairé (Annexe 1) et de demander le curriculum vitae des participant·es. Les entretiens ont ensuite été organisés de manière échelonnée, en fonction des disponibilités exprimées par les enseignant·es intéressé·es.

Les quatre premiers enseignant·es correspondant·es à ces critères ont été retenu·es. Ce nombre limité de participant·es reflète un choix pragmatique lié aux contraintes de temps, de disponibilité, et à la volonté de garantir une analyse qualitative approfondie de chaque entretien. Le recrutement a ainsi été réalisé selon une logique de convenance raisonnée, cohérente avec l'approche exploratoire de l'étude.

4.5 Guide d'entretien

Notre guide d'entretien semi-dirigé (Annexe 3) a été conçu afin d'explorer en profondeur la manière dont les enseignant·es en physiothérapie perçoivent l'apprentissage du toucher, et plus « spécifiquement » le développement de la sensibilité palpatoire chez les étudiant·es. Il se compose de trois questions principales ouvertes avec 19 relances thématiques ainsi que deux questions additionnelles, réparties en fonction des hypothèses que nous souhaitions investiguer. Cette structure a été élaborée dans le but de garantir une couverture cohérente des dimensions exploratoires de notre recherche tout en laissant la liberté aux participant·es de s'exprimer librement, conformément aux principes d'une démarche qualitative.

Les questions ont été formulées pour correspondre à nos hypothèses de recherche. Voici les trois questions principales nous ayant permis d'obtenir des réponses en lien avec nos buts :

1. Pouvez-vous nous parler de votre expérience en tant qu'enseignant·e dans l'apprentissage du toucher ?
2. Comment percevez-vous la qualité du toucher chez les étudiant·es ?
3. Quels éléments influencent (facteurs facilitants / obstacles) à cet apprentissage ?

En complément, nous avons systématiquement posé ces deux questions :

4. Si vous aviez carte blanche concernant la manière d'aborder le toucher dans votre enseignement, que proposeriez-vous ?
5. Y-a-t'il des éléments dont nous n'avons pas parlé qui vous semble important concernant la transmission / l'apprentissage de la sensibilité palpatoire dans le toucher ?

L'utilisation de relances thématiques nous a permis d'ajuster la profondeur des entretiens en fonction des réponses spontanées des participant·es, tout en nous assurant de couvrir l'ensemble des aspects pertinents pour notre analyse. Cette méthode souple et exploratoire s'inscrit pleinement dans le cadre méthodologique d'une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-dirigés (Demoncy, 2016).

Concernant la grille d'entretien, nous avons effectué un tableau croisé de nos hypothèses et questions (Annexe 4). Par la suite, nous avons sollicité une tierce personne formée à l'élaboration d'entretiens semi-dirigés afin d'obtenir un regard externe sur la cohérence entre nos hypothèses et notre guide d'entretien.

4.6 Déroulement des entretiens

1. Présentation de notre binôme, de nos rôles, de notre travail et de nos objectifs.
2. Explication du déroulement de l'entretien : durée, confidentialité, enregistrement.
3. Signature du formulaire de consentement.
4. Demander s'ils·elles ont des questions avant de commencer l'entretien.
5. Début de l'enregistrement puis déroulement de l'entretien.
6. Questions ouvertes à la fin pour leur demander s'ils·elles veulent ajouter quelque chose puis arrêt de l'enregistrement.
7. Conclusion et clôture de l'entretien.

Nous avons effectué un entretien test qui a duré 51min avec notre directeur de travail de Bachelor qui correspondait à nos critères d'inclusion mais que nous ne pouvions inclure dans notre étude au vu de son statut d'évaluateur. L'idée du pré-test est d'ajuster les questions et relances, en fonction du temps planifié et de leur pertinence, en envisageant si besoin l'ajout ou la suppression de certaines d'entre elles.

4.6.1 Lieux et durée des entretiens

Sur les quatre entretiens, trois d'entre eux ont été effectué au sein de l'école et un s'est fait en visioconférence.

Les entretiens ont duré respectivement 45min, 49min, 59min et 33min.

4.7 Procédure de transcription

Pour retranscrire les entretiens, nous nous sommes systématiquement réparti l'enregistrement que nous avons découpé en deux parties afin de pouvoir avancer chacune en même temps. Nous avons ensuite relu à deux reprises ensemble les transcriptions afin d'éviter les erreurs et d'être le plus fiable possible sur les discours.

4.8 Analyse des données

Après la retranscription des entretiens, nous avons procédé à une analyse qualitative en utilisant l'analyse thématique. Cette méthode, choisie pour sa pertinence par rapport à nos objectifs de recherche, permet d'identifier et d'organiser les schémas récurrents présents dans les discours des participant·es.

D'après Braun & Clarke, (2006), l'analyse thématique s'organise autour de six étapes principales :

1. Se familiariser avec les données
2. Générer des codes initiaux
3. Identifier des thèmes
4. Examiner les thèmes
5. Définir et nommer les thèmes
6. Rédiger un rapport

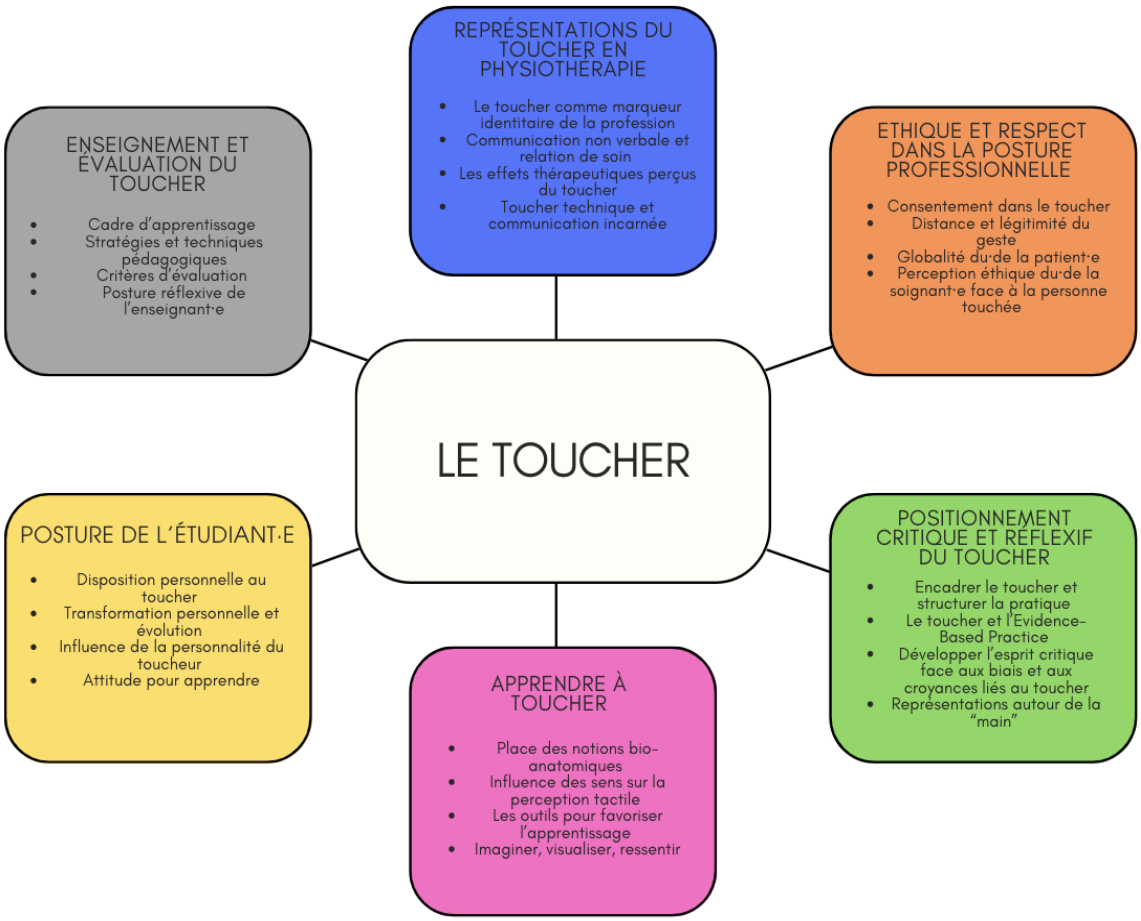
Pour mener cette analyse, nous avons travaillé conjointement afin de garantir une interprétation cohérente des données. Après avoir pris connaissance des retranscriptions des entretiens, nous avons procédé à l'extraction et au tri de toutes les citations pertinentes en les codant, c'est-à-dire en associant des mots ou expressions spécifiques à des segments des entretiens. Nous avons ensuite regroupés les différents codes en sous-thèmes qui nous ont finalement permis de ressortir les thèmes généraux de notre travail.

5. Résultats

Dans cette section sont présentés les résultats de l'analyse thématique menée sur les quatre entretiens semi-dirigés réalisés dans le cadre de cette étude qualitative exploratoire. L'objectif était d'explorer les représentations des enseignant·es, les expériences et les enjeux liés à l'apprentissage et la pratique du toucher en physiothérapie, notamment dans une perspective de développement de compétences cliniques et relationnelles.

Les verbatims cités dans cette section ont été anonymisés pour garantir la confidentialité des participant·es. L'annexe 5 est le tableau regroupant tous nos résultats. Pour préserver l'anonymat des participant·es, nous avons choisi de présenter une synthèse collective de leurs caractéristiques plutôt que des profils individualisés. En effet, compte tenu des critères d'inclusion retenus et du fait que l'ensemble des participant·es exercent dans le même établissement, il aurait été aisé d'identifier les auteur·es des citations. Les personnes interrogées présentent une moyenne d'âge de 48 ans, avec en moyenne 24 ans d'expérience clinique et 15 ans d'expérience dans l'enseignement.

Figure 1 : Thèmes et sous thèmes de nos résultats



5.1 Thème 1 : Représentations du toucher en physiothérapie

Figure 2 : Thème 1



5.1.1 Sous-thème 1 : Le toucher comme marqueur identitaire de la profession

Le toucher est perçu comme un élément central de l'identité professionnelle. Plusieurs enseignant·es expriment le sentiment que cette spécificité tend à se diluer dans les pratiques actuelles, avec une certaine nostalgie ou une forme de résistance à cette évolution.

Certains discours illustrent une perception de retrait du toucher dans la formation actuelle, considéré par certains professionnels comme une perte :

« Il y a un certain nombre de fois où j'ai entendu que les physio disent que les étudiants en physio, maintenant, ne touchent plus les patients. C'est un argumentaire qui m'énerve un petit peu, parce que je pense que c'est une vision un peu erronée de la réalité. »

Pour d'autres, maintenir le toucher dans la pratique relève presque d'un engagement militant :

« Je ne veux surtout pas qu'on lâche le toucher des gens. On a besoin de toucher les gens, on a besoin et on est efficace en touchant les gens. »

Un·e participant·e reconnaît que la place du toucher varie selon les domaines de spécialisation, ce qui amène à une vision nuancée de sa place dans la profession :

« Mais on a la chance dans notre métier, certains touchent beaucoup, d'autres vont moins toucher. C'est-à-dire que si tu te mets dans certains domaines de la physiothérapie, le toucher prend une importance, on va dire, moindre que dans d'autres domaines. […] La recherche de perception, de reproduction d'un symptôme ou d'une chose comme ça c'est plus dans le musculosquelettique et moins dans les autres domaines. »

« Mais on a plein de patients qui ont des problématiques qui ne sont pas neuropathiques, pas nociplastiques, qui sont nociceptives simplement et où la thérapie manuelle, le massage, le toucher ont toute leur place et de manière importante, pas unique mais importante. »

5.1.2 Sous-thème 2 : Communication non verbale et relation de soin

Le toucher est également perçu comme un moyen de communication non verbale, essentiel dans l'établissement du lien thérapeutique. Il est décrit comme un langage corporel à part entière, porteur de réassurance, de confiance et d'humanité dans la relation.

Le toucher est ainsi présenté comme un canal de communication distinctif de la physiothérapie :

« Pour moi, le toucher il reste fondamental dans notre profession. Je pense que c'est presque un atout de notre profession de disons pouvoir toucher "librement" dans le cadre de notre travail. Je pense que ça reste un atout, une force je dirais, de pouvoir communiquer avec nos patients par le toucher. »

Il est aussi un support à la création de lien :

« C'est que des fois, le toucher peut vraiment être un vecteur. […] le vecteur pour créer du lien avec la personne. Je pense que c'est, c'est quelque chose qu'il faut absolument garder et qu'il faut valoriser, même si y a pas toujours beaucoup d'études qui vont dans ce sens-là. Mais il y en a et je pense que ça vaut la peine de le de le maintenir, de l'adapter un petit peu en fonction de la population ou même beaucoup en fonction de la population. »

Enfin, le toucher est reconnu pour sa capacité à rassurer, à créer un espace de sécurité pour le·la patient·e :

« De manière plus précise et en utilisation du toucher à proprement dit dans ma pratique quotidienne, je pense que c'est un élément important de communication non-verbale qui rassure le patient, qui permet de véhiculer une certaine confiance dans la relation qu'on établit avec le patient et aussi vis-à-vis du déroulement du processus thérapeutique. »

« Voilà, pour moi c'est une partie fondamentale dans le toucher. C'est la communication non-verbale, c'est la relation de confiance qu'on établit, c'est aussi rassurer le patient. »

5.1.3 Sous-thème 3 : Les effets thérapeutiques perçus du toucher

Les effets attribués au toucher sont à la fois biologiques, relationnels, subjectifs ou modulés par les attentes du·de la patient·e. Cette pluralité de niveaux montre une conception riche de l'efficacité du toucher.

Certain·es évoquent des effets physiologiques spécifiques, bien qu'encore partiellement démontrés :

« Et j'ai appris un petit peu plus précisément parce que ça, évidemment, vu que la science évolue on arrive à déterminer un petit peu plus les effets qu'on peut avoir sur la production d'un certain nombre d'hormones, de neurotransmetteurs dans le fait simple de toucher les gens, et qui vont permettre, par exemple, une diminution du taux de cortisol, qui est l'hormone du stress, et une augmentation de l'ocytocine, par exemple, qui est plutôt une hormone du bien-être avec d'autres hormones. »

« Eh bien, on suppose, il y a quelques études qui montrent qu'on peut avoir une incidence sur la réduction des niveaux de cortisol et sur disons le blocage du développement des cytokines anti-inflammatoire. Donc ça c'est une première piste, même si la littérature n'est pas complètement d'accord là-dessus. Non, plutôt les preuves ne sont pas suffisamment solides pour l'affirmer, mais en tout cas on a quelques pistes. »

D'autres soulignent l'importance des effets non spécifiques, notamment l'effet placebo :

« Par exemple, l'effet placebo est un autre, la relation de confiance que l'on établit avec notre patient est un potentiel catalyseur des résultats donc a une influence sur les résultats. »

Le rôle de la perception du·de la patient·e est également mis en avant :

« Et surtout d'évaluer les résultats ressentis par la personne. Parce que ça au final c'est plus important. C'est-à-dire qu'on a des résultats mais il faut que les résultats soient perçus par le patient et peut-être que moi je suis en train d'appliquer la meilleure technique au monde, […] je peux appliquer la technique de la façon correcte dont je pense, je peux obtenir les résultats que j'espère, c'est-à-dire avoir des gains d'amplitudes ou avoir une amélioration de la fonction mais si mon patient ne le perçoit pas, et bien ça ne sert à rien, car c'est le patient qui doit le ressentir. Donc c'est pour ça que pour moi il est important, non seulement la technique mais surtout de savoir ce que la technique proportionne au patient. Est-ce qu'il se sent mieux ? Est-ce qu'il a moins de douleurs ? Est-ce qu'il est inconfortable ? Est-ce qu'il n'est pas bien ? Et ça, ce sont des éléments qui sont très important. »

Enfin, les attentes préalables de la personne touchée sont vues comme des modulateurs puissants :

« Typiquement, par exemple, les attentes des patients, les attentes des patients sont un important modulateur des symptômes. C'est-à-dire que si la personne elle a déjà eu une très bonne expérience avec une technique a, b, ou c, il y aura plus de chance que la technique que l'on applique ait des effets accrus sur cette personne. Et à l'opposé, si une personne a déjà eu une mauvaise expérience avec une certaine technique ou un certain thérapeute, et bien, cela va influencer de manière négative les résultats. »

En parallèle des effets thérapeutiques perçus du toucher, il est pertinent de questionner le rôle de la précision technique dans les résultats obtenus. Un·e participant·e souligne cette remise en question :

« *Ce qui veut dire que les deux techniques marchent. Ce qui veut dire qu'on peut être spécifique et avoir des résultats et qu'on est, si on est généraux, on peut aussi avoir des résultats. Et donc, cette succession de développement scientifique, il nous a amené à critiquer ce qu'on pensait être les raisons pour laquelle notre technique marchait et on a changé un peu le paradigme qui nous dit que l'application parfaite de la technique amène plus de résultats, à plutôt se diriger vers, on sait que la technique marche, qu'elle soit précise ou moins précise. »*

5.1.4 Sous-thème 4 : Toucher technique et communication incarnée

Le toucher est parfois difficile à isoler en tant que geste autonome. Il se fond dans les techniques manuelles, les mobilisations, les postures, et s'exprime dans l'interaction sensible avec l'autre.

Un·e participant·e expriment l'impossibilité de tracer une frontière claire entre toucher et geste technique :

« Ensuite, la question, est-ce que c'est du toucher ou est-ce que c'est de la mobilisation ou comment est-ce qu'on appelle ça ? Ça, j'en sais rien au final ça se fait quand même souvent en touchant les gens donc je pense que les choses sont un peu liées quand même. »

D'autres insistent sur le caractère relationnel et réciproque du toucher :

« Bah, je pense que quand tu touches, tu ne peux pas toucher sans être touché, d'accord. Le patient il te touche, tu le touches, donc en fin de compte si lui il n'est pas bien je pense que ça va être un frein à la capacité de percevoir le toucher. Tu vas sentir que le patient il est pas à l'aise, donc il peut pas apprécier […] ce que tu fais. Donc toi immanquablement tu vas peut-être être dans des conditions un peu moins bonnes pour développer ton toucher. C'est très subjectif ce sentiment que j'ai, c'est pas… mais je pense qu'effectivement on a besoin d'être deux pour être touché, obligatoirement. »

« On est toujours à deux. Je touche l'autre, la personne est touchée, mais quand je la touche, je suis touchée par elle, aussi, même si je ne lui travaille pas la main, quelque part elle me touche et je dois être attentif autant à moi qu'à l'autre. »

5.2 Thème 2 : Éthique et respect dans la posture professionnelle

Ce thème explore les tensions et les ajustements que les enseignant·es opèrent pour que le toucher demeure un geste thérapeutique respectueux et éthique. Il s'agit de préserver l'efficacité relationnelle et clinique du toucher, tout en respectant les limites physiques, émotionnelles et culturelles des personnes touchées. Quatre grands axes se dégagent : la notion de consentement, la gestion de la distance, l'adaptation au contexte individuel du·de la patient·e, et la subjectivité du·de la thérapeute face au corps de l'autre.

Figure 3 : Thème 2



5.2.1 Sous-thème 1 : Consentement dans le toucher

La question du consentement apparaît comme centrale dans la posture professionnelle adoptée face au corps du·de la patient·e. Ce principe est présenté non seulement comme une exigence éthique, mais aussi comme une compétence à transmettre aux étudiant·es :

« Le premier élément qui a été qui a guidé mon approche depuis que je suis enseignant, ça va être la notion de consentement. Je pense que ça va être le premier élément, un consentement éclairé et puis du respect envers les personnes. C'est ce que les personnes qu'on doit former, les étudiantes et les étudiants doivent avoir dans leur approche du toucher. »

Certain·es soulignent que cette attention au consentement est récente dans l'histoire de la profession, en réaction à des abus passés ou à des normes antérieures plus floues :

« Parce qu'il y a eu des abus, c'est pour éviter ce genre d'abus qu'on est dans une notion de consentement maintenant. Mais peut-être que le consentement au toucher c'est peut-être un point qui est je dirai un peu nouveau maintenant. Dont on parlait relativement peu avant. Les gens venaient en physio et savaient qu'ils allaient être touchés, donc on ne posait pas la question de si on pouvait. »

« Je pense qu'il peut y avoir des problèmes dans le dans le respect d'autrui. Je pense que c'est… j'ai envie de croire que c'est quelque chose qui s'améliore au cours des années. Je ne sais pas si c'est vrai. »

5.2.2 Sous-thème 2 : Distance et légitimité du geste

Le deuxième sous-thème interroge la manière dont les physiothérapeutes ajustent la proximité physique, notamment en lien avec le déshabillage du·de la patient·e, la pudeur et la posture du·de la soignant·e.

Certain·es remettent en question la norme :

« C'est la notion de la nudité ou du déshabillement des patients. Moi je déshabille beaucoup moins mes patients que ce qu'on m'avait appris quand j'étais étudiant. »

« La personne, c'est-à-dire, soit l'élève, soit le patient, ne devrait pas être obligé d'enlever ses vêtements s'il n'est pas confortable. Ça c'est vraiment la première chose, il n'y a aucune raison que la personne retire ses vêtements si elle ne le souhaite pas. »

« Je pense que des fois, le toucher, il est vraiment considéré comme peau à peau mais faut enfin, on peut toucher des patients qui sont habillés aussi. Je pense que des fois c'est même assez adéquat. »

La pudeur du·de la thérapeute est également abordée, parfois considérée comme un outil de compréhension du vécu du·de la patient·e :

« Je pense que, au fond, c'est presque un avantage d'être un peu trop pudique parce que ça permet de d'imaginer ce que des patients ou des patientes un peu pudiques pourraient sentir. Je pense, c'est plus facile de se débarrasser un peu de sa pudeur que d'en récupérer. Et ensuite faut pas non plus gêner le patient parce qu'on est soi-même, disons, gêné, de le toucher. »

La posture de respect s'exprime aussi dans la capacité à adapter la pression, la force ou le geste, selon le ressenti du·de patient·e, mais aussi selon les limites du·de la thérapeute :

« Mais je pense que pour avoir un toucher qui serait bien ressenti, de nouveau, faut le faire en s'adaptant à l'individu qu'on touche. »

« C'est apprendre à mobiliser l'autre, tout en étant respectueux de la personne, de ses tissus, de la résistance de ses tissus et respectueux de mes propres tissus, de mes propres limites. Quand c'est quelqu'un qui est trop massif, trop lourd, trop raide ou je sais pas quoi et de ne pas vouloir forcer sur mes propres tissus. »

« Donc chez certains sujets qui vont être très raides peut-être que tu devras mettre beaucoup moins ou beaucoup plus de pression pour arriver à évaluer la qualité de fin de course et dans d'autres cas ce sera très variable. »

5.2.3 Sous-thème 3 : Globalité du·de la patient·e

Ce sous-thème met en lumière les dimensions biographiques, sociales et culturelles qui influencent le rapport d'un individu au toucher. Plusieurs verbatims abordent l'importance de connaître le contexte du·de la patient·e, voire son vécu traumatique :

« Tu as des cultures où l'enfant ne touche pas le sol avant deux ans. […], il est toujours en contact. Chez les Inuits, ils sont dans le dos sur une planche en bois et puis en Afrique ils se retrouvent contre le ventre de la maman dans un de ces sacs-là. Le contact physique il est différent. »

« Et de, disons, de prendre soin de du contexte de la personne. Si on est quelqu'un qui a été victime de violence ben l'approche du toucher va être un peu différente ou encore plus respectueuse que s'il y a pas eu. Puis il y a des fois où on le sait et plein de fois où on ne le sait pas. »

« Une personne qui aura subi des attouchements violents, non consentis, ce genre de choses, aura peut-être beaucoup plus de peine à être touché et à toucher. »

« Quelqu'un et qui a subi des sévices […] il va pas toucher pareil, mais des fois ça va être l'inverse hein. Au contraire, la personne va être super douce ou au contraire va reproduire donc elle va toucher fort. Tout peut arriver. »

La dimension sociale du toucher est aussi évoquée dans une approche holistique du soin :

« Et puis, il y a tout le côté social du toucher qui est important dans notre approche biopsychosociale. »

Enfin, l'enfance et le développement affectif sont mentionnés comme déterminants du rapport au toucher à l'âge adulte :

« Est-ce qu'ils ont été touchés quand ils étaient petits ou pas, portés, pas portés, ce genre de choses. »

« Il y a des études qui montrent dans les débuts du XX^e^ siècle, je crois, […] dans des orphelinats en Roumanie, les enfants étaient complètement délaissés, absolument aucun contact physique. Et ils ont développé des troubles psychosociaux plus que d'autres qui ont été touchés. »

5.2.4 Sous-thème 4 : Perception éthique du·de la soignant·e face à la personne touchée

Le dernier sous-thème porte sur la manière dont la perception, les affects et les préférences du·de la soignant·e peuvent influencer la qualité du toucher. Le corps du·de patient·e est parfois perçu de manière affectivement colorée : agréable ou non, hygiénique ou négligé, familier ou hostile :

« C'est de percevoir le toucher, parce qu'on va avoir des patients qui sont des fois sales, des patients qui sont pas sympas, des patients qui sont super sympas, qui sont super beaux, qui sont super cool et pis d'autres qui sont pas agréable à toucher, qui ne sentent pas bon et pis ça fait partie de notre métier, donc il faut qu'on puisse idéalement toucher tout le monde. »

« Faut aimer toucher l'autre et pis de manière générale, il faut aimer les gens. Si on ne les aime pas, ça n'aide pas non plus et pis il faut aimer tout le monde, c'est pas facile ça. Tu as le patient qui est chiant, la patiente chiante, je ne sais pas quoi, et si on l'aime, on a un toucher qui est complètement différent. Ça je pense que ça s'apprend, enfin pour moi, ça a été petit à petit. »

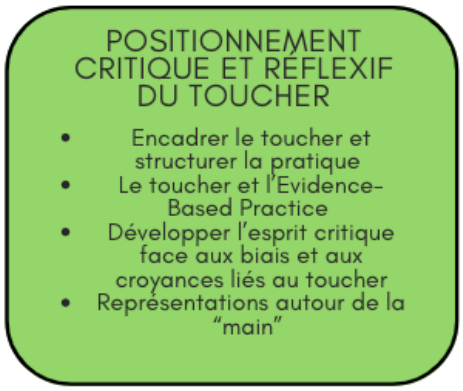
« La personne que je masse, si j'ai pas d'affinité avec cette personne, je vais probablement moins bien masser que si j'ai une certaine affinité avec cette personne. Il y a certains patients qui sont sympas, qui t'apportent des choses et tu vas leur donner beaucoup plus que le patient qui est désagréable et qui remet tout en question dans ta prise en charge, ça sera pas la même chose. »

Ces éléments montrent que le toucher, loin d'être un simple outil technique, est aussi le produit d'une subjectivité incarnée, influencée par des affects, des sensations, et un rapport personnel à autrui.

5.3 Thème 3 : Positionnement critique et réflexif du toucher

Ce thème regroupe les éléments du discours des enseignant·es qui témoignent d'une posture réflexive vis-à-vis du toucher en tant que pratique professionnelle, pédagogique et clinique. Il met en lumière un double mouvement : d'une part, la volonté de structurer le toucher à travers des outils méthodologiques, et d'autre part, la nécessité d'un recul critique sur les biais, les croyances, ou les limites propres à cette pratique sensorielle. Quatre grands sous-thèmes se dégagent : l'encadrement du toucher par des démarches raisonnées, le positionnement par rapport à l'Evidence-Based Practice (EBP), le développement de l'esprit critique en lien avec le toucher, et les représentations autour de la main et du toucher.

Figure 4 : Thème 3



5.3.1 Sous-thème 1 : Encadrer le toucher et structurer la pratique

Certains discours expriment la nécessité de proposer des outils, des repères et des stratégies pour encadrer l'apprentissage du toucher. Face à la difficulté d'enseigner une sensation

subjective, les enseignant·es s'appuient sur des démarches palpatoires, des algorithmes et des approches reproductibles pour structurer leur transmission.

L'une des réponses à l'imprécision sensorielle consiste à proposer une démarche méthodologique :

« C'est sûr que je vous ai souvent dit, c'est pour ça que je vous donne une démarche palpatoire c'est que je ne peux pas vous apprendre à sentir des choses, donc je vous donne une démarche pour être sûr, le plus sûr possible, d'atteindre la structure que l'on recherche. »

Dans le même esprit, la volonté de favoriser la reproductibilité du toucher est exprimée, notamment pour appuyer la formation sur des critères plus objectifs :

« Donc le toucher doit à la fois rester quelque chose d'humain et à privilégier. Et puis en même temps, je pense qu'il faut qu'on le guide un peu pour que ça ce soit un peu plus reproductible et qu'il y ait un peu des guides cliniques en fait, des stratégies qu'on puisse mettre en œuvre de façon plus facile. »

La création d'algorithmes décisionnels est également évoquée comme piste pour rendre le toucher plus rigoureux et sécuritaire :

« Je pense que cette notion de dosage, ça, c'est quelque chose qui s'apprend un petit peu plus, en partie avec de l'expérience, mais aussi faut qu'on développe des algorithmes qui permettent de prendre des décisions plus sécuritaires. »

Enfin, plusieurs interventions soulignent l'importance d'intégrer le toucher au raisonnement clinique, plutôt que de l'enseigner isolément :

« C'est un petit peu dans cette idée-là. On essaie de guider en utilisant le raisonnement clinique vers des sous-catégorisations de patients, on va beaucoup là-dedans maintenant. »

« Dans un quatrième niveau, ça serait de l'intégrer au raisonnement clinique, parce qu'une chose c'est la reproduction de la technique et c'en est une autre de l'intégrer au raisonnement clinique, c'est-à-dire savoir pourquoi on la fait, quels sont les résultats attendus et qu'est-ce que je dois faire si j'obtiens des résultats non attendus. »

Ces éléments révèlent une volonté de stabiliser la pratique du toucher dans des cadres réflexifs et méthodologiques, tout en reconnaissant ses limites empiriques.

5.3.2 Sous-thème 2 : Le toucher et l'Evidence-Based Practice

Les enseignant·es expriment également une conscience critique du statut du toucher dans l'évolution de la profession, notamment dans le contexte des approches fondées sur les preuves. Le regard porté sur le toucher évolue à la lumière des résultats scientifiques récents, qui tendent à relativiser sa précision diagnostique :

« Tout simplement, si on considère historiquement l'évolution de notre profession, je dirais qu'auparavant on attribuait une importance accrue au toucher en tant qu'outil thérapeutique

de diagnostic. C'est-à-dire, nous en tant que physio ou d'autres professions qui utilisent le toucher. Avec le toucher on arrivait, soi-disant, à palper les structures qui étaient endommagées soit à palper les zones qui étaient en dysfonction disons. […] Actuellement, on a des preuves de recherches qui montrent que la précision du toucher en tant qu'outil de diagnostic n'est pas aussi fiable que ce que l'on pensait. »

D'autres rappellent que l'EBP ne se réduit pas à la recherche, mais intègre l'expérience clinique du·de la thérapeute et les préférences du·de patient·e, ce qui redonne une légitimité au toucher dans une approche globale :

« Qu'effectivement on vous parle de EBP et puis donc vous mettez le 90% dans la recherche. Alors que le EBP, c'est la recherche, oui, mais à part égale avec l'expérience clinique du thérapeute et les préférences du patient. Donc ça il ne faut pas l'oublier. »

5.3.3 Sous-thème 3 : Développer l'esprit critique face aux biais et aux croyances liés au toucher

Ce sous-thème rassemble des prises de position fortes sur la nécessité de développer l'esprit critique autour du toucher, tant sur le plan de sa perception que de son enseignement. Des risques de pratiques douteuses ou dogmatiques sont pointés, ainsi que les biais cognitifs et subjectifs qui influencent la perception du·de la praticien·ne.

Certain·es évoquent la proximité du toucher avec des pratiques considérées comme non fondées, et appellent à un cadre de régulation clair :

« En France, maintenant, ils ont un ordre de la kinésithérapie, des masseurs-kinésithérapeute, qui a classé un certain nombre de pratiques dans des pratiques frauduleuses ou des dérives sectaires. Je pense que c'est des choses dont on devrait s'inspirer en Suisse, je pense que là, ils ont clairement pris de l'avance. Et justement le toucher est fortement lié à beaucoup de ces pratiques-là, donc je pense qu'il y a un peu une réflexion de fond à avoir. »

La subjectivité des perceptions est souvent remise en question. Le doute devient une posture pédagogique légitime :

« Il faut pas non plus le surcoter parce que on a énormément de biais et puis qu'on va sentir des tas de choses qui ne sont pas réalistes ou qui sont pas réelles ou qui sont juste dans l'erreur de mesure ou dans de la projection, de ce qu'on voudrait sentir et toucher, c'est, c'est quelque chose qui est très compliqué en fait, à aborder. »

« Est-ce qu'on arrive vraiment à produire des signes qui sont réels ou est-ce que j'y crois tellement que je le sens ? Et là je préciserai que c'est pas pour les étudiants, mais c'est pour tous les physio tout court. Enfin, moi je m'inclus là-dedans, largement y a des tas de fois où je pense que je sens des choses et je sais pas trop si c'est vrai ou pas. »

« Je pense que le fait effectivement que l'on pense ou disons, les croyances qu'on a nous professeurs et élèves et l'importance que l'on attribue au toucher va fortement influencer la manière dont on l'enseigne. Donc ça je pense que c'est une barrière au final. Que ce soit

pour ceux qui l'enseignent de manière très précise ou pas. Donc nos connaissances sont effectivement un biais très important. »

Face à ces limites, certain·es appellent à renforcer la formation à l'esprit critique et à la reconnaissance des biais :

« Je pense que ce qu'il faut c'est, c'est en particulier, disons, développer son esprit critique et puis essayer de limiter les biais cognitifs qui sont liés à ça. »

« La principale barrière reste ce qu'on ne sait pas. Et la deuxième barrière c'est ce qu'on pense savoir. »

5.3.4 Sous-thème 4 : Représentations autour de la "main"

Enfin, quelques verbatims abordent la place symbolique et technique de la "main" dans la pratique du toucher. Si le concept de "bonne main" est critiqué pour son flou, il reste un repère dans les représentations partagées :

« Oui, chaque parcours est individuel, je pense qu'il y a des gens qui ont naturellement, des fois, on dit une "bonne main". C'est un terme qui est pas terrible, mais il y a des gens qui ont une main, qui est plus agréable que d'autres et je pense que ça c'est quelque chose d'individuel. »

Un·e participant·e distingue cette approche intuitive des cadres plus rigoureux, évoquant notamment l'écart entre certaines approches ostéopathiques et d'autres plus standardisées :

« Bah oui, y a des concepts qui sont un peu différents où on va beaucoup plus faire confiance à la main, je pense par exemple à des concepts ostéopathiques. Et puis y en a d'autres où en fait, on va rechercher des signes, mais qu'on va interpréter avec plus de… disons en faisant attention à ne pas céder à nos propres biais. »

D'un point de vue pédagogique, la main est aussi envisagée comme interface initiale d'apprentissage, appelée à se transformer avec l'expérience :

« Et la main est l'intermédiaire entre le thérapeute et le patient, la patient, l'étudiant, etc... Donc très focalisé sur la main au début pour ensuite prendre beaucoup de distance et la main devient entre guillemets secondaire. »

5.4 Thème 4 : Apprendre à toucher

Ce thème explore la manière dont le toucher se construit et se développe au fil de la formation. Il met en lumière l'articulation entre connaissances théoriques, sensibilité perceptive, et expérimentation répétée. Apprendre à toucher, c'est à la fois acquérir des savoirs biomécaniques, affiner une perception sensorielle, et s'engager dans une pratique corporelle répétée, orientée par l'intention clinique.

Figure 5 : Thème 4



5.4.1 Sous-thème 1 : Place des notions bio-anatomiques

Le savoir anatomique est mentionné comme un fondement indispensable pour guider le geste. Il ne s'agit pas seulement de savoir ce qu'on touche, mais aussi de comprendre le "pourquoi" du geste tactile :

« Alors déjà connaître l'anatomie, c'est à dire savoir ce qu'on touche. »

« En termes d'anatomie palpatoire, il faut savoir ce qu'on veut toucher, voir l'attention qu'on a quand on veut toucher, c'est à dire : "Je veux améliorer la souplesse de ce tissu. Je veux diminuer l'œdème de ce tissu." L'objectif qu'on a derrière est important. Et c'est justement tout l'inverse pour les obstacles. C'est-à-dire, de toucher sans savoir ce que tu veux toucher, sans avoir d'objectif clair, sans visualiser l'anatomie en 3D. »

Ce rapport à l'anatomie évolue avec l'expérience : il s'agit d'un savoir à intégrer puis à dépasser, afin de laisser place à un toucher plus fluide et intuitif :

« Alors l'anatomie elle est indispensable au début. Après, plus loin, il faut abandonner l'anatomie. C'est à dire que les mains vont se poser parce qu'on a su, on sait où c'est. »

« Parce que j'ai la connaissance et que j'ai touché des milliers de personnes donc euh à un moment donné c'est bien de pouvoir l'oublier parce que d'autant plus qu'elle est différente d'une personne à l'autre donc si je me fixe sur l'anatomie en attendant quelque chose, parfois je vais me dire c'est bizarre mais en fait c'est juste parce que la personne est constituée différemment. C'est pas grave. »

Cette évolution dans le rapport au savoir anatomique amène certain·es praticien·nes à interroger la précision même de l'anatomie perçue, soulignant l'écart possible entre la représentation théorique des structures et leur accessibilité réelle par le toucher :

« Il faut sans doute, fondamentalement, connaître l'anatomie, la biomécanique, la transmission des forces, ça reste un aspect disons fondamental pour l'application de la technique. Mais je pense qu'elle n'est pas aussi précise que ce que l'on pense. »

« Et puis une bonne connaissance anatomique pour nourrir la réflexion quand on touche quelque chose en se demandant si on est vraiment en train de toucher un psoas ou si en fait, peut être que c'est pas possible, enfin, ce genre de choses. C'est bien joli de le voir sur un schéma, mais après de voir si on si on est en train de projeter ce qu'on a envie de toucher ou pas. »

5.4.2 Sous-thème 2 : Influence des sens sur la perception tactile

Les conditions sensorielles environnantes influencent directement la qualité du toucher. Le bruit et la lumière peuvent distraire l'attention du·de la thérapeute et perturber la finesse perceptive :

« Oui et souvent ça m'est arrivé, peut-être à vous aussi, de dire essayer une fois de masser dans le silence. Tu es beaucoup plus dans l'intention et le massage il est probablement 10 fois mieux si tu le fais dans le silence en étant concentré dans ce que tu fais que si tu es juste en train de papoter et que t'es pas dans le truc. »

« L'idéal ce serait des cours en silence et là je pense, parce que du coup si c'est en silence, vous avez plus l'oreille à vous occuper, donc vous êtes vraiment plus dans vos mains, dans l'écoute de la perception, ça change des choses parce que le bruit influence notre système vestibulocochléaire, donc influence forcément notre perception proprioceptive. Quand je vous fais faire des choses dans le silence, vous sentez tout de suite mieux, parce qu'il n'y a plus l'oreille, il n'y a plus l'écoute qui vient perturber le système vestibulocochléaire. »

« C'est vrai qu'il faut des fois diminuer les autres sens, à savoir la vue, on peut demander du silence pour jouer sur l'ouïe. […] Mais voilà justement pour favoriser le travail sur la perception du toucher, de diminuer les autres sens, les autres influences des autres sens pour se concentrer uniquement sur le toucher et ce qu'on touche. Ça c'est pas mal pour favoriser. »

« Je pense qu'effectivement, s'il y a trop de volume sonore, et des lumières trop crues, ou au contraire pas assez de lumière, ça peut être un problème. Je pense que le manque de lumière sera moins un problème qu'une lumière exagérée. »

5.4.3 Sous-thème 3 : Les outils pour favoriser l'apprentissage

La répétition est perçue comme essentielle au développement d'un toucher qualitatif. Elle est associée à la mémoire corporelle, mais aussi à l'intégration d'un retour du sujet touché :

« Répéter, répéter, répéter, répéter. Et puis, demander le feedback du sujet parce qu'il sait quand on est... il sent si on est cutané, musculaire ou même osseux. Ça se sent, ça se perçoit, donc utiliser le feedback du sujet c'est aussi primordial. »

« La répétition c'est essentiel. »

« Troisièmement, c'est de s'entraîner avec les pairs. J'aurais tendance à dire que plus on pratique et mieux on se sent à l'aise avec la technique. »

« Bah je pense que tout simplement le fait qu'il y ait des moments de pratique est fondamental, puisque la répétition, mène à l'apprentissage. »

Cette répétition s'accompagne d'une variété de corps touchés, permettant d'affiner la perception de la normalité, de la différence, et de l'adaptabilité gestuelle :

« De changer d'individus, parce que, ça je ne l'ai pas dit avant par exemple, mais effectivement de changer pour voir les différences qu'il y a dans une norme qui est très large. C'est à dire que des amis qui n'ont pas de problématique et qu'on va masser, toucher, qui ne viennent pas pour se faire traiter et bah il y a des différences énormes entre un individu et un autre et de se rendre compte que dans ce qui est normal il y a déjà d'énormes différences.»

« Vous, si je vous disais changer d'étudiant régulièrement, mais le plus souvent vous changez pas parce que vous êtes bien avec une personne, puis d'aller faire de la pratique avec celui-là, vous ne le sentiez pas. Alors avec certains ça allait très bien et tout d'un coup voilà, il y a des personnes avec qui t'as moins d'affinité donc t'as pas envie de te mettre avec cette personne-là, puis en fait, c'est ce qu'il faudrait idéalement. »

« C'est de faire passer un étudiant sur plusieurs sujets, pour qu'ils se rendent compte que c'est différent, que les tissus sont différents d'un sujet à l'autre. »

« Il y a que je ne vous fais pas assez changer de sujet. Quand vous avez choisi un sujet en première année, c'est votre sujet jusqu'à la fin de troisième, je le vois bien. De nouveau, je n'ai pas le temps de vous faire permuter, changer de praticien, changer de sujet, donc pratiquer, changer de sujet. »

Enfin, la maîtrise technique est un préalable au relâchement gestuel, permettant de passer du geste pensé au geste senti :

« Alors je pense qu'une des difficultés quand même, c'est la répétition des choses. […] les gens répètent pas assez donc parfois l'autre difficulté c'est qu'ils n'arrivent pas à être concentré sur leur toucher parce qu'ils sont en train de réfléchir à la précision de la technique, comment mettre le directionnel, la prise, etc… »

« S'ils sont trop concentrés là-dessus ils ne sont plus concentrés sur toucher. Quand la technique est apprise et qu'on sait exactement où on va mettre les mains, là on peut être attentif au toucher. Donc la répétition des choses elle est fondamentale et de manière générale, les étudiants répètent pas assez mais en même temps on leur donne pas ce temps. Donc il n'y a pas de chemin. »

La place de l'expérience dans la construction du toucher divise : elle est parfois valorisée, parfois relativisée face à la compétence perceptive des étudiant·es :

« Je pense que pour certaines choses l'expérience vaut la peine, notamment en termes de raisonnement clinique ou des choses comme ça, après sur le toucher je ne suis pas sûr. Je ne suis pas sûr que, très factuellement, je ne suis pas sûr que vous sentiez des choses moins bien que moi, pourtant j'ai pas mal d'expériences maintenant. »

« Pour moi le développement de la sensibilité tactile, c'est l'expérience qui permet de l'acquérir. »

« Mais il y a pas mal d'études qui nous montrent que des étudiants même pas encore diplômés ont pas des résultats qui sont moins bons que des sujets expérimentés. »

5.4.4 Sous-thème 4 : Imaginer, visualiser, ressentir

Le travail de projection permet d'augmenter la conscience tissulaire et d'imaginer les structures internes, renforçant l'intention et la précision du geste :

« Évidemment, il y a des arguments qu'on utilise : de se projeter, d'essayer de sentir, de connaître l'anatomie puis se dire voilà, je touche la peau, j'essaye d'être dans le muscle, j'essaie d'être dans l'os, j'essaie de mobiliser une articulation, etc... mais c'est vraiment dans la projection, dans la répétition et puis dans le feedback du patient ou du sujet que l'on touche. »

« C'est d'essayer de se projeter, c'est à dire je touche, qu'est-ce que je touche, je vois que là il y a un muscle et j'essaie de toucher ce muscle-là. Je me projette dans ce que je veux je veux toucher. »

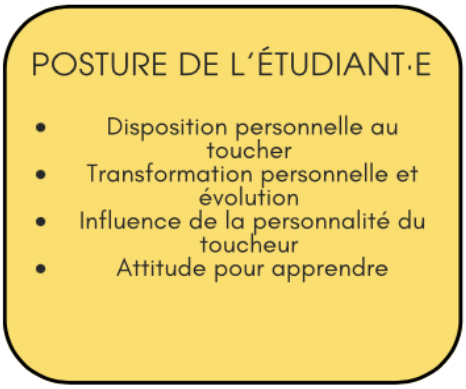
La visualisation tridimensionnelle est également citée comme outil de finesse gestuelle :

« Ensuite, vraiment avoir une vision en trois dimensions, à savoir que je traverse différentes couches et de se projeter dans les différentes couches tissulaires que l'on traverse. »

5.5 Thème 5 : Posture de l'étudiant·e

Ce thème met en lumière la manière dont la posture personnelle, affective, cognitive et comportementale des étudiant·es peut influer sur leur capacité à développer un toucher thérapeutique. Apprendre à toucher ne relève pas uniquement de l'acquisition technique : il peut s'agir d'un processus profondément lié à la disposition intime de l'apprenant, à sa construction identitaire et à son engagement émotionnel dans l'acte de soin.

Figure 6 : Thème 5



5.5.1 Sous-thème 1 : Disposition personnelle au toucher

Les données révèlent que certain·es étudiant·es disposent, dès le départ, d'un rapport au toucher plus fluide, plus naturel, tandis que d'autres éprouvent des réticences ou un inconfort plus marqué. Ces prédispositions personnelles apparaissent comme un facteur facilitateur ou, au contraire, comme un frein :

« Oui, oui, oui on voit les gens qui ont beaucoup plus pratiqué que d'autres, ceux qui aiment faire ça, ceux qui aiment pas tellement. »

« Il y a des gens qui aiment toucher mais qui n'aiment pas être touché aussi donc une personne qui n'aime pas être touchée peut tout à fait toucher très bien et développer son sens du toucher de manière très importante. Mais c'est sûr que la personne qui a une certaine réticence par rapport à ça, ça va être plus difficile d'apprendre. »

« Je pense qu'un des trucs qui est facilitant c'est aimer toucher et aimer être touché. Je pense que s'il y a bien un métier ou c'est indispensable, c'est celui-là. »

La facilité et le rapport avec le toucher varient considérablement selon les individus :

« Il y en a qui sont très à l'aise avec le toucher, d'autres on voit qu'ils sont moins à l'aise avec le toucher. »

« Dans un sens, c'est un peu bizarre finalement de finir en physio si on a ce problème là, mais ce sont des questions qui sont déjà posées par le passé et pour des étudiantes ou des étudiants

qui avaient un rapport vraiment très complexe au toucher. Et à l'inverse d'autres qui avaient un rapport trop facile au toucher. Ça dépend beaucoup, bah y a des notions socioculturelles, beaucoup d'expérience »

5.5.2 Sous-thème 2 : Transformation personnelle et évolution

Le toucher se développe aussi en lien avec des pratiques corporelles et créatives, que ce soit à travers des activités artistiques ou des expériences sportives. Ces pratiques contribuent à affiner les perceptions sensorielles, à assouplir la relation au corps et à modifier la manière de toucher :

« Je me dis que certains sports, certaines activités, je sais pas moi j'aime bien faire de la poterie, c'est cool. Mais voilà tu favorises de toucher, tu malaxes la terre et puis tu essayes d'en faire une forme. Je pense que ça, ça peut aussi stimuler un petit peu le toucher même si c'est le toucher de la terre et pas du corps. »

« Ça dépend de, bêtement de la pratique d'autres activités en termes de sport où y a des gens qui ont plus l'habitude de se toucher ou de se changer les uns devant les autres, ce genre de choses donc. »

L'évolution personnelle s'inscrit dans un temps long, qui dépasse souvent la temporalité des études :

« Après, je pense que c'est un, c'est un long trajet de développement du toucher, de ressentir et ça prend, ça prend beaucoup de temps donc c'est pas quelque chose qui aboutit à un résultat finit à la fin de la 3e année. »

Le développement du toucher se nourrit également d'expériences transversales, au-delà de la formation en physiothérapie :

« Tout ce qu'on apprend, c'est sûr que si c'est centré sur l'humain, la santé, etc… ça aide un peu plus, mais quoi qu'on apprenne, ça peut être des arts martiaux, ça peut être de la peinture, ça peut être du chant… quel que soit les sens […] tout est interconnecté de toute façon. À un moment donné, il va se passer des choses dans le toucher. »

Ce processus de transformation personnelle semble étroitement lié à une transformation du toucher lui-même, comme si chaque évolution intérieure venait subtilement modifier la qualité de la relation tactile :

« Et ben notre palpation se modifie aussi. On va faire un cours de développement personnel, on va faire Vipassana pendant une semaine et on revient et on se dit : « ouah je touche différemment maintenant. » donc tout ce qu'on apprend c'est sûr. »

5.5.3 Sous-thème 3 : Influence de la personnalité du toucheur

Des dimensions comme la confiance en soi, la pudeur ou la peur sont citées comme ayant un effet direct sur la capacité à oser toucher, à exprimer son ressenti ou à développer un toucher ajusté :

« Certains sont peut-être un peu trop timides et pas assez en confiance par rapport à leurs compétences et n'osent pas vraiment et d'autres à l'inverse, vont sentir des tas de choses qui n'existent pas »

« Je peux imaginer que ça la freine, parce qu'elle aura peur, peur d'être touché, peur de toucher l'autre du coup. »

« Donc il y a voilà, la pudeur est importante, maintenant c'est important de la respecter, mais je pense qu'une personne trop pudique ça peut la freiner dans son apprentissage. »

5.5.4 Sous-thème 4 : Attitude pour apprendre

L'apprentissage du toucher est également conditionné par l'engagement volontaire, la présence mentale et l'intention posée dans le geste. Ces qualités subjectives sont décrites comme essentielles à l'efficacité du toucher thérapeutique :

« Comme difficulté, je dirais […] le manque d'envie, c'est-à-dire d'intention. Parce que toute l'intention que tu mets, quelle que soit la technique de traitement […]. Si tu y mets de l'intention et si tu crois en ce que tu fais, ça se voit et ça marchera mieux j'en suis persuadé. Si tu crois pas à ce que tu fais, pis que tu mets pas d'intention en disant : « bon voilà je vais le masser parce qu'il me demande ça, […] je me sens obligé de le faire. » ça marchera probablement moins bien parce que le thérapeute il ne met pas de l'intention et il ne met pas d'envie. »

« Essayez une fois. Mettez une mauvaise intention dans le toucher et toucher la personne. Et de la même manière, vous mettez la main au même endroit mais vous vous dites « je suis fâché avec la personne », vous essayez de mettre une intention désagréable et puis après vous faites la même chose avec une intention agréable « je veux lui faire du bien ». Je suis sûr que la personne elle le sens, qu'elle va s'en rendre compte. Faites le test, moi j'ai déjà fait le test, tu ressens ça. Vous avez déjà ressenti ça, quand vous étiez en cours de massage et que c'était pas tout à fait la personne avec qui vous vouliez être, et qu'en plus il y va un peu trop fort, ou pas assez fort, ou pas au bon endroit. »

« C'est pour moi la base, présence, attention, intention. »

L'implication concrète dans les cours, l'attention, la concentration et même la capacité à se divertir en apprenant sont évoquées comme des leviers pédagogiques forts :

« Oui et au moment où on est là pour les apprendre (les techniques) et les appliquer bah justement de le faire. Parce qu'il y a aussi des collègues où au moment où les professeurs sont là, ne le font pas. »

« Quand on est attentif, on apprend, on apprend plus. […] Je sais qu'on apprend plus quand on…je sais qu'on apprend plus quand on se divertit, par exemple. On apprend plus rapidement et plus facilement quand on est dans un environnement agréable, plaisant, où on se sent à l'aise et on est bien. »

« Je pense que la capacité de se concentrer et de faire abstraction du reste, on peut mais il ne faut pas qu'il y ait trop trop de bruit et d'agitation. »

« Je pense qu'il y a un peu un mythe autour du toucher, où on pense qu'il faut beaucoup d'expérience pour être bon etc… et je pense qu'il faut surtout beaucoup de bienveillance. »

Enfin, des caractéristiques corporelles ou posturales peuvent influencer l'attitude et parfois surprendre, en venant contrebalancer les attentes :

« Je pense que la taille, peut-être le poids, masculin / féminin ça me semble évident. […] Des fois je suis surpris de l'autre côté, c'est-à-dire des gens qui font des sports de combat […] où je me dis qu'il va toucher comme une brute et pis c'est pas le cas, il peut être très doux dans son toucher et c'est génial. Et pis d'autres qui sont toutes petites, qui font de la couture en fait quand elle te touche tu as l'impression qu'elle passe à travers toi donc ça peut être très surprenant. »

Le statut de débutant·e peut aussi inhiber l'expression tactile, par peur de se tromper ou par absence de permission intérieure à ressentir :

« Il y a une sorte de, comme j'ai dit avant, le débutant, de peur de ne pas en faire assez en fait toujours trop »

« Parce que combien de fois j'ai des étudiants et étudiantes qui me disent « je ne sens pas », mais bien sûr que tu sens quelque chose, je ne dis pas où, mais bien sûr que tu sens quelque chose, c'est juste que tu ne t'autorises pas à l'énoncer. »

5.6 Thème 6 : Enseignement et évaluation du toucher

Ce thème explore les manières dont les enseignant·es en physiothérapie organisent, transmettent et évaluent le toucher. Il met en lumière les contraintes institutionnelles et pédagogiques dans l'enseignement de cette compétence sensorielle, mais aussi les réflexions éthiques et méthodologiques qui animent les formateur·rices. L'analyse s'articule autour de quatre grands axes : les conditions d'enseignement, les stratégies pédagogiques, les critères d'évaluation du toucher, et la posture réflexive du corps enseignant.

Figure 7 : Thème 6



5.6.1 Sous-thème 1 : Cadre d'apprentissage

Plusieurs enseignant·es soulignent les contraintes structurelles qui influencent directement la qualité de l'apprentissage du toucher. Le nombre d'élèves par enseignant·e est régulièrement cité comme un obstacle à un enseignement individualisé :

« Je pense que des classes à 60 c'est compliqué s'il y a qu'un seul enseignant. Ça arrive de temps en temps. »

« Précisément. Je pense qu'il n'y a pas besoin non plus d'un professeur par 10 élèves, je pense que c'est pas le facteur déterminant pour l'apprentissage des techniques. Disons, si pour 30 élèves on a 2 professeurs, je pense que c'est suffisant. »

« Et quand moi j'ai commencé comme prof, il y avait 24 étudiants, et on était deux experts. Après on a été un expert, un assistant, ce qui est bien, mais il n'a pas notre recul, il n'a pas notre expérience […]. Et des fois je suis tout seul, avec 24, voir avec 45, ce n'est pas des bonnes conditions ça. J'aimerais pouvoir passer sur chaque étudiant, lui faire sentir l'intensité, comment moi je le fais, ça ne veut pas dire qu'elle est juste, mais comment moi je la perçois, passer sous les mains de chacun, sentir comment elles font. »

Ce nombre important d'étudiant·es rend difficile la disponibilité et les retours individualisés :

« Ah ! le nombre d'élèves, ça c'est certain que quand on est moins j'ai plus le temps de passer et de donner des feedbacks aux étudiants. »

« Le nombre d'étudiants augmente donc évidemment on peut beaucoup moins facilement donner un feedback à tous les étudiants, prendre du temps avec les étudiants, pour les aider dans l'apprentissage de la perception. »

L'évolution des programmes semble aussi contribuer à cette perte de temps dédié à la sensibilité :

« Malheureusement, les nouveaux programmes font que j'ai moins la possibilité de faire ça, donc c'est beaucoup de techniques à apprendre et puis moins d'attention à la sensibilité à la palpation. »

Un·e participant·e insiste également sur l'importance d'un cadre pédagogique clair et d'un environnement propice à l'apprentissage :

« Je pense que d'avoir un cadre suffisamment clair en termes de règles ou de procédures, je pense que c'est quelque chose qui doit faciliter les choses. »

« Il faut éviter que la classe fasse deux choses complètement différentes. S'il y en a qui font des sauts à droite, à gauche et que de l'autre côté on a une demi-classe qui doit faire autre chose, ce n'est pas faisable. Il faut bien partager en termes de locaux. »

« D'avoir des locaux qui sont propres, avec peut-être des rideaux aux fenêtres et pas des voisins pile en face. Éventuellement des locaux […], qui sont non seulement propres mais qui

donnent un peu l'impression d'être propre, je pense que ça aide aussi pour se sentir à l'aise dans un endroit. »

Un·e enseignant·e pointe aussi le manque de temps et de pratique comme des freins majeurs :

« Une des difficultés c'est le temps. j'ai pas assez de temps parce que j'aimerais vous faire passer au moins sur quatre voir cinq sujets de suite. J'aimerais pouvoir passer dans vos mains au moins une fois pendant trois ans et c'est pas le cas quoi. j'ai été touché par peut-être cinq ou six d'entre vous c'est tout. »

« Faudrait plus d'heures, ça c'est, ça manque cruellement. Je trouve que vous n'avez pas assez de pratique, pour une formation professionnelle ou on mise quand même beaucoup sur la pratique, je trouve que vous n'avez pas assez de pratique. »

5.6.2 Sous-thème 2 : Stratégies et techniques pédagogiques

Les modalités d'enseignement du toucher passent par des stratégies variées : démonstration, imitation, expérimentation, diversité de styles et contacts directs.

L'importance de l'enseignant·e comme cobaye est soulignée pour affiner la perception de l'étudiant·e :

« Et puis quand j'ai le temps, c'est de passer sous les mains de l'étudiant / l'étudiante. »

« Que les étudiants puissent passer à chaque cours sur plusieurs sujets, et le plus régulièrement possible de passer sur nous. »

« Je me couche sur la couchette, je leur demande de me prendre ma tête et de me masser les sous occipitaux. Et puis après je donne un petit feedback si vous le demandez. »

Une attention est portée à la diversité des approches pédagogiques, pour s'adapter aux styles d'apprentissage :

« Après, le développement du sens du toucher lui-même… Je pense que chaque individu a des particularités. Il va y avoir des méthodes qui vont mieux convenir que d'autres. Donc, proposer diverses approches et divers cadres, des modalités différentes pour que tout un chacun puisse un petit peu y trouver son compte. Et ensuite adapter pour pouvoir persister dans cette voie. »

« Et si tu ne sens pas ce que moi je sens, ce n'est pas grave, il n'y a pas de référentiel juste ou faux. Peut-être que la personne elle sent un truc, je dis toujours, on est 50 à passer un un glisser, on est 49 à sentir dans un sas que c'est raide, le 50ème sent dans l'autre sens, c'est juste aussi. Parce qu'on n'est peut-être pas dans le même plan. »

« Si on est deux experts, ça veut dire deux portes d'entrées différentes, et si possible qu'on soit pas pareil, si possible, pour avoir deux perceptions. »

Un·e participant·e valorise aussi l'accompagnement gestuel direct, via l'imitation :

« C'est de moi accompagner les mains de la personne, c'est de montrer d'un côté pendant que l'étudiant montre de l'autre côté, fait de l'autre côté. »

5.6.3 Sous-thème 3 : Critères d'évaluation

Le toucher est évalué selon plusieurs dimensions complémentaires : fluidité, positionnement, ressenti perçu par l'enseignant·e ou le·la patient·e, présence dans le geste.

Certains critères sont liés à la fluidité et à l'harmonie du mouvement :

« Après elle se perçoit aussi dans votre positionnement, dans la prise que vous avez, dans l'harmonie du geste que vous faites on voit si c'est maladroit […], si c'est beau à voir en général c'est que c'est plutôt bien. »

Le positionnement corporel et la gestuelle sont également analysés :

« Je pense que tout ce qui est positionnement, déplacement dans le toucher est important. C'est un peu les critères d'évaluation que je vous donnais, c'est à dire votre positionnement, le positionnement du thérapeute, son déplacement, la direction dans laquelle il va mettre ses mains, l'intensité dans laquelle il va mettre ses mains. Le côté englobant et pas trop pointu. »

« Sur le positionnement des mains, sur le positionnement du sujet, sur le positionnement du patient, sur l'application de la technique, c'est à dire l'application des forces, le sens, s'il y a de la traction, s'il y a de la distraction, de la direction. »

La perception du geste du point de vue de la personne touchée est aussi envisagée :

« Après, si on parle de la personne qui ressent le toucher, là je pense qu'on a potentiellement beaucoup plus de critères. Par exemple, est-ce que c'est agréable ou pas, est-ce que c'est douloureux ou pas, est-ce que c'est rassurant ou pas, est-ce qu'il y a une certaine direction ou un certain objectif avec ce toucher ou pas. »

Enfin, la concentration et la qualité est valorisé dans l'évaluation du geste :

« Quand j'évalue le massage par exemple, on voit si vous êtes dedans, dans la tête et dans les mains évidemment, ou si vous êtes en train de réfléchir à autre chose. Si vous êtes en train de réfléchir à ce que vous allez faire après mais vous n'êtes pas dans ce que vous êtes en train de faire dans le moment et ça c'est important. »

« On va essayer de stimuler votre ressenti : qualité de fin de course, pas que quantitatif mais aussi qualitatif dans le geste. »

5.6.4 Sous-thème 4 : Posture réflexive de l'enseignant·e

Ce dernier sous-thème regroupe les discours sur la position du·de la formateur·rice dans la transmission du toucher. Il interroge la verticalité du savoir et l'autonomisation des étudiant·es.

Certains remettent en question une approche trop centrée sur le savoir du·de la professeur·e :

« L'apprentissage et la transmission des thérapies manuelles… Moi je trouve qu'on est trop focalisé sur le professeur et sur le savoir du professeur. Et moins focalisé sur le besoin des étudiants. »

Une forme de relation plus égalitaire est alors défendue, inspirée de la posture thérapeutique :

« Maintenant si je reviens à l'éducation, il me semble qu'avec l'éducation, c'est potentiellement le même principe. C'est-à-dire qu'il y a le professeur qui est là, avec son savoir, avec ses connaissances et sa vaste expérience et il y a l'élève qui ne sait rien et qui doit absolument faire ce que le professeur pense qu'il doit faire. Moi, je réfléchis à ça, je me dis est-ce que c'est la bonne voie pour permettre à l'élève d'apprendre mieux ? Et la réponse que j'ai, c'est que je ne pense pas, c'est que non. C'est que je pense qu'il faudrait que les professeurs aient moins de responsabilité dans l'apprentissage de l'élève et donc que l'élève ait plus de responsabilité dans son apprentissage. Je pense que le professeur devrait être un peu plus conseiller et orientateur, plutôt que quelqu'un qui montre comment on doit faire. »

« On a migré d'un type de pratique où le physiothérapeute, ou le professionnel de la santé était supérieur en terme de savoir, était supérieur en terme de connaissances et devait dire au patient absolument ce qu'il avait et comment il devait vivre sa vie […]. Il y avait une espèce d'inégalité qui se faisait et qui mettait en avant beaucoup plus le physiothérapeute par rapport au patient. Actuellement, on sait, parce que la recherche nous montre, qu'il est déconseillé d'utiliser cette asymétrie. »

Enfin, plusieurs discours appellent à une autonomisation de l'étudiant·e dans l'apprentissage :

« Pour ça on a besoin des élèves. Un, parce que c'est une approche qui serait centrée sur les élèves, c'est-à-dire que ça oblige les élèves à se mobiliser, à mobiliser leurs connaissances et à identifier leurs besoins. Et je ne vois pas l'évaluation comme une barrière, parce que dans un monde idéal, l'élève devrait être en capacité de s'auto-évaluer et de comprendre ses besoins, d'identifier ses lacunes et ses points forts. Et une fois de plus, le professeur serait là pour accompagner ce processus-là et non pas pour juger quelque chose. »

« Moi j'aimerais plutôt penser que si on capacite les élèves à l'auto-apprentissage et bien on aurait peut-être moins besoin de professeurs et on donnerait des bagages pour le futur de ces élèves. »

6. Discussion

La présente discussion se structure en plusieurs sous-parties, chacune répondant à un objectif spécifique. Dans un premier temps, nous revenons sur les principaux résultats de notre étude afin de les mettre en perspective avec les données de la littérature existante. Cette analyse nous permet d'identifier les convergences, les divergences ainsi que les apports originaux de notre recherche. Dans un second temps, nous examinons ces résultats à la lumière des hypothèses initialement formulées, ce qui nous permet de juger de leur validité et de proposer des pistes d'interprétation. Nous abordons ensuite les biais potentiels et les limites méthodologiques de notre étude, tout en mettant en évidence ses forces et sa pertinence dans le champ de la physiothérapie. Ensuite, nous abordons le sujet par une prise de position personnelle en tant que physiothérapeutes en formation, nourrie par nos lectures, nos entretiens et notre expérience, sur les enjeux soulevés par la transmission et l'apprentissage du toucher dans notre profession. Enfin, cette section se clôt par une ouverture sur les perspectives d'approches du toucher en physiothérapie.

6.1 Analyse des résultats principaux et liens avec la littérature

L'analyse thématique menée dans cette étude a permis de dégager six grands thèmes, témoignant de la richesse et de la complexité des perceptions que les enseignant·es en physiothérapie ont de l'enseignement du toucher. Ces résultats mettent en lumière à la fois les dimensions techniques, pédagogiques, émotionnelles, et éthiques du toucher, tout en révélant des variations entre différents modèles de transmission. Ces constats entrent en résonance avec les recherches récentes sur le rôle du toucher dans les soins et en formation.

6.1.1 Le toucher comme compétence identitaire, incarnée et non objectivable

Plusieurs enseignant·es interrogé·es décrivent le toucher comme un élément central de l'identité professionnelle du·de la physiothérapeute. Il ne s'agit pas seulement d'un outil diagnostique ou thérapeutique, mais bien d'un mode d'être en relation, d'un langage silencieux qui permet d'accéder au corps de l'autre dans toute sa complexité. Cette vision rejoint celle de Bjorbækmo & Mengshoel, (2016), qui insistent sur le fait que le toucher donne accès au vécu corporel du patient et ne peut être réduit à une procédure technique. Loin de n'être qu'un geste, il engage une posture, une qualité de présence, et un savoir-être avec le corps de l'autre (Bjorbækmo & Mengshoel, 2022).

Nos résultats montrent aussi que cette compétence est perçue comme difficilement transmissible : elle relève davantage d'un processus d'incubation, de maturation, que d'un apprentissage formel. Ce flou épistémologique renvoie à une tension structurelle bien documentée dans la littérature : l'écart entre une approche biomédicale objectivante et une approche incarnée, sensible du soin (Hargreaves, 1982; Roger et al., 2002).

6.1.2 Une pédagogie du toucher fondée sur l'expérience, la répétition, et la réflexivité

Tous les participant·es insistent sur l'importance de la pratique répétée comme condition nécessaire (mais non suffisante) au développement de la sensibilité palpatoire. Cette pratique doit s'inscrire dans un cadre pédagogique qui encourage l'attention, le ressenti corporel et le retour réflexif. Il ne s'agit pas « d'apprendre à manipuler », mais bien d'apprendre à « ressentir en touchant ». Ce cadre fait écho aux principes de l'apprentissage expérientiel décrits par Kolb, (1984), et plus récemment par Nagel et al. (2024), qui soulignent que l'expérience seule ne garantit pas l'apprentissage si elle n'est pas accompagnée d'une phase de conceptualisation et d'expérimentation active.

Plusieurs enseignant·es évoquent d'ailleurs l'importance de la verbalisation ou du guidage verbal pour aider les étudiant·es à prendre conscience de ce qu'ils·elles font et de ce qu'ils·elles perçoivent. Cette médiation par la parole rejoint les travaux de Norris & Wainwright, (2022), pour qui le développement du toucher professionnel passe par une phase d'appropriation du geste à travers l'élaboration de récits, d'analogies, et de métaphores incarnées.

6.1.3 Les conditions d'apprentissage comme modulateurs clés du développement perceptif

Le rôle du contexte d'apprentissage ressort comme un facteur transversal influençant fortement la capacité des étudiant·es à développer leur toucher : ambiance du groupe, qualité de la relation avec l'enseignant·e, sécurité émotionnelle, bienveillance perçue, temps laissé au ressenti… Autant d'éléments qui ne relèvent pas uniquement de la technique pédagogique, mais de la construction d'un climat de confiance, propice à l'exploration sensorielle. Ce constat rejoint les conclusions de Bjorbækmo et al., (2023), qui affirment que l'environnement dans lequel se déroule l'enseignement du toucher exerce une influence directe sur la manière dont les étudiant·es s'autorisent à expérimenter, à échouer, et à ressentir.

Plusieurs enseignant·es décrivent également les effets peu favorables d'une évaluation trop normative, trop rapide ou trop orientée « résultat », qui pousse les étudiant·es à « faire juste » plutôt qu'à « ressentir ». Cette critique renvoie aux réflexions de Geri et al., (2019) sur la nécessité de penser l'évaluation du toucher dans une logique formative, intégrant la complexité des dimensions affective, cognitive et sensorielle.

6.1.4 Une perception incarnée, mais modulée par l'histoire personnelle, l'attention, et l'imaginaire

L'un des apports de notre étude est de souligner la pluralité des voies par lesquelles la sensibilité palpatoire peut se développer. Les enseignant·es mentionnent des facteurs tels que la disposition corporelle de l'étudiant·e, sa familiarité avec le toucher, sa capacité de concentration mais aussi son rapport à la projection mentale qu'il se fait du corps humain et de ses structures. Cette variété de facteurs est en cohérence avec les travaux de

Dinse et al., (2008) et Mueller et al., (2014), qui montrent que la perception haptique est modulée par des variables attentionnelles, émotionnelles, et expérientielles, et que l'entraînement à long terme peut affiner certaines capacités sensorielles, à condition qu'il soit contextualisé et signifiant.

En particulier, plusieurs enseignant·es soulignent le rôle de l'imaginaire dans le toucher, que ce soit sous la forme de visualisation anatomique ou de projection attentionnelle. Cela fait écho aux recherches sur la place du corps imagé dans la construction du geste perceptif (Deflorio et al., 2023) et renforce l'idée que la sensibilité ne se développe pas uniquement dans la main, mais dans l'ensemble du schéma corporel du·de la thérapeute.

6.1.5 Aspects abordés spontanément par les participant·es

6.1.5.1 Le toucher comme espace de responsabilité, d'éthique et de réflexivité

Enfin, l'un des résultats saillants de cette recherche est la manière dont les enseignant·es interrogé·es mettent en avant la dimension éthique du toucher. Ils et elles insistent sur la nécessité d'un cadre explicite, du consentement verbal et non verbal, de l'écoute du langage corporel du·de la patient·e, et de la reconnaissance des affects que le toucher peut susciter. Ces préoccupations font écho aux travaux de McParlin et al., (2022), qui montrent que le toucher en contexte thérapeutique engage des processus complexes de régulation émotionnelle, de synchronisation comportementale, et de construction d'une alliance thérapeutique.

Cette attention à l'éthique du toucher traduit une volonté de former des praticien·nes non seulement compétent·es, mais aussi sensibles, responsables, et capables de penser leur geste dans sa portée relationnelle, symbolique et sociale.

6.1.5.2 Consentement

Un autre élément ayant émergé spontanément dans la majorité des entretiens concerne les enjeux liés à l'usage du toucher en physiothérapie. Bien que cette thématique n'ait pas été explicitement investiguée par les questions de l'entretien, sa récurrence témoigne de son importance perçue par les enseignant·es. En lien avec nos résultats, la littérature souligne également la nécessité d'une vigilance constante autour du consentement dans les pratiques impliquant le contact physique. Selon Roger et al., (2002), la plupart des patient·es comprennent et acceptent la nécessité du toucher dans un cadre thérapeutique, suggérant l'existence d'un contrat implicite fondé sur la confiance. Cependant, ce présupposé ne suffit pas à garantir une pratique éthique : la validation du consentement ne peut être réduite à un accord verbal ou à une formalité ponctuelle. Il s'agit d'un processus dynamique, actualisé à chaque interaction, et qui nécessite de la part du·de la thérapeute une posture réflexive constante, attentive à l'histoire corporelle, à la culture, aux signaux non verbaux et au confort du·de la patient·e (Bjorbækmo & Mengshoel, 2022). Cette approche du consentement rejoint les préoccupations exprimées par plusieurs participant·es dans notre étude, qui insistent sur la nécessité d'un ajustement permanent et d'une lecture fine des signaux corporels de l'autre. Ainsi, le toucher ne se limite pas à une technique, mais engage une éthique relationnelle qui

participe à la qualité de la relation thérapeutique et à la sécurisation de l'expérience vécue par le·la patient·e.

6.2 Liens avec nos hypothèses initiales

Les trois hypothèses de recherche formulées au départ de ce travail ont trouvé dans les résultats de l'analyse thématique des échos directs, que nous allons détailler ci-dessous.

6.2.1 Hypothèse 1 : Le rôle des représentations de l'enseignant·e

Cette hypothèse, selon laquelle la manière dont un·e enseignant·e perçoit et valorise la sensibilité palpatoire influence son enseignement, est largement abordée mais de manière indirecte dans nos entretiens. On observe une forte diversité dans les postures pédagogiques adoptées : certain·es privilégient une approche très structurée, avec des critères techniques explicites ; d'autres, au contraire, revendiquent une pédagogie du ressenti et de l'attention partagée. Ces différences ne sont pas anodines : elles façonnent directement les conditions dans lesquelles les étudiant·es peuvent explorer, s'autoriser, ou au contraire se crisper face à l'attente d'une performance. Le modèle pédagogique implicite adopté par l'enseignant·e agit donc comme un filtre structurant l'expérience sensorielle de l'apprenant·e.

Notre hypothèse 1 questionne la manière dont la perception que l'enseignant·e a de la sensibilité palpatoire peut influencer sa façon d'enseigner. Or, cette question n'a été abordée qu'indirectement par les participant·es. On retrouve des éléments allant dans ce sens dans le thème 1 « Représentation du toucher en physiothérapie ». Le thème 3 « Positionnement critique et réflexif du toucher » renforce également cette hypothèse, en mettant en lumière la manière dont les enseignant·es structurent leur enseignement à partir de leur propre positionnement épistémologique. Cette perception transparaît dans les postures qu'ils et elles adoptent face à l'enseignement du toucher. Par ailleurs, le thème 2, « Éthique et le respect dans la posture professionnelle », vient également renforcer notre première hypothèse. Les propos des participant·es montrent que le développement de la sensibilité palpatoire ne peut être dissocié d'un cadre relationnel respectueux, dans lequel l'intention du geste, la qualité de présence et la reconnaissance de l'autre comme sujet sont essentielles. Cette dimension éthique, bien que parfois implicite, s'intègre pleinement dans la manière dont les enseignant·es perçoivent et transmettent le toucher, suggérant ainsi l'idée que leur conception du rôle du toucher influence directement son enseignement. Toutefois, aucun·e enseignant·e n'a explicité de manière formelle comment sa propre conception du toucher structurait son enseignement. Ce lien, que nous pensions central, semble davantage intériorisé, ce qui limite sa mise en mots dans un cadre d'entretien.

6.2.2 Hypothèse 2 : Le développement de la sensibilité palpatoire est modulé par des facteurs individuels

Les résultats viennent appuyer cette seconde hypothèse. Les verbatims montrent que les enseignant·es identifient de nombreux facteurs intrapersonnels qui influencent la qualité du

toucher chez les étudiant·es : disposition au contact physique, familiarité avec le corps, régulation émotionnelle, capacité de concentration, aisance imaginaire, etc. On retrouve ici les dimensions cognitives, émotionnelles et attentionnelles citées dans notre hypothèse, et confirmées dans la littérature scientifique. Cette pluralité des trajectoires d'apprentissage implique une pédagogie différenciée, sensible aux besoins spécifiques de chaque étudiant·e. Elle rappelle également l'importance de la réflexivité de l'enseignant·e pour ajuster son accompagnement à cette variabilité.

Ces constats se retrouvent de manière particulièrement marquée dans le thème 5 de notre analyse, intitulé « Posture de l'étudiant·e », qui met en lumière à quel point les dispositions internes des étudiant·es influencent leur capacité à entrer dans un processus d'apprentissage sensoriel. Les enseignant·es évoquent notamment l'importance de la disponibilité corporelle, de la qualité de présence, mais aussi de la relation que chaque étudiant·e entretient avec son propre corps, autant d'éléments qui relèvent de dimensions émotionnelles et attentionnelles complexes. Le thème 4 « Apprendre à toucher », vient renforcer cette perspective, en soulignant que la qualité de l'apprentissage du toucher dépend non seulement de la répétition du geste, mais surtout de l'engagement sensoriel et subjectif de l'étudiant·e dans la situation d'apprentissage. Le développement du toucher est ainsi présenté non comme une simple acquisition technique, mais comme une transformation du rapport au corps, à soi et à l'autre. Cela confirme que les trajectoires d'apprentissage sont profondément marquées par des facteurs individuels, et que la sensibilité palpatoire ne peut se développer sans un accompagnement attentif, respectueux de ces variations interindividuelles.

6.2.3 Hypothèse 3 : L'importance du contexte d'apprentissage

L'idée selon laquelle le contexte pédagogique conditionne le développement du toucher est fortement validée par les propos recueillis. Les enseignant·es insistent sur le rôle du cadre spatio-temporel (temps laissé à l'exploration, ambiance du groupe, rythme d'apprentissage), mais aussi sur l'effet des modalités d'évaluation, de la qualité du feedback, ou encore du rapport à la norme technique.

Cette hypothèse se trouve illustrée de manière explicite dans le thème 6 de notre analyse, qui met en évidence les nombreuses contraintes structurelles pouvant freiner, mais aussi parfois enrichir, l'enseignement du toucher. Les enseignant·es évoquent notamment les tensions entre des exigences institutionnelles de rendement et la temporalité nécessaire à l'apprentissage sensoriel. Le manque de temps et le ratio élevé étudiant·es/enseignant·es sont des freins évoqués. À l'inverse, certain·es soulignent que des contextes pédagogiques favorables (par exemple, un groupe restreint ou un·e enseignant·e disponible) peuvent grandement faciliter l'entrée dans un toucher attentif. Ces paramètres contextuels soulignent à quel point les dimensions institutionnelles et matérielles influencent directement la qualité de l'apprentissage.

6.3 Limites, biais et forces de l'étude

Quelques limites doivent être prises en compte dans l'interprétation de nos résultats :

- Tout d'abord, le nombre restreint de participant·es (n = 4) et leur appartenance à un seul établissement limitent la transférabilité des résultats. Il est probable que les représentations du toucher varient selon les institutions et leur pédagogie appliquée.
- De plus, l'étude ne va pas jusqu'à la saturation théorique, ce qui limite la profondeur et l'exhaustivité de l'analyse. De nouveaux entretiens auraient pu permettre de consolider, de nuancer certains thèmes émergents ou amener des éléments supplémentaires.
- Les contraintes de format imposées par le cadre du travail de Bachelor, notamment la limite stricte du nombre de mots, ont nécessité des choix rédactionnels. Certaines analyses ou citations auraient pu être développées plus en détail pour illustrer davantage la richesse des discours recueillis.
- Par ailleurs, notre positionnement en tant que chercheuses, qui sommes à la fois étudiantes et en contact avec les enseignant·es interrogé·es, peut constituer un biais potentiel notamment dans la manière dont nous avons conduit les relances ou interprété certaines réponses. De plus, une certaine proximité relationnelle peut induire un effet de désirabilité sociale en ayant favorisé des discours conformes aux attentes ou en limitant les propos critiques. Toutefois, cette proximité a aussi permis une qualité de dialogue et une confiance propice à l'exploration de thématiques sensibles, participant ainsi à renforcer la validité et la pertinence de notre travail.

Les éléments ci-dessous viennent renforcer notre étude :

- La diversité des thèmes identifiés, leur récurrence, et la richesse des extraits recueillis témoignent de la densité des données.
- Le recours à l'analyse thématique selon Braun & Clarke, (2006) a permis de respecter la structure du matériau empirique tout en facilitant sa mise en relation avec des cadres théoriques variés.
- Enfin, l'articulation constante entre données de terrain et littérature offre une base solide aux propositions formulées.

6.4 Positionnement

En élaborant notre guide d'entretien, nous avions anticipé que certains thèmes seraient spontanément abordés par les enseignant·es. Cependant, plusieurs d'entre eux ont été peu évoqués dans les discours recueillis, malgré nos relances éventuelles.

Tout d'abord, la typologie des différents types de toucher (par exemple : toucher évaluatif, rassurant, correctif) n'a quasiment pas été conceptualisée par les participant·es. Alors que la littérature distingue clairement plusieurs formes de toucher en rééducation (Bjorbækmo & Mengshoel, 2016; Roger et al., 2002), les enseignant·es interrogé·es semblent privilégier une approche plus globale et intuitive du toucher, sans explicitation systématique de ses différentes fonctions. Cela pourrait refléter une difficulté à formaliser cette diversité dans la pratique pédagogique quotidienne.

De même, bien que nous ayons interrogé la place de la présence corporelle et attentionnelle dans l'enseignement du toucher, ce thème pourtant central dans la littérature sur le « toucher incarné » (McParlin et al., 2022) n'a été qu'effleuré par des allusions à l'importance d'être

« attentif·ve » ou « connecté·e » au·à la patient·e sans théoriser plus en profondeur le lien entre présence et qualité du toucher.

Par ailleurs, le rôle de l'observation de thérapeutes expérimenté·es et le fait d'être cobaye d'un·e thérapeute expérimenté·e dans le développement de la sensibilité palpatoire n'a que peu été abordé. Peu de discours ont mis en avant l'importance de voir et ressentir le geste d'un·e expert·e comme levier d'apprentissage, alors que ce processus est largement reconnu dans d'autres études sur l'expertise manuelle (Norris & Wainwright, 2022).

Ces absences ou traitements superficiels d'aspects pourtant fondamentaux suggèrent soit une difficulté à les verbaliser, soit un manque de conceptualisation de certaines facettes de l'enseignement du toucher, soit un manque de notre part quant à la formulation de nos questions et de nos relances.

6.5 Perspectives pour la pratique

Les résultats de cette recherche nous amènent à considérer le toucher non pas comme une simple compétence technique, mais comme un vecteur d'éthique relationnelle et un mode d'entrée en résonance avec l'autre. À ce titre, sa transmission nécessite une pédagogie spécifique, fondée sur l'expérience vécue, la réflexivité et une attention fine au corps, tant du·de la patient·e que de l'apprenant·e.

Ce positionnement invite à questionner les dispositifs pédagogiques, en accordant davantage de place à la pratique, en intégrant de nouveaux outils favorisant la réflexivité, tels qu'un journal de bord, le dessin (Ainsworth & Scheiter, 2021) ou les échanges en petits groupes en tenant compte des besoins interindividuels.

Dans cette optique, la mise en place de lignes directrices partagées sur l'enseignement du toucher, intégrant ses fonctions, ses enjeux relationnels, ainsi que les conditions éthiques et pédagogiques de sa transmission, pourrait favoriser une approche plus consciente, structurée et équitable de cette compétence sensible au sein de la profession. Cette structuration pourrait également inclure un espace de réflexion théorique sur le sens et les implications du toucher, tel que l'a formulé un·e participant·e souhaitant disposer d'un cours dédié à la compréhension du toucher dans sa globalité : ce qu'il représente, pourquoi il est central en physiothérapie, et en quoi il mérite d'être davantage nommé et pensé. Une telle proposition souligne le besoin d'un cadre réflexif complémentaire à l'expérimentation, permettant aux étudiant·es de mieux intégrer cette pratique omniprésente mais souvent silencieuse dans leur posture professionnelle.

6.6 Perspectives pour de futures recherches

Plusieurs pistes émergent à l'issue de cette étude :

- Des investigations complémentaires pourraient explorer les effets de dispositifs innovants (retours haptiques, enregistrement sensoriel, supervision réflexive), ou encore analyser l'évolution des représentations du toucher chez les étudiant·es tout au long de leur formation.

- Il serait également intéressant d'enquêter sur l'évolution des conceptions du toucher au fil de la formation, en menant une étude longitudinale auprès d'étudiant·es en physiothérapie. De même, une étude comparée entre enseignant·es de différentes écoles ou cultures de soins pourrait éclairer les variations pédagogiques autour du toucher.
- Il serait pertinent de mener cette étude avec un échantillon de participant·es plus large, afin de recueillir une diversité accrue de points de vue et de mieux saisir la complexité des enjeux liés à l'enseignement du toucher. Il serait également intéressant d'étendre cette exploration à d'autres HEdS de la Suisse, afin d'identifier d'éventuelles variations contextuelles dans les approches pédagogiques.
- Enfin, dans une perspective interprofessionnelle, la place du toucher dans les soins mérite d'être rediscutée au vu des transformations contemporaines du système de santé : montée du numérique, standardisation, distanciation, mais aussi attentes renouvelées des patient·es en matière de présence, de tact, et d'écoute.

Dans ce contexte, le toucher professionnel pourrait devenir non pas un vestige à préserver, mais une ressource à réinventer pour réhumaniser les pratiques.

7. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en lumière les multiples dimensions qui traversent l'enseignement du toucher en physiothérapie, compétence à la fois technique, perceptive, relationnelle et éthique. En croisant les discours de quatre enseignant·es expérimenté·es, notre étude qualitative exploratoire révèle que la transmission de la sensibilité palpatoire ne peut se réduire à des apprentissages purement techniques ou protocolaires. Elle engage une pédagogie incarnée, centrée sur l'expérience vécue, la réflexivité et le respect des rythmes individuels.

Les résultats confirment que les représentations des enseignant·es influencent fortement les modalités d'enseignement : certain·es insistent sur la nécessité de structurer les apprentissages par des balises théoriques, tandis que d'autres revendiquent une approche plus intuitive, guidée par l'observation et le ressenti. Le contexte institutionnel, les contraintes temporelles ou encore les critères d'évaluation apparaissent comme des facteurs déterminants, parfois limitants, dans le développement de cette compétence sensible.

Au-delà des savoir-faire manuels, c'est toute une posture professionnelle qui se construit autour du toucher : posture d'écoute, d'humilité et de présence à l'autre. Le toucher devient alors un lieu d'articulation entre savoirs théoriques, perception corporelle, relation soignant·e-soigné·e et enjeux éthiques.

L'un des enseignant·es interrogé·es nous a confié une phrase qui condense avec justesse cette approche pédagogique sensible : « Continue le structurel, mais approfondis ce ressenti, n'aie pas peur. » Cette invitation à ne pas se retrancher derrière la technique, mais à oser explorer ce que l'on ressent, en confiance, dans un cadre sécurisé, nous semble emblématique d'une pédagogie du toucher plus humaine.

Ainsi, cette recherche souligne l'importance de concevoir l'enseignement du toucher comme un processus global, nécessitant un accompagnement attentif et individualisé. Elle invite à repenser les dispositifs pédagogiques pour favoriser un apprentissage expérientiel, réflexif et critique, capable de soutenir les étudiant·es dans la construction d'une sensibilité clinique authentique et contextualisée. Enfin, elle ouvre des pistes pour de futures recherches sur la place du toucher dans les formations, les modalités d'évaluation pertinentes, ou encore les liens entre toucher, alliance thérapeutique et résultats cliniques.

Liste de références

Ainsworth, S. E., & Scheiter, K. (2021). Learning by Drawing Visual Representations : Potential, Purposes, and Practical Implications. *Current Directions in Psychological Science*, *30*(1), 61-67. https://doi.org/10.1177/0963721420979582

Bjorbækmo, W. S., Dahl-Michelsen, T., & Nicholls, D. A. (2023). Editorial : "A Touch of Physiotherapy"—The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, *4*, 1161574. https://doi.org/10.3389/fresc.2023.1161574

Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2016). "A touch of physiotherapy"—The significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, *32*(1), 10-19. https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1071449

Bjorbækmo, W. S., & Mengshoel, A. M. (2022). A critical phenomenological investigation in the use of touch as "know how" in practical physiotherapy in primary care with children and adults. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, *3*, 1008969. https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1008969

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Cameron, O. G. (2001). Interoception : The Inside Story—A Model for Psychosomatic Processes: *Psychosomatic Medicine*, *63*(5), 697-710. https://doi.org/10.1097/00006842-200109000-00001

Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, *3*(8), 655-666. https://doi.org/10.1038/nrn894

Deflorio, D., Di Luca, M., & Wing, A. M. (2023). Skin properties and afferent density in the deterioration of tactile spatial acuity with age. *The Journal of Physiology*, *601*(3), 517-533. https://doi.org/10.1113/JP283174

Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, *16*(180), 32-37. https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004

Dinse, H. R., Wilimzig, C., & Kalisch, T. (2008). Learning effects in haptic perception. In M. Grunwald (Éd.), *Human Haptic Perception : Basics and Applications* (p. 165-182). Birkhäuser Basel. https://doi.org/10.1007/978-3-7643-7612-3_13

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2n ed). Chenelière Education.

Geri, T., Viceconti, A., Minacci, M., Testa, M., & Rossettini, G. (2019). Manual therapy : Exploiting the role of human touch. *Musculoskeletal Science and Practice*, *44*, 102044. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.07.008

Hargreaves, S. (1982). THE RELEVANCE OF NON-VERBAL SKILLS IN PHYSIOTHERAPY. *Australian Journal of Physiotherapy*, *28*(4), 19-22. https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60774-1

Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of Touch in Health Care : A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qualitative Health Research*, *28*(2), 200-212. https://doi.org/10.1177/1049732317707726

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, *4*, 67-82. https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067

Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning : Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.

McParlin, Z., Cerritelli, F., Rossettini, G., Friston, K. J., & Esteves, J. E. (2022). Therapeutic Alliance as Active Inference : The Role of Therapeutic Touch and Biobehavioural Synchrony in Musculoskeletal Care. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, 897247. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.897247

Mueller, S., Winkelmann, C., Krause, F., & Grunwald, M. (2014). Occupation-related long-term sensory training enhances roughness discrimination but not tactile acuity. *Experimental Brain Research*, *232*(6), 1905-1914. https://doi.org/10.1007/s00221-014-3882-4

Nagel, D. A., Penner, J. L., Halas, G., Philip, M. T., & Cooke, C. A. (2024). Exploring experiential learning within interprofessional practice education initiatives for pre-licensure healthcare students : A scoping review. *BMC Medical Education*, *24*(1), 139. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05114-w

Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, *26*(8), 497-509. https://doi.org/10.3109/09593981003710316

Norris, M., & Wainwright, E. (2022). Learning professional touch : An exploration of pre-registration Physiotherapy students' experiences. *Physiotherapy Theory and Practice*, *38*(1), 90-100. https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1725944

Roger, J., Darfour, D., Dham, A., Hickman, O., Shaubach, L., & Shepard, K. (2002). Physiotherapists' use of touch in inpatient settings. *Physiotherapy Research International*, *7*(3), 170-186. https://doi.org/10.1002/pri.253

Roudaut, Y., Lonigro, A., Coste, B., Hao, J., Delmas, P., & Crest, M. (2012). Touch sense : Functional organization and molecular determinants of mechanosensitive receptors. *Channels*, *6*(4), 234-245. https://doi.org/10.4161/chan.22213

Snodgrass, S. J., Rivett, D. A., Robertson, V. J., & Stojanovski, E. (2010a). A Comparison of Cervical Spine Mobilization Forces Applied by Experienced and Novice Physiotherapists. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, *40*(7), 392-401. https://doi.org/10.2519/jospt.2010.3274

Snodgrass, S. J., Rivett, D. A., Robertson, V. J., & Stojanovski, E. (2010b). Real-time feedback improves accuracy of manually applied forces during cervical spine mobilisation. *Manual Therapy*, *15*(1), 19-25. https://doi.org/10.1016/j.math.2009.05.011

Tuttle, N., & Hillier, S. (2023). Developing fluency in a language of tactile communication. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, *3*, 1027344. https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1027344

Bibliographie

Larousse, É. (s. d.). Définitions : toucher, être touché, se toucher - Dictionnaire de français Larousse. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627

Larousse, É. (s. d.-a). Définitions : palpation - Dictionnaire de français Larousse. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/palpation/57491

Les sens - Fondation pour la Recherche sur le Cerveau. (2018b, mai 29). Fondation Pour la Recherche Sur le Cerveau. https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/a-la-decouverte-du-cerveau/les-sens/

Mains Libres & Revue Médicale Suisse. (2024, 4 octobre). Le toucher dans les soins : une approche relationnelle interdisciplinaire [Journée de formation continue]. Maison de la Communication, Lausanne, Suisse.

SENSIBILITÉ : Définition de SENSIBILITÉ. (2012). https://www.cnrtl.fr/definition/sensibilit%C3%A9

Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Emma Generelli & Célia Storni

Filière de Physiothérapie de la HEdS de Genève

Objet : formulaire de consentement pour participer à un projet de recherche

Chère enseignante, cher enseignant,

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche mené dans le cadre d'un travail de Bachelor en physiothérapie. Avant d'accepter, il est important que vous compreniez les objectifs de cette étude, ses implications et ses modalités.

Le but de notre travail de bachelor est de faire une étude qualitative exploratoire concernant le développement de la sensibilité palpatoire chez les étudiants, ainsi que les facteurs influençant ce dernier. Pour ce faire, nous souhaitons faire des entretiens semi-dirigés avec les enseignants de la filière physiothérapie de la HEdS de Genève.

Votre participation consistera en :

- Un entretien individuel de 45-60 minutes
- Un enregistrement audio de l'entretien
- Des questions ouvertes sur votre expérience professionnelle

Pour ce faire, nous tenons à vous rappeler que l'anonymat et la confidentialité de vos données sont garantis, que votre participation est totalement volontaire, que vous avez la possibilité de vous retirer à tout moment sans justification et ce sans aucune conséquence négative.

Annexe 2 : Lettre d'information

Ce document a pour but de te donner une idée des thématiques abordées lors de l'entretien, sans trop rentrer dans les détails afin de garder une certaine flexibilité et permettre un échange ouvert et spontané.

Question de recherche :

Comment les enseignant.e.s en physiothérapie perçoivent-ils / elles le développement de la sensibilité palpatoire chez les étudiant.e.s, et, selon eux et elles, quels facteurs influencent son acquisition ?

Exemples de thématiques abordées :

1. **Expérience et parcours professionnel**
    - Ton parcours en tant que professionnel et enseignant en physiothérapie
    - Tes expériences dans l'enseignement du toucher
    - Les concepts et techniques transmis aux étudiants
2. **L'apprentissage du toucher par les étudiants**
    - Les différences observées entre les étudiants
    - Les facteurs individuels influençant le développement du toucher (expériences, intérêts, motivation...)
    - Les compétences essentielles à développer chez les étudiants

Ces thématiques ne sont qu'indicatives. L'entretien se veut semi-dirigé, donc adapté aux réponses et expériences que tu nous partageras.

Nous nous réjouissons d'échanger avec toi sur le sujet !

Emma Generelli & Célia Storni

Annexe 3 : Guide d'entretien

Question 1 :

Pouvez-vous nous parler de votre expérience en tant qu'enseignant dans l'apprentissage du toucher ?

- Quelle est la place du toucher / sensibilité palpatoire dans la physiothérapie / pratique clinique, selon vous ?
- Quelle importance a le toucher / sensibilité palpatoire pour vous ?
- Qu'enseignez-vous comme concepts / techniques liés à la sensibilité palpatoire ?
- Quels outils / méthodes pédagogiques utilisez-vous pour cet apprentissage ?
- Pensez-vous que la / les spécificités de votre formation influencent votre manière d'enseigner la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
- Quels exercices recommandez-vous aux étudiants pour améliorer leur sensibilité palpatoire ?

Question 2 :

Comment percevez-vous la qualité du toucher / sensibilité palpatoire chez les étudiants ?

- Percevez-vous un progrès du toucher / de la sensibilité palpatoire chez vos étudiants durant leur formation ? Si oui, comment évaluez-vous la progression de la sensibilité palpatoire chez un étudiant ?
- Percevez-vous des différences entre les élèves dans cet apprentissage ?
- Comment percevez-vous les différences entre étudiants ?
- Quelles sont les compétences essentielles du toucher à développer chez les étudiants, selon vous ?
- Quelles sont les principales difficultés que vous observez chez les étudiants dans cet apprentissage ?

Question 3 :

Quels éléments influencent (facteurs facilitants / facteurs obstacles) à cet apprentissage ?

- Pensez-vous que les expériences antérieures influencent l'apprentissage de la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que les conditions actuelles de formation sont optimales pour développer efficacement les compétences liées à la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que le cadre d'apprentissage (matériel à disposition, ratio de prof-élèves, nombre d'heures accordés) joue un rôle dans le développement de la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que les connaissances bio-anatomiques influencent l'apprentissage de la sensibilité palpatoire de l'étudiant ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que le lieu, la lumière, le bruit exercent une influence sur cet apprentissage ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que le lien qu'à l'élève à son propre corps et à la pudeur a une influence sur cet apprentissage ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que l'expérience / la répétition est essentielle pour développer la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous que la concentration, l'attention ou la présence que va accorder l'étudiant va influencer son apprentissage ? Si oui, comment ?

Question 4 :

Si vous aviez carte blanche concernant la manière d'aborder le toucher dans votre enseignement, que proposeriez-vous ?

Question 5 :

Y-a-t 'il des éléments dont nous n'avons pas parlé qui vous semble important concernant la transmission / l'apprentissage de la sensibilité palpatoire dans le toucher ?

Annexe 4 : Tableau croisé questions – hypothèses

Tableau 1 : Croisement hypothèses - questions d'entretien

	H1	H2	H3
Q1	X		
Q1-a	X		
Q1-b	X		
Q1-c	X		
Q1-d	X		
Q1-e	X		X
Q1-f	X	X	
Q2		X	
Q2-a		X	
Q2-b		X	
Q2-c		X	
Q2-d		X	
Q2-e		X	
Q3		X	X
Q3-a		X	
Q3-b			X
Q3-c			X
Q3-d		X	
Q3-e			X
Q3-f		X	
Q3-g		X	
Q3-h		X	
Q4	X		X
Q5	X	X	X

Tableau 2 : Légende hypothèses

Hypothèses	
H1	L'importance et la représentation qu'à l'enseignant de la sensibilité palpatoire va influencer son enseignement et le développement de la sensibilité palpatoire chez ses élèves
H2	Le développement et l'affinement du toucher et de la sensibilité palpatoire reposent sur plusieurs dimensions : des facteurs cognitifs (comme les connaissances bio-anatomiques), des facteurs émotionnels (tels que la perception de son corps et à la gestion de la pudeur) ainsi que des facteurs attentionnels (notamment la concentration et la présence). Ainsi, chaque étudiant n'a nécessairement le même degré de sensibilité au départ
H3	Le cadre dans lequel s'effectue l'apprentissage va avoir un impact malgré le fait que le développement de la sensibilité palpatoire va majoritairement avoir lieu avec la pratique

Tableau 3 : Légende questions

Questions	
Q1	Pouvez-vous nous parler de votre expérience en tant qu'enseignant dans l'apprentissage du toucher ?
Q1-a	- Quelle est la place du toucher / sensibilité palpatoire dans la physiothérapie / pratique clinique, selon vous ?
Q1-b	- Quelle importance a le toucher / sensibilité palpatoire pour vous ?
Q1-c	- Qu'enseignez-vous comme concepts / techniques liés à la sensibilité palpatoire ?
Q1-d	- Quels outils / méthodes pédagogiques utilisez-vous pour cet apprentissage ?
Q1-e	- Pensez-vous que la / les spécificités de votre formation influencent votre manière d'enseigner la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
Q1-f	- Quels exercices recommandez-vous aux étudiants pour améliorer leur sensibilité palpatoire ?
Q2	Comment percevez-vous la qualité du toucher / sensibilité palpatoire chez les étudiants ?
Q2-a	- Percevez-vous un progrès du toucher / de la sensibilité palpatoire chez vos étudiants durant leur formation ? Si oui, comment évaluez-vous la progression de la sensibilité palpatoire chez un étudiant ?
Q2-b	- Percevez-vous des différences entre les élèves dans cet apprentissage ?
Q2-c	- Comment percevez-vous les différences entre étudiants ?
Q2-d	- Quelles sont les compétences essentielles du toucher à développer chez les étudiants, selon vous ?
Q2-e	- Quelles sont les principales difficultés que vous observez chez les étudiants dans cet apprentissage ?
Q3	Quels éléments influencent (facteurs facilitants / facteurs obstacles) à cet apprentissage ?
Q3-a	- Pensez-vous que les expériences antérieures influencent l'apprentissage de la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
Q3-b	- Pensez-vous que les conditions actuelles de formation sont optimales pour développer efficacement les compétences liées à la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
Q3-c	- Pensez-vous que le cadre d'apprentissage (matériel à disposition, ratio de prof-élèves, nombre d'heures accordés) joue un rôle dans le développement de la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
Q3-d	- Pensez-vous que les connaissances bio-anatomiques influencent l'apprentissage de la sensibilité palpatoire de l'étudiant ? Si oui, comment ?
Q3-e	- Pensez-vous que le lieu, la lumière, le bruit exercent une influence sur cet apprentissage ? Si oui, comment ?
Q3-f	- Pensez-vous que le lien qu'a l'élève à son propre corps et à la pudeur a une influence sur cet apprentissage ? Si oui, comment ?
Q3-g	- Pensez-vous que l'expérience / la répétition est essentielle pour développer la sensibilité palpatoire ? Si oui, comment ?
Q3-h	- Pensez-vous que la concentration, l'attention ou la présence que va accorder l'étudiant va influencer son apprentissage ? Si oui, comment ?
Q4	Si vous aviez carte blanche concernant la manière d'aborder le toucher dans votre enseignement, que proposeriez-vous ?
Q5	Y-a-t 'il des éléments dont nous n'avons pas parlé qui vous semble important concernant la transmission / l'apprentissage de la sensibilité palpatoire dans le toucher ?

Annexe 5 : Analyse sous forme de tableau

Tableau 4 : Analyse résultats

THÈMES	SOUS-THÈMES	CODES	VERBATIMS
Représentation du toucher en physiothérapie	Le toucher comme marqueur identitaire de la profession	Les physiothérapeutes ne touchent plus	« Il y a un certain nombre de fois où j'ai entendu que les physio disent que les étudiants en physio, maintenant, ne touchent plus les patients. C'est un argumentaire qui m'énerve un petit peu, parce que je pense que c'est une vision un peu erronée de la réalité. » (E4) « Je ne veux surtout pas qu'on lâche le toucher des gens. On a besoin de toucher les gens, on a besoin et on est efficace en touchant les gens. » (E2)
		La place du toucher dans la prise en charge	« Mais on a la chance dans notre métier, certains touchent beaucoup, d'autres vont moins toucher. C'est-à-dire que si tu te mets dans certains domaines de la physiothérapie, le toucher prend une importance, on va dire, moindre que dans d'autres domaines. […] La recherche de perception, de reproduction d'un symptôme ou d'une chose comme ça c'est plus dans le musculo squelettique et moins dans les autres domaines. » (E2) « Mais on a plein de patients qui ont des problématiques qui ne sont pas neuropathiques, pas nociplastiques, qui sont nociceptives simplement et où la thérapie manuelle, le massage, le toucher ont toute leur place et de manière importante, pas unique mais importante. » (E2)
	Communication non verbale et relation de soin	Toucher comme outils de communication	« Pour moi, le toucher il reste fondamental dans notre profession. Je pense que c'est presque un atout de notre profession de disons pouvoir toucher "librement" dans le cadre de notre travail. Je pense que ça reste un atout, une force je dirai, de pouvoir communiquer avec nos patients par le toucher. » (E3)
		Toucher pour créer du lien	« C'est que des fois, le toucher peut vraiment être un vecteur. […] le vecteur pour créer du lien avec la personne. Je pense que c'est, c'est quelque chose qu'il faut absolument garder et qu'il faut valoriser, même si y a pas toujours beaucoup d'études qui vont dans ce sens-là. Mais il y en a et je pense que ça vaut la peine de le de le maintenir, de l'adapter un petit peu en fonction de la population ou même beaucoup en fonction de la population. » (E4)
		Toucher pour rassurer	« De manière plus précise et en utilisation du toucher à proprement dit dans ma pratique quotidienne, je pense que c'est un élément important de communication non-verbale qui

			rassure le patient, qui permet de véhiculer une certaine confiance dans la relation qu'on établit avec le patient et aussi vis-à-vis du déroulement du processus thérapeutique. » (E3) « Voilà, pour moi c'est une partie fondamentale dans le toucher. C'est la communication non-verbale, c'est la relation de confiance qu'on établit, c'est aussi rassurer le patient » (E3)
	Les effets thérapeutiques perçus du toucher	Stimulation hormonale	« Et j'ai appris un petit peu plus précisément parce que ça, évidemment, vu que la science évolue on arrive à déterminer un petit peu plus les effets qu'on peut avoir sur la production d'un certain nombre d'hormones, de neurotransmetteurs dans le fait simple de toucher les gens, et qui vont permettre, par exemple, une diminution du taux de cortisol, qui est l'hormone du stress, et une augmentation de l'ocytocine, par exemple, qui est plutôt une hormone du bien-être avec d'autres hormones. » (E2) « Eh bien, on suppose, il y a quelques études qui montrent qu'on peut avoir une incidence sur la réduction des niveaux de cortisol et sur disons le blocage du développement des cytokines anti-inflammatoire. Donc ça c'est une première piste, même si la littérature n'est pas complétement d'accord là-dessus. Non, plutôt les preuves ne sont pas suffisamment solides pour l'affirmer, mais en tout cas on a quelques pistes. » (E3)
		Effet placebo	« Par exemple, l'effet placebo est un autre, la relation de confiance que l'on établit avec notre patient est un potentiel catalyseur des résultats donc a une influence sur les résultats. » (E3)
		Feedback de la personne touchée	« Et surtout d'évaluer les résultats ressentis par la personne. Parce que ça au final c'est plus important. C'est-à-dire qu'on a des résultats mais il faut que les résultats soient perçus par le patient et peut-être que moi je suis en train d'appliquer la meilleure technique au monde, […] je peux appliquer la technique de la façon correcte dont je pense, je peux obtenir les résultats que j'espère, c'est-à-dire avoir des gains d'amplitudes ou avoir une amélioration de la fonction mais si mon patient ne le perçoit pas, et bien ça ne sert à rien, car c'est le patient qui doit le ressentir. Donc c'est pour ça que pour moi il est important, non seulement la technique mais surtout de savoir ce que la technique proportionne au patient. Est-ce qu'il se sent mieux ? Est-ce qu'il a moins de douleurs ? Est-ce qu'il est inconfortable ? Est-ce qu'il n'est pas bien ? Et ça, ce sont des éléments qui sont très important. » (E3)

		Attentes de la personne touchée	« Typiquement, par exemple, les attentes des patients, les attentes des patients sont un important modulateur des symptômes. C'est-à-dire que si la personne elle a déjà eu une très bonne expérience avec une technique a, b, ou c, il y aura plus de chance que la technique que l'on applique ait des effets accrus sur cette personne. Et à l'opposé, si une personne a déjà eu une mauvaise expérience avec une certaine technique ou un certain thérapeute, et bien, cela va influencer de manière négative les résultats. » (E3)
		Précision de la technique	« Ce qui veut dire que les deux techniques marchent. Ce qui veut dire qu'on peut être spécifique et avoir des résultats et qu'on est, si on est généraux, on peut aussi avoir des résultats. Et donc, cette succession de développement scientifique, il nous a amené à critiquer ce qu'on pensait être les raisons pour laquelle notre technique marchait et on a changé un peu le paradigme qui nous dit que l'application parfaite de la technique amène plus de résultats, à plutôt se diriger vers, on sait que la technique marche, qu'elle soit précise ou moins précise. » (E3)
	Toucher technique et communication incarnée	Le toucher imbriqué dans la technique	« Ensuite, la question, est ce que c'est du toucher ou est-ce que c'est de la mobilisation ou comment est-ce qu'on appelle ça ? Ça, j'en sais rien au final ça se fait quand même souvent en touchant les gens donc je pense que les choses sont un peu liées quand même. » (E4)
		Interactions toucheur-touché	« Bah, je pense que quand tu touches, tu ne peux pas toucher sans être touché, d'accord. Le patient il te touche, tu le touches, donc en fin de compte si lui il n'est pas bien je pense que ça va être un frein à la capacité de percevoir le toucher. Tu vas sentir que le patient il est pas à l'aise, donc il peut pas apprécier […] ce que tu fais. Donc toi immanquablement tu vas peut-être être dans des conditions un peu moins bonnes pour développer ton toucher. C'est très subjectif ce sentiment que j'ai, c'est pas… mais je pense qu'effectivement on a besoin d'être deux pour être touché, obligatoirement. » (E2) « On est toujours à deux. Je touche l'autre, la personne est touchée, mais quand je la touche, je suis touchée par elle, aussi, même si je ne lui travaille pas la main, quelque part elle me touche et je dois être attentif autant à moi qu'à l'autre. » (E1)

Éthique et respect dans la posture professionnelle	Consentement dans le toucher	Place centrale du consentement	« Le premier élément qui a été qui a guidé mon approche depuis que je suis enseignant, ça va être la notion de consentement. Je pense que ça va être le premier élément, un consentement éclairé et puis du respect envers les personnes. C'est ce que les personnes qu'on doit former, les étudiantes et les étudiants doivent avoir dans leur approche du toucher. » (E4)
		Évolution des mœurs	« Parce qu'il y a eu des abus, c'est pour éviter ce genre d'abus qu'on est dans une notion de consentement maintenant. Mais peut-être que le consentement au toucher c'est peut-être un point qui est je dirai un peu nouveau maintenant. Dont on parlait relativement peu avant. Les gens venaient en physio et savaient qu'ils allaient être touchés, donc on ne posait pas la question de si on pouvait » (E2) « Je pense qu'il peut y avoir des problèmes dans le dans le respect d'autrui. Je pense que c'est… j'ai envie de croire que c'est quelque chose qui s'améliore au cours des années. Je ne sais pas si c'est vrai. » (E4)
	Distance et légitimité du geste	Pertinence du déshabillement	« C'est la notion de la nudité ou du déshabillement des patients. Moi je déshabille beaucoup moins mes patients que ce qu'on m'avait appris quand j'étais étudiant. » (E4) « La personne, c'est-à-dire, soit l'élève, soit le patient, ne devrait pas être obligé d'enlever ses vêtements s'il n'est pas confortable. Ça c'est vraiment la première chose, il n'y a aucune raison que la personne retire ses vêtements si elle ne le souhaite pas. » (E3) « Je pense que des fois, le toucher, il est vraiment considéré comme peau à peau mais faut enfin, on peut toucher des patients qui sont habillés aussi. Je pense que des fois c'est même assez adéquat. » (E4)
		Gêne et pudeur	« Je pense que, au fond, c'est presque un avantage d'être un peu trop pudique parce que ça permet de d'imaginer ce que des patients ou des patientes un peu pudiques pourraient sentir. Je pense, c'est plus facile de se débarrasser un peu de sa pudeur que d'en récupérer. Et ensuite faut pas non plus gêner le patient parce qu'on est soi-même, disons, gêné, de le toucher. » (E4)

		Adaptabilité	« Mais je pense que pour avoir un toucher qui serait bien ressenti, de nouveau, faut le faire en s'adaptant à l'individu qu'on touche. » (E2) « C'est apprendre à mobiliser l'autre, tout en étant respectueux de la personne, de ses tissus, de la résistance de ses tissus et respectueux de mes propres tissus, de mes propres limites. Quand c'est quelqu'un qui est trop massif, trop lourd, trop raide ou je sais pas quoi et de ne pas vouloir forcer sur mes propres tissus » (E1) « Donc chez certains sujets qui vont être très raides peut-être que tu devras mettre beaucoup moins ou beaucoup plus de pression pour arriver à évaluer la qualité de fin de course et dans d'autres cas ce sera très variable » (E2)
	Globalité du·de la patient·**e**	Aspect culturel	« Tu as des cultures où l'enfant ne touche pas le sol avant deux ans. […], il est toujours en contact. Chez les Inuits, ils sont dans le dos sur une planche en bois et puis en Afrique ils se retrouvent contre le ventre de la maman dans un de ces sacs-là. Le contact physique il est différent. » (E2)
		Traumatismes	« Et de, disons, de prendre soin de du contexte de la personne. Si on est quelqu'un qui a été victime de violence ben l'approche du toucher va être un peu différente ou encore plus respectueuse que s'il y a pas eu. Puis il y a des fois où on le sait et plein de fois où on ne le sait pas. » E4) « Une personne qui aura subi des attouchements violents, non consentis, ce genre de choses, aura peut-être beaucoup plus de peine à être touché et à toucher » (E2) « Quelqu'un et qui a subi des sévices […] il va pas toucher pareil, mais des fois ça va être l'inverse hein. Au contraire, la personne va être super douce ou au contraire va reproduire donc elle va toucher fort. Tout peut arriver. » (E1)
		Sphère sociale du toucher	« Et puis, il y a tout le côté social du toucher qui est important dans notre approche biopsychosociale. » (E2)

		Rapport au toucher durant l'enfance	« Est-ce qu'ils ont été touchés quand ils étaient petits ou pas, portés, pas portés, ce genre de choses. » (E2) « Il y a des études qui montrent dans les débuts du XXe siècle, je crois, […] dans des orphelinats en Roumanie, les enfants étaient complètement délaissés, absolument aucun contact physique. Et ils ont développé des troubles psychosociaux plus que d'autres qui ont été touchés. » (E2)
	Perception éthique du·de la soignant·e face à la personne touchée	Hygiène et sympathie	« C'est de percevoir le toucher, parce qu'on va avoir des patients qui sont des fois sales, des patients qui sont pas sympas, des patients qui sont super sympas, qui sont super beaux, qui sont super cool et pis d'autres qui sont pas agréable à toucher, qui ne sentent pas bon et pis ça fait partie de notre métier, donc il faut qu'on puisse idéalement toucher tout le monde » (E2) « Faut aimer toucher l'autre et pis de manière générale, il faut aimer les gens. Si on ne les aime pas, ça n'aide pas non plus et pis il faut aimer tout le monde, c'est pas facile ça. Tu as le patient qui est chiant, la patiente chiante, je ne sais pas quoi, et si on l'aime, on a un toucher qui est complètement différent. Ça je pense que ça s'apprend, enfin pour moi, ça a été petit à petit. » (E1)
		Impact de l'affect	« La personne que je masse, si j'ai pas d'affinité avec cette personne, je vais probablement moins bien masser que si j'ai une certaine affinité avec cette personne. Il y a certains patients qui sont sympas, qui t'apportent des choses et tu vas leur donner beaucoup plus que le patient qui est désagréable et qui remet tout en question dans ta prise en charge, ça sera pas la même chose. » (E2)
Positionnement critique et réflexif du toucher	Encadrer le toucher et structurer la pratique	Démarche	« C'est sûr que je vous ai souvent dit, c'est pour ça que je vous donne une démarche palpatoire c'est que je ne peux pas vous apprendre à sentir des choses, donc je vous donne une démarche pour être sûr, le plus sûr possible, d'atteindre la structure que l'on recherche. » (E2)
		Reproductibilité	« Donc le le toucher doit à la fois rester quelque chose d'humain et à privilégier. Et puis en même temps, je pense qu'il faut qu'on le guide un peu pour que ça ce soit un peu plus

			reproductible et qu'il y ait des… qu'il y ait un peu des guides cliniques en fait des stratégies qu'on puisse mettre en œuvre de façon plus facile. » (E4)
		Algorithme décisionnel	« Je pense que cette notion de dosage, ça, c'est quelque chose qui s'apprend un petit peu plus, en partie avec de l'expérience, mais aussi faut qu'on développe des algorithmes qui permettent de prendre des décisions plus sécuritaires. » (E4)
		Intégration du RC	« C'est un petit peu dans cette idée-là. On essaie de guider en utilisant le raisonnement clinique vers des sous catégorisations de patients, on va beaucoup là-dedans maintenant » (E4) « Dans un quatrième niveau, ça serait de l'intégrer au raisonnement clinique, parce qu'une chose c'est la reproduction de la technique et c'en est une autre de l'intégrer au raisonnement clinique, c'est-à-dire savoir pourquoi on la fait, quels sont les résultats attendus et qu'est-ce que je dois faire si j'obtiens des résultats non attendus. » (E3)
	Le toucher et l'Evidence-Based Practice	Avancées de la science	« Tout simplement, si on considère historiquement l'évolution de notre profession, je dirais qu'auparavant on attribuait une importance accrue au toucher en tant qu'outil thérapeutique de diagnostic. C'est-à-dire, nous en tant que physio ou d'autres professions qui utilisent le toucher. Avec le toucher on arrivait, soi-disant, à palper les structures qui étaient endommagées soit à palper les zones qui étaient en dysfonction disons. […] Actuellement, on a des preuves de recherches qui montrent que la précision du toucher en tant qu'outil de diagnostic n'est pas aussi fiable que ce que l'on pensait. » (E3)
		3 composantes de l'EBP	« Qu'effectivement on vous parle de EBP et puis donc vous mettez le 90% dans la recherche. Alors que le EBP, c'est la recherche, oui, mais à part égale avec l'expérience clinique du thérapeute et les préférences du patient. Donc ça il ne faut pas l'oublier. » (E2)
	Développer l'esprit critique face aux biais et aux croyances liés au toucher	Pratiques frauduleuses	« En France, maintenant, ils ont un ordre de la kinésithérapie, des masseurs-kinésithérapeute, qui a classé un certain nombre de pratiques dans des pratiques frauduleuses ou des dérives sectaires. Je pense que c'est des choses dont on devrait s'inspirer en Suisse, je pense que là, ils ont clairement pris de l'avance. Et justement le toucher est fortement lié à beaucoup de ces pratiques-là, donc je pense qu'il y a un peu une réflexion de fond à avoir. » (E4)

		Subjectivité et biais	« Il faut pas non plus le surcoter parce que on a énormément de biais et puis qu'on va sentir des tas de choses qui ne sont pas réalistes ou qui sont pas réelles ou qui sont juste dans l'erreur de mesure ou dans de la projection, de ce qu'on voudrait sentir et toucher, c'est, c'est quelque chose qui est très compliqué en fait, à aborder. » (E3) « Est-ce qu'on arrive vraiment à produire des signes qui sont réels ou est-ce que j'y crois tellement que je le sens ? Et là je préciserai que c'est pas pour les étudiants, mais c'est pour tous les physio tout court. Enfin, moi je m'inclus là-dedans, largement y a des tas de fois où je pense que je sens des choses et je sais pas trop si c'est vrai ou pas » (E4) « Je pense que le fait effectivement que l'on pense ou disons, les croyances qu'on a nous professeurs et élèves et l'importance que l'on attribue au toucher va fortement influencer la manière dont on l'enseigne. Donc ça je pense que c'est une barrière au final. Que ce soit pour ceux qui l'enseigne de manière très précise ou pas. Donc nos connaissances sont effectivement un biais très important. » (E4)
		Esprit critique	« Je pense que je pense que ce qu'il faut c'est, c'est en particulier, disons, développer son esprit critique et puis essayer de limiter les biais cognitifs qui sont liés à ça. » (E3) « La principale barrière reste ce qu'on ne sait pas. Et la deuxième barrière c'est ce qu'on pense savoir » (E3)
	Représentation autour de la « main »	Avoir une bonne main	« Oui, chaque parcours est individuel, je pense qu'il y a des gens qui ont naturellement, des fois, on dit une « bonne main ». C'est, c'est un terme qui est, qui est, qui est pas terrible, mais il y a des gens qui ont une main, qui est plus agréable que d'autres et je pense que ça c'est quelque chose d'individuel. » (E4)
		Concept ostéopathique	« Bah oui, y a des concepts qui sont un peu différents où on va beaucoup plus faire confiance à la main, je pense par exemple à des concepts ostéopathiques. Et puis y en a d'autres où en fait, on va rechercher des signes, mais qu'on va interpréter avec plus de… disons en faisant attention à ne pas céder à nos propres biais. » (E4)

		La main comme interface	« Et la main est l'intermédiaire entre le thérapeute et le patient, la patient, l'étudiant, etc... Donc très focalisé sur la main au début pour ensuite prendre beaucoup de distance et la main devient entre guillemets secondaire. » (E1)
Apprendre à toucher	Place des notions bio-anatomiques	Nécessité de l'anatomie	« Alors déjà connaître l'anatomie, c'est à dire savoir ce qu'on touche. » (E2) « En termes d'anatomie palpatoire, il faut savoir ce qu'on veut toucher, voir l'attention qu'on a quand on veut toucher, c'est à dire : "Je veux améliorer la souplesse de ce tissu. Je veux diminuer l'œdème de ce tissu." L'objectif qu'on a derrière est important. Et c'est justement tout l'inverse pour les obstacles. C'est-à-dire, de toucher sans savoir ce que tu veux toucher, sans avoir d'objectif clair, sans visualiser l'anatomie en 3D. » (E2)
		Se détacher de l'anatomie	« Alors l'anatomie elle est indispensable au début. Après, plus loin, il faut abandonner l'anatomie. C'est à dire que les mains vont se poser parce qu'on a su, on sait où c'est. » (E1) « Parce que j'ai la connaissance et que j'ai touché des milliers de personnes donc euh à un moment donné c'est bien de pouvoir l'oublier parce que d'autant plus qu'elle est différente d'une personne à l'autre donc si je me fixe sur l'anatomie en attendant quelque chose, parfois je vais me dire c'est bizarre mais en fait c'est juste parce que la personne est constituée différemment. C'est pas grave. » (E1)
		Précision de l'anatomie	« Il faut sans doute, fondamentalement, connaître l'anatomie, la biomécanique, la transmission des forces, ça reste un aspect disons fondamental pour l'application de la technique. Mais je pense qu'elle n'est pas aussi précise que ce que l'on pense. » (E3) « Et puis une bonne connaissance anatomique pour nourrir la réflexion quand on touche quelque chose en se demandant si on est vraiment en train de toucher un psoas ou si en fait, peut être que c'est pas possible, enfin, ce genre de choses. C'est bien joli de le voir sur un schéma, mais après de voir si on si on est en train de projeter ce qu'on a envie de toucher ou pas. » (E4)

	Influences des sens sur la perception tactile	Ouïe	« Oui et souvent ça m'est arrivé, peut-être à vous aussi, de dire essayer une fois de masser dans le silence. Tu es beaucoup plus dans l'intention et le massage il est probablement 10 fois mieux si tu le fais dans le silence en étant concentré dans ce que tu fais que si tu es juste en train de papoter et que t'es pas dans le truc. » (E2) « L'idéal ce serait des cours en silence et là je pense, parce que du coup si c'est en silence, vous avez plus l'oreille à vous occuper, donc vous êtes vraiment plus dans vos mains, dans l'écoute de la perception, ça change des choses parce que le bruit influence notre système vestibulo-cocléaire, donc influence forcément notre perception proprioceptive. Quand je vous fais faire des choses dans le silence, vous sentez tout de suite mieux, parce qu'il n'y a plus l'oreille, il n'y a plus l'écoute qui vient perturber le système vestibulo-cocléaire. » (E1)
		Vue	« C'est vrai qu'il faut des fois diminuer les autres sens, à savoir la vue, on peut demander du silence pour jouer sur l'ouïe. […] Mais voilà justement pour favoriser le travail sur la perception du toucher, de diminuer les autres sens, les autres influences des autres sens pour se concentrer uniquement sur le toucher et ce qu'on touche. Ça c'est pas mal pour favoriser. » (E2) « Je pense qu'effectivement, s'il y a trop de volume sonore, et des lumières trop crues, ou au contraire pas assez de lumière, ça peut être un problème. Je pense que le manque de lumière sera moins un problème qu'une lumière exagérée. » (E4)
	Les outils pour favoriser l'apprentissage	Répétition	« Répéter, répéter, répéter, répéter. Et puis, demander le feedback du sujet parce qu'il sait quand on est... il sent si on est cutané, musculaire ou même osseux. Ça se sent, ça se perçoit, donc utiliser le feedback du sujet c'est aussi primordial. » (E2) « La répétition c'est essentiel. » (E1) « Troisièmement, c'est de s'entraîner avec les pairs. J'aurais tendance à dire que plus on pratique et mieux on se sent à l'aise avec la technique. » (E3)

			« Bah je pense que tout simplement le fait qu'il y ait des moments de pratique est fondamental, puisque la répétition, mène à l'apprentissage. » (E3)
		Varier les cobayes	« De changer d'individus, parce que, ça je ne l'ai pas dit avant par exemple, mais effectivement de changer pour voir les différences qu'il y a dans une norme qui est très large. C'est à dire que des amis qui n'ont pas de problématique et qu'on va masser, toucher, qui ne viennent pas pour se faire traiter et bah il y a des différences énormes entre un individu et un autre et de se rendre compte que dans ce qui est normal il y a déjà d'énormes différences. » (E2) « Vous, si je vous disais changer d'étudiant régulièrement, mais le plus souvent vous changez pas parce que vous êtes bien avec une personne, puis d'aller faire de la pratique avec celui-là, vous ne le sentiez pas. Alors avec certains ça allait très bien et tout d'un coup voilà, il y a des personnes avec qui t'as moins d'affinité donc t'as pas envie de te mettre avec cette personne-là, puis en fait, c'est ce qu'il faudrait idéalement. » (E2) « C'est de faire passer un étudiant sur plusieurs sujets, pour qu'ils se rendent compte que c'est différent, que les tissus sont différents d'un sujet à l'autre. » (E1) « Il y a que je ne vous fais pas assez changer de sujet. Quand vous avez choisi un sujet en première année, c'est votre sujet jusqu'à la fin de troisième, je le vois bien. De nouveau, je n'ai pas le temps de vous faire permuter, changer de praticien, changer de sujet, donc pratiquer, changer de sujet. » (E1)
		Connaissance de la technique	« Alors je pense qu'une des difficultés quand même, c'est la répétition des choses. […] les gens répètent pas assez donc parfois l'autre difficulté c'est qu'ils n'arrivent pas à être concentré sur leur toucher parce qu'ils sont en train de réfléchir à la précision de la technique, comment mettre le directionnel, la prise, etc… » (E1) « S'ils sont trop concentrés là-dessus ils ne sont plus concentrés sur toucher. Quand la technique est apprise et qu'on sait exactement ou on va mettre les mains, là on peut être attentif au toucher. Donc la répétition des choses elle est fondamentale et de manière générale, les

			étudiants répètent pas assez mais en même temps on leur donne pas ce temps. Donc il n'y a pas de chemin. » (E1)
		Place de l'expérience	« Je pense que pour certaines choses l'expérience vaut la peine, notamment en termes de raisonnement clinique ou des choses comme ça, après sur le toucher je ne suis pas sûr. Je ne suis pas sûr que, très factuellement, je ne suis pas sûr que vous sentiez des choses moins bien que moi, pourtant j'ai pas mal d'expériences maintenant. » (E4) « Pour moi le développement de la sensibilité tactile, c'est l'expérience qui permet de l'acquérir. » (E2) « Mais il y a pas mal d'études qui nous montre que des étudiants même pas encore diplômés ont pas des résultats qui sont moins bons que des sujets expérimentés. » (E4)
	Imaginer, visualiser, ressentir	Projection	« Évidemment, il y a des arguments qu'on utilise : de se projeter, d'essayer de sentir, de connaître l'anatomie puis se dire voilà, je touche la peau, j'essaye d'être dans le muscle, j'essaie d'être dans l'os, j'essaie de mobiliser une articulation, etc... mais c'est vraiment dans la projection, dans la répétition et puis dans le feedback du patient ou du sujet que l'on touche. » (E2) « C'est d'essayer de se projeter, c'est à dire je touche, qu'est-ce que je touche, je vois que là il y a un muscle et j'essaie de toucher ce muscle-là. Je me projette dans ce que je veux je veux toucher. » (E2)
		La visualisation 3D	« Ensuite, vraiment avoir une vision en trois dimensions, à savoir que je traverse différentes couches et de se projeter dans les différentes couches tissulaires que l'on traverse. » (E2)
Posture de l'étudiant·e	Disposition personnelle au toucher	Aimer toucher	« Oui, oui, oui on voit les gens qui ont beaucoup plus pratiqué que d'autres, ceux qui aiment faire ça, ceux qui aiment pas tellement. » (E2) « Il y a des gens qui aiment toucher mais qui n'aiment pas être touché aussi donc une personne qui n'aime pas être touchée peut tout à fait toucher très bien et développer son sens du toucher

			de manière très importante. Mais c'est sûr que la personne qui a une certaine réticence par rapport à ça, ça va être plus difficile d'apprendre. » (E2) « Je pense qu'un des trucs qui est facilitant c'est aimer toucher et aimer être touché. Je pense que s'il y a bien un métier ou c'est indispensable, c'est celui-là. » (E1)
		Être à l'aise à toucher	« Il y en a qui sont très à l'aise avec le toucher, d'autres on voit qu'ils sont moins à l'aise avec le toucher. » (E2)
		Rapport au toucher	« Dans un sens, c'est un peu bizarre finalement de finir en physio si on a ce problème là, mais ce sont des questions qui sont déjà posées par le passé et pour des étudiantes ou des étudiants qui avaient un rapport vraiment très complexe au toucher. Et à l'inverse d'autres qui avaient un rapport trop facile au toucher. Ça dépend beaucoup, bah y a des notions socioculturelles, beaucoup d'expérience » (E4)
	Transformation personnelle et évolution	Activités manuelles	« Je me dis que certains sports, certaines activités, je sais pas moi j'aime bien faire de la poterie, c'est cool. Mais voilà tu favorises de toucher, tu malaxes la terre et puis tu essayes d'en faire une forme. Je pense que ça, ça peut aussi stimuler un petit peu le toucher même si c'est le toucher de la terre et pas du corps. » (E2)
		Activités sportives	« Ça dépend de, bêtement de la pratique d'autres activités en termes de sport où y a des gens qui ont plus l'habitude de se toucher ou de se changer les uns devant les autres, ce genre de choses donc. » (E4)
		Laisser le temps à l'évolution	« Après, je pense que c'est un, c'est un long trajet de développement du toucher, de ressentir et ça prend, ça prend beaucoup de temps donc c'est pas quelque chose qui aboutit à un résultat finit à la fin de la 3e année. » (E4)
		Transposabilité des compétences	« Tout ce qu'on apprend, c'est sûr que si c'est centré sur l'humain, la santé, etc… ça aide un peu plus, mais quoi qu'on apprenne, ça peut être des arts martiaux, ça peut être de la peinture, ça peut être du chant… quel que soit les sens […] tout est interconnecté de toute façon. À un moment donné, il va se passer des choses dans le toucher. » (E1)

		Une évolution personnelle implique une évolution du toucher	« Et ben notre palpation se modifie aussi. On va faire un cours de développement personnel, on va faire Vipassana pendant une semaine et on revient et on se dit : « ouah je touche différemment maintenant. » donc tout ce qu'on apprend c'est sûr. » (E1)
	Influence de la personnalité du toucheur	Confiance VS timidité	« Certains sont peut-être un peu trop timides et pas assez en confiance par rapport à leurs compétences et n'osent pas vraiment et d'autres à l'inverse, vont sentir des tas de choses qui n'existent pas » (E4)
		Peur	« Je peux imaginer que ça la freine, parce qu'elle aura peur, peur d'être touché, peur de toucher l'autre du coup. » (E1)
		Pudeur	« Donc il y a voilà, la pudeur est importante, maintenant c'est important de la respecter, mais je pense qu'une personne trop pudique ça peut la freiner dans son apprentissage. » (E1)
	Attitude pour apprendre	Intention	« comme difficulté, je dirais […] le manque d'envie, c'est-à-dire d'intention. Parce que toute l'intention que tu mets, quelle que soit la technique de traitement […]. Si tu y mets de l'intention et si tu crois en ce que tu fais, ça se voit et ça marchera mieux j'en suis persuadé. Si tu crois pas à ce que tu fais, pis que tu mets pas d'intention en disant : « bon voilà je vais le masser parce qu'il me demande ça, […] je me sens obligé de le faire. » ça marchera probablement moins bien parce que le thérapeute il ne met pas de l'intention et il ne met pas d'envie. » (E2) « Essayez une fois. Mettez une mauvaise intention dans le toucher et toucher la personne. Et de la même manière, vous mettez la main au même endroit mais vous vous dites « je suis fâché avec la personne », vous essayez de mettre une intention désagréable et puis après vous faites la même chose avec une intention agréable « je veux lui faire du bien ». Je suis sûr que la personne elle le sens, qu'elle va s'en rendre compte. Faites le test, moi j'ai déjà fait le test, tu ressens ça. Vous avez déjà ressenti ça, quand vous étiez en cours de massage et que c'était pas tout à fait la personne avec qui vous vouliez être, et qu'en plus il y va un peu trop fort, ou pas assez fort, ou pas au bon endroit. » (E2)

			« C’est pour moi la base, présence, attention, intention. » (E1)
		Implication	« Oui et au moment où on est là pour les apprendre (les techniques) et les appliquer bah justement de le faire. Parce qu’il y a aussi des collègues où au moment où les professeurs sont là, ne le font pas. » (E3)
		Attention et divertissement	« Quand on est attentif, on apprend, on apprend plus. […] Je sais qu’on apprend plus quand on…je sais qu’on apprend plus quand on se divertit, par exemple. On apprend plus rapidement et plus facilement quand on est dans un environnement agréable, plaisant, où on se sent à l’aise et on est bien. » (E3)
		Concentration	« Je pense que la capacité de se concentrer et des faire abstraction du reste, on peut mais il ne faut pas qu’il y ait trop trop de bruit et d’agitation. » (E4)
		Bienveillance	« Je pense qu’il y a un peu un mythe autour du toucher, où on pense qu’il faut beaucoup d’expérience pour être bon etc… et je pense qu’il faut surtout beaucoup de bienveillance. » (E4)
		Influence corporelle	« Je pense que la taille, peut-être le poids, masculin / féminin ça me semble évident. […] Des fois je suis surpris de l'autre côté, c'est-à-dire des gens qui font des sports de combat […] où je me dis qu’il va toucher comme une brut pis c’est pas le cas, il peut être très doux dans son toucher et c'est génial. Et pis d’autres qui sont toutes petites, qui font de la couture en fait quand elle te touche tu as l'impression qu'elle passe à travers toi donc ça peut être très surprenant » (E1)
		Attitude du·**de** la débutant·**e**	« Il y a une sorte de, comme j'ai dit avant, le débutant, de peur de ne pas en faire assez en fait toujours trop » (E1) « Parce que combien de fois j’ai des étudiants et étudiantes qui me disent « je ne sens pas », mais bien sûr que tu sens quelque chose, je ne dis pas où, mais bien sûr que tu sens quelque chose, c’est juste que tu ne t’autorises pas à l’énoncer. » (E1)

Enseignement et évaluation du toucher	Cadre d'apprentissage	Ratio enseignant·**e** s / étudiant·**e** s	« Je pense que des classes à 60 c'est compliqué s'il y a qu'un seul enseignant. Ça arrive de temps en temps ». (E4) « Précisément. Je pense qu'il n'y a pas besoin non plus d'un professeur par 10 élèves, je pense que c'est pas le facteur déterminant pour l'apprentissage des techniques. Disons, si pour 30 élèves on a 2 professeurs, je pense que c'est suffisant. » (E3) « Et quand moi j'ai commencé comme prof, il y avait 24 étudiants, et on était deux experts. Après on a été un expert, un assistant, ce qui est bien, mais il n'a pas notre recul, il n'a pas notre expérience […]. Et des fois je suis tout seul, avec 24, voir avec 45, ce n'est pas des bonnes conditions ça. J'aimerais pouvoir passer sur chaque étudiant, lui faire sentir l'intensité, comment moi je le fais, ça ne veut pas dire qu'elle est juste, mais comment moi je la perçois, passer sous les mains de chacun, sentir comment elles font. » (E3)
		Nombre d'élèves croissant	« Ah ! le nombre d'élèves, ça c'est certain que quand on est moins j'ai plus le temps de passer et de donner des feedbacks aux étudiants. » (E2) « Le nombre d'étudiants augmente donc évidemment on peut beaucoup moins facilement donner un feedback à tous les étudiants, prendre du temps avec les étudiants, pour les aider dans l'apprentissage de la perception. » (E2)
		Évolution du programme	« Malheureusement, les nouveaux programmes font que j'ai moins la possibilité de faire ça, donc c'est beaucoup de techniques à apprendre et puis moins d'attention à la sensibilité à la palpation. » (E1)
		Clarté du cadre	« Je pense que d'avoir un cadre suffisamment clair en termes de règles ou de procédures, je pense que c'est quelque chose qui doit faciliter les choses. » (E4) « Il faut éviter que la classe fasse deux choses complètement différentes. S'il y en a qui font des sauts à droite, à gauche et que de l'autre côté on a une demi-classe qui doit faire autre chose, ce n'est pas faisable. Il faut bien partager en termes de locaux. » (E4)

		Environnement d'apprentissage	« D'avoir des locaux qui sont propres, avec peut-être des rideaux aux fenêtres et pas des voisins pile en face. Éventuellement des locaux […], qui sont non seulement propres mais qui donne un peu l'impression d'être propre, je pense que ça aide aussi pour se sentir à l'aise dans un endroit. » (E4)
		Manque de temps	« Une des difficultés c'est le temps. j'ai pas assez de temps parce que j'aimerais vous faire passer au moins sur quatre voir cinq sujets de suite. J'aimerais pouvoir passer dans vos mains au moins une fois pendant trois ans et c'est pas le cas quoi. j'ai été touché par peut-être cinq ou six d'entre vous c'est tout. » (E1) « Faudrait plus d'heures, ça c'est, ça manque cruellement. Je trouve que vous n'avez pas assez de pratique, pour une formation professionnelle ou on mise quand même beaucoup sur la pratique, je trouve que vous n'avez pas assez de pratique. » (E1)
	Stratégies et techniques pédagogiques	Enseignant·**e** comme sujet	« Et puis quand j'ai le temps, c'est de passer sous les mains de l'étudiant / l'étudiante. » (E1) « Que les étudiants puissent passer à chaque cours sur plusieurs sujets, et le plus régulièrement possible de passer sur nous. » (E1) « Je me couche sur la couchette, je leur demande de me prendre ma tête et de me masser les sous occipitaux. Et puis après je donne un petit feedback si vous le demandez. » (E2)
		Diversité d'approches	« Après, le développement du sens du toucher lui-même… Je pense que chaque individu à des particularités. Il va y avoir des méthodes qui vont mieux convenir que d'autres. Donc, proposer diverses approches et divers cadres, des modalités différentes pour que tout un chacun puisse un petit peu y trouver son compte. Et ensuite adapter pour pouvoir persister dans cette voie. » (E4) « Et si tu ne sens pas ce que moi je sens, ce n'est pas grave, il n'y a pas de référentiel juste ou faux. Peut-être que la personne elle sent un truc, je dis toujours, on est 50 à passer un un glisser, on est 49 à sentir dans un sas que c'est raide, le 50ème sent dans l'autre sens, c'est juste aussi. Parce qu'on n'est peut-être pas dans le même plan. » (E1)

			« Si on est deux experts, ça veut dire deux portes d'entrées différentes, et si possible qu'on soit pas pareil, si possible, pour avoir deux perceptions. » (E2)
		Imitation du geste	« C'est de moi accompagner les mains de la personne, c'est de montrer d'un côté pendant que l'étudiant montre de l'autre côté, fait de l'autre côté » (E1)
	Critères d'évaluation	Fluidité	« Après elle se perçoit aussi dans votre positionnement, dans la prise que vous avez, dans l'harmonie du geste que vous faites on voit si c'est maladroit […], si c'est beau à voir en général c'est que c'est plutôt bien. » (E2)
		Positionnement du·**de** la thérapeute	« Je pense que tout ce qui est positionnement, déplacement dans le toucher est important. C'est un peu les critères d'évaluation que je vous donnais, c'est à dire votre positionnement, le positionnement du thérapeute, son déplacement, la direction dans laquelle il va mettre ses mains, l'intensité dans laquelle il va mettre ses mains. Le côté englobant et pas trop pointu. » (E2) « Sur le positionnement des mains, sur le positionnement du sujet, sur le positionnement du patient, sur l'application de la technique, c'est à dire l'application des forces, le sens, s'il y a de la traction, s'il y a de la distraction, de la direction. » (E3)
		Agréabilité	« Après, si on parle de la personne qui ressent le toucher, là je pense qu'on a potentiellement beaucoup plus de critères. Par exemple, est-ce que c'est agréable ou pas, est-ce que c'est douloureux ou pas, est-ce que c'est rassurant ou pas, est-ce qu'il y a une certaine direction ou un certain objectif avec ce toucher ou pas. » (E3)
		Concentration	« Quand j'évalue le massage par exemple, on voit si vous êtes dedans, dans la tête et dans les mains évidemment, ou si vous êtes en train de réfléchir à autre chose. Si vous êtes en train de réfléchir à ce que vous allez faire après mais vous n'êtes pas dans ce que vous êtes en train de faire dans le moment et ça c'est important. » (E2)
		Qualité du geste	« On va essayer de stimuler votre ressenti : qualité de fin de course, pas que quantitatif mais aussi qualitatif dans le geste. » (E2)

	Posture réflexive de l'enseignant·**e**	Le savoir du·**de** la professeur·**e**	« L'apprentissage et la transmission des thérapies manuelles…Moi je trouve qu'on est trop focalisé sur le professeur et sur le savoir du professeur. Et moins focalisé sur le besoin des étudiants. » (E3)
		Asymétrie relation enseignant·**e** - élèves	« Maintenant si je reviens à l'éducation, il me semble qu'avec l'éducation, c'est potentiellement le même principe. C'est-à-dire qu'il y a le professeur qui est là, avec son savoir, avec ses connaissances et sa vaste expérience et il y a l'élève qui ne sait rien et qui doit absolument faire ce que le professeur pense qu'il doit faire. Moi, je réfléchis à ça, je me dis est-ce que c'est la bonne voie pour permettre à l'élève d'apprendre mieux ? Et la réponse que j'ai, c'est que je ne pense pas, c'est que non. C'est que je pense qu'il faudrait que les professeurs aient moins de responsabilité dans l'apprentissage de l'élève et donc que l'élève ait plus de responsabilité dans son apprentissage. Je pense que le professeur devrait être un peu plus conseiller et orientateur, plutôt que quelqu'un qui montre comment on doit faire. » (E3) « On a migré d'un type de pratique où le physiothérapeute, ou le professionnel de la santé était supérieur en termes de savoir, était supérieur en termes de connaissances et devait dire au patient absolument ce qu'il avait et comment il devait vivre sa vie […]. Il y avait une espèce d'inégalité qui se faisait et qui mettait en avant beaucoup plus le physiothérapeute par rapport au patient. Actuellement, on sait, parce que la recherche nous montre, qu'il est déconseillé d'utiliser cette asymétrie. » (E3)
		Autonomisation des élèves dans l'apprentissage	« Pour ça on a besoin des élèves. Un, parce que c'est une approche qui serait centrée sur les élèves, c'est-à-dire que ça oblige les élèves à se mobiliser, à mobiliser leurs connaissances et à identifier leurs besoins. Et je ne vois pas l'évaluation comme une barrière, parce que dans un monde idéal, l'élève devrait être en capacité de s'auto-évaluer et de comprendre ses besoins, d'identifier ses lacunes et ses points forts. Et une fois de plus, le professeur serait là pour accompagner ce processus-là et non pas pour juger quelque chose. » (E3) « Mais moi j'aimerais plutôt penser que si on capacite les élèves à l'auto-apprentissage et bien on aurait peut-être moins besoin de professeurs et on donnerait des bagages pour le futur de ces élèves. » (E3)