



<https://bulletin.vals-asla.ch> · e-ISSN: 2813-7973 · p-ISSN: 1023-2044

Laforest, M. (2009). Savoir implicite et formation professionnelle: un point de vue interactionnel sur la maîtrise d'un genre discursif lié à la profession de sage-femme. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 90, 59-74. <https://doi.org/10.5169/seals-978523>

Cet article est publié sous la licence *Creative Commons Attribution 4.0 International* (CC BY):
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



© Marty Laforest, 2009

Savoir implicite et formation professionnelle: un point de vue interactionnel sur la maîtrise d'un genre discursif lié à la profession de sage- femme¹

Marty LAFOREST

Département de Lettres et communication sociale, Université du Québec à
Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Qc), Canada G9A 5H7
Marty.laforest@uqtr.ca

The mastery of discourse genres associated with professional practice is one sign of acquisition of a professional identity. What sorts of knowledge are highlighted in these discourses? What can apprentices' productions teach us in this regard? To bring some answers to these questions, we analyzed two dossier reviews presented during a work meeting by a student midwife. The student's lack of mastery, evident in the reactions of experienced midwives in the audience, was observed in the poor selection of facts to report: the student related details her interlocutors judged uninteresting and ignored events they saw as essential. These ignored elements show that an adequate selection of relevant information to report on can be seen as a sign of full acquisition of a professional identity related to the recent history of the profession and the implicit knowledge shared within this community of practice.

Keywords:

Interaction, discourse genres, professional identity, professional socialization, language at work, discourse analysis

La capacité à intervenir verbalement de manière adéquate avec les pairs est l'une des marques d'acquisition de l'identité professionnelle. En ce qui concerne notamment les métiers où la parole tient un grand rôle, cette capacité passe par la maîtrise de ce qu'on pourrait appeler les "genres" de discours liés à la profession. Les savoirs que ces discours mettent en jeu peuvent-ils être enseignés? Que peuvent nous apprendre, à cet égard, les productions des apprentis et l'évaluation qu'en font leurs mentors? Pour apporter quelques éléments de réponse à ces questions, nous aurons recours à l'analyse de revues de dossier produites par une étudiante sage-femme au cours d'un stage en maison de naissance. On verra que notre questionnement, centré à l'origine sur la transmission d'un savoir langagier et la socialisation des novices dans une communauté de pratique, engage nécessairement aussi la réflexion sur la professionnalisation des métiers. En effet, nous montrerons que l'histoire récente de la profession dont il sera

¹ Le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada accorde à notre recherche son soutien financier. Nous l'en remercions. Nous remercions également Laurent Filliettaz et les relecteurs anonymes d'une version antérieure de ce texte, pour leurs pertinentes remarques.

question ici marque fortement les attentes des mentors à l'endroit du novice en ce qui concerne sa manière d'intervenir devant les collègues.

1. Identité professionnelle et discours

Hugues (1958) a bien montré que toute profession tend à se constituer "en groupe de pairs avec son code informel, ses règles de sélection, ses intérêts et son langage commun". C'est bien à un code informel que réfère Goffman (1959: 81), pour qui "to be a given kind of person, [...] is not merely to possess the required attributes, but also to sustain the standards of conduct and appearance that's one's social grouping attaches thereto". Sans le dire aussi explicitement, Goffman semble donc faire une distinction entre l'acquisition des "attributs requis" pour l'exercice de la profession – constituants nécessaires, mais non suffisants de l'identité professionnelle – et l'acquisition des standards de conduite du groupe auquel on souhaite s'intégrer. D'une certaine façon, cette distinction recoupe celle qui s'établit entre formation et socialisation professionnelles (Benoît & Davis-Floyd, 2004: 170); la première relève des exigences et de l'organisation d'un programme éducatif formellement constitué, la seconde réfère à un processus informel d'acquisition progressive de la culture partagée par les membres d'un groupe professionnel, ces valeurs, croyances et attitudes, tant envers les collègues que les clients, qui fondent l'appartenance au groupe. Dans cette perspective, l'identité professionnelle, en tant que sentiment d'appartenance à un groupe de référence dont on partage les standards de conduite, peut être vue comme un produit, un résultat de multiples interactions du novice dans un milieu de formation, puis de travail.

Le type de conduite auquel nous nous intéressons tout particulièrement est la conduite langagière. Être universitaire ou médecin c'est, entre autres choses, parler comme un universitaire ou un médecin, c'est-à-dire savoir quoi dire et comment dans l'ensemble des circonstances où cette identité professionnelle doit s'exprimer. Cette maîtrise du discours et de certains genres de discours constitue un enjeu dans les métiers où la parole joue un rôle important, elle garantit cette "pleine participation à une communauté de pratique"² qui marque, selon Lave & Wenger (1991) la fin de la période de formation.

Il faut entendre ici par genre de discours une manière socialement reconnaissable d'accomplir une tâche langagière particulière. Cette définition très sommaire du genre le lie intimement à la finalité du discours, à la situation de communication et aux actions attendues qu'elle génère. L'interdépendance du genre et des pratiques sociales ressort de nombreux travaux consacrés au discours professionnel (entre autres Miller, 1984; Swales, 1990; Yates &

² Notre traduction de "more and more complete participation in a community of practice".

Orlikowski, 1992; Orlikowski & Yates, 1994; Bhatia, 1993 et 2002; Trosborg, 2000). Tous insistent, dans leur présentation du concept de genre, sur sa finalité socialement définie, reconnue et légitimée par les membres de la communauté professionnelle dans laquelle il circule – reconnaissance qui suppose un certain nombre de caractéristiques de contenu, de structure et de forme.

C'est aussi nous semble-t-il une telle conception du genre qui, sans être toujours explicitée, peut être déduite des travaux sur la présentation de cas, genre connu de tous les professionnels de la santé et bien documenté (voir entre autres Schryer *et al.*, 2002; Ende, Pomerantz & Erickson, 1995; Pomerantz, Ende & Erickson, 1995). Tous les genres discursifs liés à une profession ne font pas l'objet d'un enseignement explicite, mais la présentation de cas, chez les médecins notamment, est mise en pratique au cours de la formation et fait dans certains cas l'objet d'évaluations (selon les auteurs mentionnés). Il s'agit donc d'un genre nettement codifié (au moins en termes de contenu) au sein de la profession.

Erickson (1999) a bien montré en quoi la présentation de cas faite par un médecin s'adressant à un pair diffère de celle, beaucoup plus formelle, qu'apprennent les étudiants en médecine au cours de leurs études universitaires. Il a montré aussi la manière dont les étudiants avancés saisissent peu à peu cette différence au contact de leur mentor, pendant leur internat à l'hôpital. C'est donc dire que la maîtrise des genres de discours associés à la profession, même dans les cas où elle est affaire de formation, est aussi et toujours affaire de socialisation (comme le montrent Schryer *et al.*, 2002), en ce sens qu'elle comporte une dimension implicite qui fait que les mentors auraient de la peine à expliquer précisément comment et à quel moment l'apprentissage a lieu.

L'histoire singulière de la profession de sage-femme au Québec, sur laquelle nous reviendrons, se révélant particulièrement intéressante, nous nous sommes posé la question de l'apprentissage d'une variante de la présentation de cas, la "revue de dossier", telle que la pratiquent les sages-femmes. L'examen de telles revues de dossier nous semblait permettre de réfléchir de manière plus approfondie aux liens existant entre l'identité professionnelle, telle qu'elle se donne à voir dans les interactions en milieu de travail, et la formation professionnelle en tant que processus d'acquisition d'un savoir-faire dans le cadre d'un programme universitaire.

Sur les plans théorique et méthodologique, notre approche s'inscrit dans les courants interactionnistes d'analyse du discours. Bien qu'ancrée dans la linguistique, elle est profondément influencée par la conception goffmanienne de l'interaction. Le discours sera donc envisagé ici comme un "faire" langagier, une construction collective et progressive de tous les participants à l'interaction et comme un lieu de construction et de négociation constante du

sens – le sens n'étant pas un "donné" préalable à l'interaction que la parole ne fait que transmettre – et des identités, qu'il s'agisse de l'identité familiale, professionnelle, etc.

2. La sage-femme québécoise et sa formation

Au Québec, la sage-femme est une professionnelle à part entière qui assure l'ensemble du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Elle peut prescrire certains examens et médicaments. La formation d'une sage-femme dure quatre ans. La première année est consacrée aux cours fondamentaux (anatomie, microbiologie et autres sciences biomédicales) donnés en contexte universitaire. À partir de la deuxième année, les étudiantes commencent une série de stages. Les cours sont dès lors donnés en ligne ou, s'ils doivent réunir toutes les étudiantes avec le professeur, à un rythme intensif dans un bref laps de temps, car la formation se déroule en grande partie en maison de naissance. Les étudiantes sont donc réparties sur l'ensemble du territoire québécois, dans l'une ou l'autre des dix maisons que compte le réseau. Ces années de stage sont fondées sur une relation de compagnonnage, l'étudiante étant couplée à une sage-femme expérimentée qui devient sa préceptrice. La stagiaire suit la préceptrice dans toutes ses activités professionnelles, qu'il s'agisse des consultations, des accouchements eux-mêmes ou des diverses réunions de travail. Progressivement, après une période d'observation, elle accomplit sous supervision un nombre croissant de tâches. Chaque stage ne dure que quelques mois, ce qui donne l'occasion à l'étudiante de connaître différentes préceptrices et manières de faire.

C'est au cours de ces stages que l'étudiante acquiert la compétence technique et communicationnelle essentielle à la pratique et forge peu à peu son identité professionnelle³. Cette identité est indissociable de l'histoire très singulière de la profession au Québec. Sans rappeler cette histoire en détail (voir à ce sujet Laforce, 1987; Biggs, 2004; Vadeboncoeur, 2004), il nous semble important de mentionner que les sages-femmes "de village", présentes dans la tradition québécoise comme dans toutes les communautés, ont peu à peu disparu à mesure que l'hospitalisation des femmes devenait le standard en matière d'accouchement, à partir des années 1930. La profession renaît dans les années 1970, en partie sous l'impulsion du mouvement féministe, et obtient finalement la reconnaissance officielle de l'État en 1999, malgré les réticences du Collège des médecins.

³ Nous avons montré dans Laforest et Vincent (2007) que la première année de stage marquait un tournant important dans l'intégration par l'étudiante des valeurs spécifiques à la profession.

Les "nouvelles" sages-femmes⁴ se définissent par opposition aux autres groupes de professionnels œuvrant dans le domaine de l'obstétrique. Elles sont pour l'instant très minoritaires sur le "marché" de la périnatalité⁵ et elles incarnent une force de résistance et d'appel à la mobilisation contre la compartimentalisation et l'instrumentalisation croissantes des soins de santé. Leur savoir technique et scientifique en matière de périnatalité étant équivalent à celui d'un médecin généraliste, elles s'en distinguent et se définissent donc par un certain nombre de valeurs spécifiques qu'elles défendent et qui orientent leur pratique, notamment une approche holistique de la santé, l'importance accordée à la continuité des soins et la volonté d'*empowerment* de la cliente (Ordre des sages-femmes du Québec, 2005).

3. Les données de l'analyse

Nous sommes engagés dans une démarche de recherche *sur*, et de plus en plus avec les sages-femmes depuis 2002, moment où nous avons commencé à recueillir des données sur le sujet. Cette démarche procède d'une accumulation d'expériences d'observation participante et de collecte (toujours en cours) de données variées, qui permettent de suivre l'évolution rapide d'une profession qui est toujours, à l'heure actuelle, en voie de consolidation institutionnelle. Nous avons au départ réalisé des entretiens semi-dirigés avec deux sages-femmes faisant partie de la génération qui a mené la lutte pour la reconnaissance officielle de la profession. Plusieurs de ces pionnières, toujours actives, sont aujourd'hui préceptrices. Nous avons ensuite interviewé de la même façon 21 étudiantes, qui étaient engagées au moment de l'entretien à divers stades de leur formation, afin d'évaluer leur perception de la profession et la transmission des valeurs spécifiques à la pratique sage-femme (Laforest & Vincent, 2007). Par ailleurs, nous sommes membre du comité de sélection des étudiantes sages-femmes depuis plusieurs années (une seule université offre la formation au Québec), ainsi que d'une équipe qui s'affaire actuellement à constituer un fonds d'archive sur la ré-émergence de la profession à partir des années 1970.

Toutes ces expériences informent l'analyse qui sera présentée dans les pages qui suivent. Elles enrichissent l'interprétation, la lecture que l'on peut faire d'un autre ensemble de données, spécifiquement constitué en 2003 dans le but

⁴ L'appellation "*new midwifery*" est utilisée au Canada pour désigner la renaissance de la profession après sa quasi-extinction. Le mouvement québécois que nous décrivons s'est aussi développé de façon plus ou moins semblable dans quelques autres provinces canadiennes, dont l'Ontario. Pour un panorama, on consultera avec profit Bourgeault, Benoît et Davis-Floyd (2004).

⁵ En 2006, seulement 1,6% des naissances étaient supervisées par une sage-femme (0,5% en 1994) (Ministère de la santé et des services sociaux, 2008: 25).

d'observer les interactions professionnelles en tant que telles, tant avec les clientes qu'avec les collègues. Nous avons alors enregistré (enregistrement audio seulement) une vingtaine d'heures de travail de deux sages-femmes dans une maison de naissance de la région montréalaise, chacune travaillant en duo avec une stagiaire. La maison de naissance, où travaillent à l'heure actuelle presque toutes les sages-femmes québécoises, est un lieu d'accouchement et de consultations pré et post-natales, distinct de l'hôpital. On y accueille des femmes qui ne présentent aucun problème de santé et qui sont en quête d'une approche alternative de la périnatalité. L'interaction analysée, tirée de ce corpus, est la réunion hebdomadaire de l'équipe de travail de la maison. 15 personnes y participent, 7 sages-femmes, 4 étudiantes en stage, 3 aides natales et une secrétaire.

4. La "revue de dossier"

La revue de dossier est une variante de la présentation de cas⁶, genre qui intervient dans les relations entre professionnels et non avec la cliente. Sa finalité est généralement d'informer les collègues, ce qui se révèle nécessaire dans un certain nombre de circonstances, par exemple lorsque le professionnel est membre d'une équipe qui évalue périodiquement le travail accompli et décide du suivi à donner à chaque dossier.

La manière de procéder à la revue de dossier s'acquiert progressivement au contact des collègues expérimentées et ne fait généralement pas l'objet d'un apprentissage formel⁷. La maîtrise du genre implique bien sûr celle de la structure du discours attendu, mais aussi, comme on le verra, une sélection adéquate des informations pertinentes dans la situation, sélection qui est le résultat d'une compréhension très subtile du savoir partagé et de ce qui fait l'intérêt d'une information dans le milieu concerné et en fonction de l'objectif visé.

La stagiaire commence à faire des revues de dossier à partir du stage trois (sur un total de quatre⁸) – ce n'est donc pas une activité de débutante. Sa

⁶ Cette appellation ne semble pas faire l'unanimité, ce qui est peut-être un indice du caractère pas tout à fait fixé du genre. Nous l'utilisons parce que c'est celle qui revient le plus souvent dans la bouche des sages-femmes consultées, mais l'appellation "revue par les pairs" a aussi été entendue. En tant que genre, la revue de dossier s'apparente également au "tableau clinique" brossé lors de la relève des équipes d'infirmières et décrit par Grosjean et Lacoste (1999: 93ss).

⁷ Dans certaines maisons de naissance, il existe cependant un document écrit précisant quels éléments du dossier doivent être présentés, document rédigé, à l'origine, à des fins d'auto-régulation plus qu'à des fins pédagogiques (informations obtenues de la communication personnelle avec l'ex-directrice d'une maison de naissance, aujourd'hui professeure).

⁸ Outre les quatre stages en maison de naissance, la formation comporte un stage en centre hospitalier et une période d'internat.

prise de parole à ce sujet au cours de la réunion est souvent planifiée à l'avance avec sa préceptrice. Pour la future sage-femme, la revue est donc à la fois relation d'événements et mise en scène de soi en tant qu'individu compétent, en ce sens que la stagiaire construit son discours de manière à donner l'image d'une "vraie" sage-femme. Pour la préceptrice, la situation est pédagogiquement complexe, puisqu'elle doit gérer la présentation de la stagiaire, corriger au besoin certaines de ses interventions sans lui faire perdre la face devant l'équipe et sans perturber le déroulement de la réunion.

5. Les revues de dossier d'une stagiaire

La réunion hebdomadaire de l'équipe de travail comporte une période de retour sur les accouchements de la semaine. Deux revues de dossier produites au cours de cette période ont été analysées, pour voir si on y décelait des marques du manque relatif de maîtrise du genre et pour voir de quelle manière la préceptrice intervient avec la stagiaire. Voyons un premier extrait.

Extrait 1⁹ (MN2003, act. 7, 32'58)

- 1 Direct.: [...] retour sur les accouchements.
- 2 Précep.: Ah: [(xxxx)]
- 3 Direct.: [En y allant brièvement. [...]]
- 4 [...]
- 6 Précep.: On va y aller brièvement.
- 7 Stagi.: Regarde, moi je peux: [j'en ai deux
- 8 Précep.: [Les particularités.
- 9 Direct.: Vas-y
- 10 Stagi.: Ok.
- 11 Précep.: Les particularités.
- 12 Stagi.: Donc: une femme première grossesse: 36 ans bébé
- 13 en siège jusqu'à 37 semaines. [Euh:
- 14 Précep.: [Version.
- 15 Stagi.: Donc: traitement ostéopathe: homéopathie, puis:
- 16 haptonomie puis les mains de Lise: (rire)
- 17 [(xx)]
- 18 Précep.: [et de Marie-Paule.
- 19 [Et du papa. On a fait une version.
- 20 Stagi.: [de Marie-Paule et du papa pour tourner le bébé,
- 21 donc elle était contente de pou: de savoir
- 22 qu'elle allait pouvoir accoucher. Finalement le
- 23 travail a commencé elle a passé 24 heures ici,
- 24 bébé en postérieur, bien en postérieur, en
- 25 postérieur en antérieur il a: il a fait toutes
- 26 les positions ce bébé-là pour essayer de se
- 27 placer, puis finalement après 24 heures ici, le
- 28 transfert à l'hôpital,
- 29 Précep.: Pour douleur [excessive au sacrum coccyx.
- 30 Stagi.: [douleur excessive oui.
- 31 Oui. Et, péridurale, ça a été aussi long, heu:

⁹ Les conventions de transcription sont explicitées en Annexe à la fin de l'article. Direct. = sage-femme directrice de la maison de naissance; Précep. = sage-femme préceptrice; Stagi. = étudiante stagiaire; S.F. = une autre sage-femme.

32 elle a accouché, la péridurale, elle a ils l'ont
 33 diminuée au moment de la poussée 'fait que elle
 34 a très bien senti la poussée, heu: le bébé est
 35 sorti en pleine forme il a: huit livres, et
 36 deux, heu:
 37 Précep.: Huit livres.
 38 Direct.: Anté[rieur?
 39 Stagi.: [Mettons huit livres oui. Huit livres
 40 antérieur:
 [...]
 44 Stagi.: [...] donc bien l'accouchement ça s'est: bien
 45 terminé, en gros, heu: puis là en post-natal
 46 euh:
 47 Précep.: Non je veux:
 48 Stagi.: [oui
 49 Précep.: [juste par rapport à l'accouchement rajouter,
 50 elle a eu un coaching: inimaginable,
 51 Stagi.: humhum
 52 Précep.: par une infirmière qui a dit qu'il fallait
 53 qu'elle accouche avant deux heures parce que
 54 c'était la meilleure en tout cas
 [...]
 59 Je vais juste parler de l'atmosphère qu'il y a
 60 eu rapidement, je me suis retirée un moment
 61 donné puis là Michelle [la cliente] me regardait
 62 dans le fond parce que je sentais que
 63 l'infirmière prenait, la place, c'était sa place
 64 son terrain, puis moi je je: je suis pas
 65 intervenue j'étais fatiguée aussi. Puis, un
 66 moment donné Michelle elle dit "Marie-Paule tu
 67 t: tu es bien loin" la jolie phrase qu'elle m'a
 68 dit et là je me suis rapprochée pour lui parler
 69 à l'oreille, mais là les positions, elle a dit
 70 "je peux tu changer de position" j'ai dit "bien
 71 oui!" mais l'infirmière elle dit un moment donné
 72 [ton autoritaire, débit saccadé] "à quatre
 73 pattes, ça marche pas." puis moi je voyais puis
 74 elle [la cliente] elle disait "oui ça marche,
 75 je, je le sens!" L'infirmière elle a dit [ton
 76 autoritaire] "tu te tournes sur le dos."
 [...]
 82 (rire) Bien en tout cas je veux juste dire ça là
 83 par: par: c'était particulier, et l'autre chose
 84 particulière en post-natal ben il y a une autre
 85 affaire, puis après ça on va terminer. (rire)
 86 Stagi.: C'est [ça:
 87 Précep.: [Je la laisse aller (rire)
 88 Stagi.: C'est que: elle a eu: rétention des membranes,
 89 heu: vraiment ça l'a sorti en un gros caillot,
 [...]
 96 Précep.: On l'a vérifié le placenta
 97 Stagi.: Donc: [...] C'est ça elle était très inquiète puis
 98 ça l'a:
 99 S.F.: (xx)

Dans ce passage, on peut prendre la mesure du manque de maîtrise de la stagiaire au nombre anormalement élevé d'interruptions de son discours, par rapport à ce qu'on observe quand la locutrice est une sage-femme en titre. On en compte six (l.14, 18, 29, 37, 47 et 99, plus une 7^e interruption, moins certaine, en 96) en un peu plus de deux minutes, qui sont généralement le fait

de la préceptrice – témoin comme la stagiaire de ce qui s'est passé –, sans compter la demande de précision de la directrice de la maison à la ligne 38. Il ressort assez nettement de ces interruptions que la présentation de l'étudiante n'est pas jugée satisfaisante par ses interlocutrices, et que l'insatisfaction tient à la sélection des événements à rapporter. C'est une sélection adéquate qui fait le compte rendu attendu dans les circonstances, et c'est ce qui le distinguerait de tout autre récit de cet accouchement, celui que pourrait en faire, par exemple, la nouvelle mère ou son conjoint. La relation attendue dans le cadre de la réunion de travail est avant tout celle qui permettrait aux collègues de comprendre comment et pourquoi un accouchement qui aurait dû se dérouler à la maison de naissance – donc sans médication ou intervention médicale particulières – s'est finalement terminé à l'hôpital, sous péridurale, et a connu une suite surprenante quelques jours plus tard. La nature des interruptions que subit la stagiaire fait donc apparaître en filigrane les "défauts" de sa présentation.

Ces défauts consistent en la relation de détails qui n'intéressent pas les collègues, car ils ne font pas partie de ces "particularités" du cas qui seules doivent être rapportées, comme l'indique la consigne explicitement donnée par la préceptrice (l.8 et 11), et ne respectent pas l'exigence de brièveté de la présentation formulée par la directrice de la maison à la ligne 3. En effet, une première information essentielle est ici qu'il y a eu version, intervention qui a pour but, avant l'accouchement, de remettre le bébé dans la position la plus favorable pour la naissance, lorsque cette position n'a pas été adoptée spontanément. Une mauvaise position du bébé constituant une contre-indication à l'accouchement en maison de naissance souhaité par la future mère, le succès de la version est crucial. L'interruption assez brusque par la préceptrice, à la ligne 14, est donc motivée par le souci d'aller directement à l'essentiel. Cette intention n'est manifestement pas saisie par la stagiaire, qui continue à la ligne 15 l'intervention amorcée en 12, en développant l'histoire des gestes thérapeutiques préalablement accomplis pour résoudre le problème. À la faveur d'une hésitation de la stagiaire, la préceptrice reprend la parole à la ligne 18 pour compléter brièvement les informations fournies avant de résumer l'ensemble des événements en répétant le résultat de toutes ces manœuvres: "on a fait" une version". Cette intervention de la sage-femme chevauche presque entièrement celle de la stagiaire (l.20), qui reprend en écho une partie des paroles de sa préceptrice avant d'amorcer le récit de la période de travail, particulièrement longue et au cours de laquelle la parturiente est transférée à l'hôpital. On ne peut donc pas dire que la préceptrice est parvenue à freiner l'élan narratif de la stagiaire. Encore une fois, celle-ci accorde trop de temps à des informations non essentielles, la donnée importante, dans le contexte de l'évaluation du travail accompli, étant la raison du transfert, que l'interruption de la préceptrice à la ligne 29 vise à fournir. Comme en 20, la stagiaire reprend en écho (l.30) les paroles de la

sage-femme avant de poursuivre un récit toujours caractérisé par l'abondance de détails, et interrompu une nouvelle fois (l.37) par une rectification de la préceptrice.

Cette profusion d'éléments apparemment superflus est probablement à mettre au compte du double statut de la stagiaire dans ce contexte. Celle-ci, en prenant en charge la revue de dossier qui aurait pu être faite par sa préceptrice, agit en tant que sage-femme, mais elle a pleinement conscience de rester en même temps une étudiante, c'est-à-dire une personne dont toutes les actions peuvent être évaluées dans cette situation de stage. En développant (p.ex.) l'histoire des gestes accomplis pour obtenir la version du bébé, elle fournit des informations qui semblent inutiles aux sages-femmes en tant que collègues, mais qui peuvent démontrer aux évaluatrices qu'elles sont aussi que leur étudiante connaît l'ensemble des moyens à mettre en œuvre pour obtenir le résultat désiré. Ce rôle d'étudiante est manifestement plus saillant que celui de sage-femme dans le discours produit par la stagiaire.

Un mouvement inverse s'amorce cependant, alors que la stagiaire entreprend la relation de la période postnatale. La préceptrice l'interrompt une fois de plus aux lignes 47-49. Mais contrairement à ses autres interventions, il ne s'agit pas de résumer, de gommer les détails, mais au contraire de faire mention d'un événement complètement passé sous silence par la stagiaire et qui, de toute évidence, faisait partie des éléments à mentionner absolument, comme on peut le voir par l'introduction de l'intervention: "non je veux: juste par rapport à l'accouchement *rajouter*", et plus encore par sa conclusion (l.82-83): "Bien en tout cas je veux juste dire ça là [...] c'était *particulier*". Cet événement concerne le rapport établi entre la sage-femme et une infirmière en salle de travail, le transfert de la cliente à l'hôpital ayant donné lieu à un affrontement de leurs positions respectives sur la conduite de l'accouchement. La préceptrice redonnera la parole à la stagiaire après cette longue intervention de plus d'une minute (dont la transcription a été un peu écourtée faute d'espace), mais l'interrompra définitivement à la ligne 99, alors que la revue de ce dossier ne se termine qu'à la ligne 140.

Le *pattern* qui vient d'être exposé se retrouve dans la deuxième revue de dossier de la même stagiaire (Extrait 2).

Extrait 2 (MN2003, act. 7, 37'10)

- 1 Direct.: Il y a tu d'autres accouchements?
- 2 Stagi.: Heu oui, j'en ai un autre: premier bébé, une
- 3 femme de 28 ans: heu: que: elle: elle a accouché
- 4 à 41 [semaines] et 6 [jours] fait que disons
- 5 qu'on a clenché [accéléré] un petit peu la
- 6 machine, elle a pris des Actées pendant: trois
- 7 jours, finalement elle a pris de l'huile de
- 8 ricin, (1 sec.)
- 9 Précep.: Deux fois.
- 10 Stagi.: Deux: deux fois une journée puis: le lendemain.
- 11 'Fait que la deuxième dose d'huile de ricin ça

12 l'a bien enclenchée. Une fois arrivée ic: on est
 13 allées la voir chez elle elle était à cinq [cm]
 14 elle est arrivée ici le travail s'est bien
 15 déroulé. Heu: puis: sauf que, arrivée à la
 16 poussée les contractions: étaient: moins
 17 rapprochées, puis après la naissance du bébé, on
 18 a attendu la contraction, on a attendu la
 19 contraction, (rire de ?) et puis finalement à la
 20 sortie du placenta bien il y a: ça s'est mis à
 21 pisser,
 22 S.F.: Ça contractait pas.
 23 Stagi.: Exactement. Donc: une hémorrh[agie
 24 Précep.: [Placenta antérieur
 25 Stagi.: Euh donc. Elle a eu deux Syntos un Ergo: soluté
 26 qui est installé avec 48 millilitres Synto
 27 compression
 [...]
 49 S.F.: Elle a été transférée au St-Paul [un hôpital]?
 50 Précep.: Non non non non non [non
 51 Stagi.: [Non
 52 elle a pas été transférée. [On l'a gardée ici.
 53 S.F.: [Ah OK, AH!
 55 Précep.: Non non pas de transfert.
 56 Stagi.: Pas de transfert.
 57 S.F.: Ey! [Ho!
 58 Précep.: [Non non la: la: la particularité, c'est
 59 qu'un moment donné, euh elle voulait faire ça
 60 mais: il avait un (circulaire) le bébé
 61 [mais finalement il passait pas 'fait qu'il
 62 Stagi.: [Ah oui c'est vrai (xxx)
 63 Précep.: fallait passer ses épaules, bon 'fait que là je
 64 l'ai dégagé parce, qu'il manquait de
 65 contractions [...]

Encore une fois la stagiaire est brièvement, mais fréquemment interrompue par la préceptrice (l.9 et 24), pour n'avoir pas donné d'emblée des précisions techniques qui permettraient aux collègues de bien comprendre ce qui s'est passé. Et encore une fois, la stagiaire oublie de mentionner dans sa relation un événement clé, que la préceptrice raconte ici aux lignes 58-65 (et qui, comme dans l'Extrait 1, est explicitement décrit comme étant la "particularité" du cas), événement qui explique pourquoi le transfert à l'hôpital, qui avait été envisagé, n'a finalement pas été jugé nécessaire. L'oubli de la stagiaire est clairement explicité par sa réaction à la ligne 62 (le "Ah oui c'est vrai", qui chevauche le récit de la préceptrice). La stagiaire ne reprend pas la parole après cette admission de son oubli et comme dans le cas précédent, c'est la préceptrice qui achèvera la présentation (dont la fin n'est pas transcrite ici).

6. Discours, formation et socialisation

Dans les deux revues de dossier dont il est question, l'analyse de la forme que prend l'interaction permet de mettre au jour plusieurs éléments intéressants. Le nombre et le motif des interruptions de la stagiaire indiquent clairement son statut "inférieur" dans la hiérarchie des interlocutrices. En effet, si dans les revues produites par des sages-femmes en titre, les interruptions de pairs

consistent le plus souvent en des questions, elles ont la plupart du temps, dans les passages analysés, une visée "rectificatrice". Ce n'est apparemment pas le style de l'étudiante qui trahit son inexpérience – contrairement à ce qui se passe dans les présentations de cas faites par des internes en médecine et étudiées par Erickson (1999) –, mais le contenu de sa revue, qui devait, selon la consigne donnée, faire état des seules particularités du cas (et de toutes ses particularités).

Le tout est de savoir ce qui mérite l'étiquette de particulier. On peut présumer que l'identité professionnelle est acquise quand la sélection des éléments pertinents correspond à celle que feraient les pairs. Les ethnographes de la communication (notamment Hymes, [1972] 1986) ont montré depuis longtemps que savoir ce qu'il est approprié de dire ou de taire dans certaines circonstances est l'une des principales marques de l'appartenance à une communauté. Or dans les passages analysés, le défaut sanctionné par une interruption tient à la mauvaise sélection des événements à rapporter. Les précisions techniques apportées par la préceptrice constituent autant d'éléments de synthèse qui indiquent que les événements choisis par la stagiaire sont trop longuement relatés. Inversement, les événements sur lesquels revient la préceptrice et qui lui semblent importants sont passés sous silence par l'étudiante.

Rappelons ces événements. Dans le premier cas, la sage-femme a été mal reçue à l'hôpital, où on l'a en quelque sorte "démise" de ses fonctions en prenant le contrôle de la situation avec la cliente. Dans le second, dans une situation où un transfert à l'hôpital est normalement envisagé, la cliente est restée à la maison de naissance. Dans les deux cas analysés, l'événement oublié par la stagiaire est donc lié à la délimitation du champ d'action de la sage-femme par rapport à celui des autres professionnels de la périnatalité (médecins et infirmières), dont le fief est l'hôpital. Il s'agit d'événements éminemment représentatifs de l'histoire récente de la profession. En effet, en dépit de l'opposition du Collège des médecins, la loi sur les sages-femmes entrée en vigueur en 1999 leur donne un pouvoir de décision et d'exécution dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement qui ne présentent aucun facteur de risque particuliers, et leur reconnaît par conséquent une autonomie de pratique qui exclut la subordination à l'autorité médicale. Mais dans les faits, sur le terrain, la collaboration avec le milieu hospitalier, où elles ont tout à fait le droit d'accompagner leur cliente, est loin d'être acquise. La perception des sages-femmes évolue, mais très lentement; de nombreuses infirmières en obstétrique leur sont toujours hostiles et se sentent menacées par leur remise en question de pratiques courantes à l'hôpital (p.ex. la recommandation de rester couchée sur le dos pendant le travail). Le statut de la profession de

sage-femme reste donc précaire et se trouve toujours en période de consolidation¹⁰, dans un contexte de quasi-monopole détenu par les médecins. Il apparaît clairement que ces éléments de la conjoncture actuelle dans laquelle évolue la profession font partie de "l'horizon d'attente" à partir duquel les sages-femmes évaluent la pertinence de ce qui est relaté au cours des revues de dossier, et qu'ils font partie de ce savoir implicite constitutif de l'identité professionnelle et mobilisé dans l'interprétation d'énoncés tels que "allez retour sur les accouchements".

Il faut ajouter à cela qu'avant l'implantation des maisons de naissance, les échanges entre sages-femmes (qui se regroupaient pour se soutenir mutuellement) à propos des dossiers avaient, outre la finalité de s'informer des problèmes qui peuvent survenir et de discuter des moyens de les prévenir ou de les résoudre le plus efficacement possible, une finalité que n'a plus – du moins officiellement – l'actuelle revue de dossier, celle de partager l'émotion de l'expérience vécue avec la cliente, ressentie comme nécessaire dans un contexte de découverte et d'apprentissage progressifs de ce qui était une vocation et pas encore, à l'époque, une profession. Les réunions d'équipe, aujourd'hui, n'offrent plus (ou beaucoup moins) cet espace informel d'expression qu'ont connu la plupart des sages-femmes qui sont aujourd'hui préceptrices, et il n'est pas rare que la revue de dossier soit aussi l'occasion, pour certaines, de renouer avec ce type d'échange plus fondé sur le ressenti de la sage-femme que sur l'histoire proprement dite du cas (communication personnelle). L'histoire du genre "revue de dossier" est donc à faire et pourrait expliquer certaines de ses particularités, notamment cette espèce d'hybridité constatée entre des éléments très techniques axés sur la condition de la cliente et des éléments beaucoup plus subjectifs axés sur la manière dont la sage-femme perçoit ou ressent les événements. Cette dimension émotionnelle du discours est très présente dans le long récit que fait la préceptrice (Extrait 1, l.49-76) de la manière dont elle a vécu l'épisode de l'hôpital: évocation de "l'atmosphère", construction d'une opposition entre l'éloignement ("Marie-Paule tu es bien loin", l.66) et la proximité de la cliente ("je me suis rapprochée pour lui parler à l'oreille", l.68), entre autres. Le rôle que jouent de tels éléments dans le discours professionnel a également été mis en évidence par Grosjean et Lacoste (1999), dans leur travail sur la relève des équipes infirmières.

Que peut-on tirer, plus généralement, de cette analyse d'une situation singulière? On peut raisonnablement faire l'hypothèse que le contenu des discours à produire dans les situations de travail comporte deux types

¹⁰ Dans une perspective semblable, Carcassonne et Servel (2005), dans leur analyse d'une autre profession en mutation (celle de technicien-conseil dans une caisse d'assurance vieillesse) parlent d'une quête de reconnaissance statutaire.

d'éléments. Les éléments du premier type sont les informations nécessaires à l'exécution de la tâche, en fonction de la finalité du discours. Par exemple, une revue de dossier, pour une sage-femme, commence par des informations factuelles concernant la cliente: le rang de sa grossesse (première, deuxième...), son âge et celui du fœtus au moment des interventions ou des événements rapportés. Dans la mesure où ces éléments sont objectivables, et que leur nécessité peut être démontrée à partir de la finalité du discours, on peut en dresser la liste et enseigner, de manière plus ou moins formelle, la manière de les présenter. On peut donc dire que ces éléments relèvent de la formation du futur professionnel. Ce sont ceux-là qui font l'objet des interventions correctives des préceptrices dans les extraits analysés, lorsqu'elles indiquent par exemple à la stagiaire de parler directement d'une version plutôt que d'énumérer la série de manœuvres qui l'ont précédée.

Les éléments du deuxième type sont des informations dont la pertinence est fonction de l'histoire de la communauté professionnelle, en ce sens que leur importance émerge du cumul des expériences communes des membres de cette communauté. Pour cette raison, ils peuvent difficilement être explicités, et par conséquent peuvent difficilement faire l'objet d'un enseignement. Ces éléments touchent à la socialisation plus qu'ils sont affaire de formation. Les membres expérimentés de la communauté n'ont pas forcément conscience de les mobiliser dans leur discours et dans leur évaluation du discours de l'apprentie.

Comment l'apprentie en vient-elle à produire un discours qui correspond de mieux en mieux à celui qu'attendent ses mentors? On parle souvent d'apprentissage par "imprégnation", or Lave et Wenger (1991) ont bien montré qu'il s'agit là d'un concept assez flou. La concordance croissante du discours de la sage-femme débutante et de celui des membres expérimentés de la communauté peut résulter de l'exposition prolongée au discours de ces dernières; elle peut aussi être l'effet de l'accumulation d'expériences de travail semblables à celle des préceptrices. Si tel est le cas, puisque les pratiques évoluent plus ou moins rapidement au gré des changements de structure, on peut penser qu'elles constituent le ferment de l'évolution des genres discursifs pratiqués dans le monde du travail. Les éléments du discours professionnel qui relèvent de la socialisation resteront donc des éléments relativement instables et changeants, que l'on ne peut véritablement s'approprier que dans les premières années de pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- Benoît, C. & Davis-Floyd, R. (2004): Becoming a midwife in Canada: Models of midwifery education. In: I. L. Bourgeault, C. Benoît & R. Davis-Floyd (eds.), *Reconceiving Midwifery*. Montréal / Kingston (McGill-Queen's University Press), 169-186.
- Bhatia, V. K. (1993): *Analyzing Genre. Language use in professional settings*. London (Longman).
- Bhatia, V. K. (2002): Applied genre analysis: a multi-perspective model. In: *Iberica*, 4, 3-19.
- Biggs, L. (2004): Rethinking the history of midwifery in Canada. In: I. L. Bourgeault, C. Benoît & R. Davis-Floyd (eds.), *Reconceiving Midwifery*. Montréal & Kingston (McGill-Queen's University Press), 17-45.
- Bourgeault, I. L., Benoît, C. & Davis-Floyd, R. (eds.) (2004): *Reconceiving Midwifery*. Montréal / Kingston (McGill-Queen's University Press).
- Carcassonne, M. & Servel, L. (2005): Rôle représenté et rôle joué: L'activité des techniciens conseil. In: L. Filliettaz & J.-P. Bronckart (eds.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*. Louvain-la-Neuve (Peeters), 79-98.
- Ende, J., Pomerantz, A. & Erickson, F. (1995): Preceptor's strategies for correcting residents in an ambulatory care medical setting. In: *Academic Medicine*, 70, 224-229.
- Erickson, F. (1999): Appropriation of voice and presentation of self as a fellow physician: Aspects of a discourse of apprenticeship in medicine. In: S. Sarangi & C. Roberts (eds.), *Talk, work and institutional order*. Berlin (Mouton de Gruyter), 109-143.
- Goffman, E. (1959): *The presentation of self in everyday life*. New York (Doubleday).
- Grosjean, M. & Lacoste, M. (1999): La relève: ethnographie d'une pratique de parole. In: M. Grosjean & M. Lacoste, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris (PUF).
- Hugues, E. (1958): *Men and their work*. Glencoe (Free Press).
- Hymes, D. ([1972]1986): Models of the interaction of language and social life. In: J. Gumperz & D. Hymes (eds.), *Directions in Sociolinguistics*. Oxford (Blackwell), 35-71.
- Laforce, H. (1987): Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17^e au 20^e siècle. In: F. Saillant & M. O'Neill (eds.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal (Éditions Saint-Martin), 163-180.
- Laforest, M. & Vincent, D. (2007): The transmission of values specific to midwifery and their integration by student midwives. In: *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 6(2), 18-26.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991): *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge / New York (Cambridge University Press).
- Miller, C. R. (1984): Genre as social action. In: *Quarterly Journal of Speech*, 70, 151-167.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2008): *Politique de périnatalité 2008-2018*. Québec (Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux).
- Ordre des sages-femmes du Québec (2005): *La sage-femme au Québec: La philosophie sage-femme*. In: *Ordre des sages-femmes du Québec*. En ligne. Disponible: <<http://www.osfq.org/rubrique/lfsfq/philosophie.php>> (28.11.2007)
- Orlikowski, W. J. & Yates, J. (1994): Genre repertoire: Examining the structuring of communicative practices in organizations. In: *Administrative Science Quarterly*, 39, 541-574.
- Pomerantz, A., Ende, J. & Erickson, F. (1995): Precepting conversations in a general medicine clinic. In: G. H. Morris & R. J. Chenail (eds.), *The Talk of the Clinic*. Mahwah, NJ (Lawrence Erlbaum Associates), 151-169.

- Schryer, C. F., Lingard, L., Spafford, M. & Garwood, K. (2002): Structure and agency in medical case presentations. In: C. Bazerman & D. Russell (eds), *Writing selves / Writing societies: Research from activity perspectives*. Fort Collins, Colorado (The WAC Clearinghouse). En ligne. Disponible: <http://wac.colostate.edu/books/selves_societies> (07.05.2009)
- Swales, J. M. (1990): *Genre analysis: English in academic and research settings*. Cambridge (Cambridge University Press).
- Trosborg, A. (ed.) (2000): *Analyzing professional genres*. Amsterdam (John Benjamins).
- Vadeboncoeur, H. (2004): Delaying legislation: The Quebec experiment. In: I. L. Bourgeault, C. Benoît & R. Davis-Floyd (eds.), *Reconceiving Midwifery*. Montréal / Kingston (McGill-Queen's University Press), 91-110.
- Yates, J. & Orlikowski, W. J. (1992): Genres of organizational communication: A structurational approach to studying communication and media. In: *The Academy of Management Review*, 17(2), 299-326.

Annexe

Conventions de transcription

La ponctuation est utilisée pour donner une idée de l'intonation. Lorsqu'aucun signe ou autre indication n'apparaît, les mots s'enchaînent sans aucune pause.

`	élision de sons ou de mots
:	allongement de la voyelle ou pause vocalisée
.	intonème terminal
,	brève pause
(x sec.) / (rire)	indication de la durée d'une pause plus longue ou de certains éléments paralinguistiques
?	intonation clairement interrogative
!	intonation clairement exclamative
[...]	passage élié
(xxx)	mots inaudibles (le nombre de x indique approximativement le nombre de syllabes)
(blabla)	mots dont la transcription est incertaine
[bla bla bla]	commentaire de l'analyste
A: bla[blab	paroles chevauchées
B: [bla	