



HAL
open science

Identité professionnelle : les enjeux de l'appropriation d'un geste professionnel

Marine Yver

► **To cite this version:**

Marine Yver. Identité professionnelle : les enjeux de l'appropriation d'un geste professionnel. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00915790

HAL Id: dumas-00915790

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915790>

Submitted on 9 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

IDENTITE PROFESSIONNELLE :

Les enjeux de l'appropriation d'un geste professionnel

Mémoire présenté par

Mademoiselle Marine YVER

Née le 22 Août 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Madame Caroline Durier, directrice et guidante de ce mémoire, pour ses conseils avisés, la qualité de son accompagnement et pour son soutien,

Madame Julie Lepitre, qui a initié avec moi ce travail de recherche,

Tous les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude,

Mes parents, pour leur amour inconditionnel et leur soutien sans faille,

Aurélie et Tiphaine, qui ont revécu leur dernière année d'étude à mes côtés,

Audrey et Chloé, pour leur présence et leur soutien indéfectible.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....p.1

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. <u>Maîtriser le toucher vaginal en tant que geste professionnel</u>	p.2
1.1. Professionnalisation : la fabrication d'un professionnel	p.2
1.1.1. <i>Un enjeu de la formation initiale</i>	p.2
1.1.2. <i>Un vecteur de développement professionnel</i>	p.3
1.1.3. <i>Un vecteur de socialisation professionnelle</i>	p.3
1.2. S'approprier le geste professionnel.....	p.4
1.2.1. <i>Qu'est-ce qu'un geste professionnel?</i>	p.4
1.2.2. <i>La notion d'appropriation</i>	p.5
1.2.3. <i>L'expérience concrète</i>	p.5
1.2.4. <i>L'observation réflexive</i>	p.6
1.2.5. <i>La conceptualisation abstraite</i>	p.6
1.2.6. <i>L'expérimentation active</i>	p.6
1.3. La Posture professionnelle : donner du sens au geste.....	p.7
1.3.1. <i>Un mot, plusieurs éclairages</i>	p.7
1.3.2. <i>Posture et positionnement se complètent</i>	p.8
1.3.3. <i>Particularités de la posture de soin</i>	p.8
2. <u>L'homme sage-femme, entre identité professionnelle et identité de genre</u>	p.9
2.1. L'identité professionnelle : se reconnaître et être reconnu	p.9
2.1.1. <i>La construction par le moi</i>	p.9
2.1.2. <i>La construction par le nous</i>	p.10
2.1.3. <i>La construction par les autres</i>	p.11
2.2. De l'identité de genre au sentiment d'efficacité personnelle.....	p.11
2.2.1. <i>Définition de l'identité de genre</i>	p.11
2.2.2. <i>Notion de rôles de sexe</i>	p.11
2.2.3. <i>La transgression des rôles de sexe par le sentiment d'efficacité personnelle</i>	p.12
2.3. Construire le sentiment d'efficacité personnelle.....	p.12

2.3.1. <i>Les expériences actives de maîtrise</i>	p.13
2.3.2. <i>Les expériences vicariantes</i>	p.13
2.3.3. <i>La persuasion verbale</i>	p.13
2.3.4. <i>Les états psychologiques et émotionnels</i>	p.14

METHODOLOGIE

1. <u>Objectifs de l'étude</u>	p.15
2. <u>Collecter les données : comment et qui ?</u>	p.16
2.1. Choix de l'entretien d'explicitation	p.16
2.2. Construction du guide d'entretien.....	p.16
2.3. Recrutement de la population	p.16
2.4. Réalisation des entretiens.....	p.17
2.4.1. <i>Conditions de réalisation</i>	p.17
2.4.2. <i>Déroulement de la rencontre</i>	p.17
3. <u>Analyser les données</u>	p.18
3.1. Préalables à l'analyse	p.18
3.2. Méthode d'analyse	p.18
4. <u>Limites de l'étude</u>	p.19
4.1. Considérations relatives à l'objet d'étude.....	p.19
4.2. Considérations relatives à la taille de l'échantillon	p.19
4.3. Considérations relatives à la méthode d'enquête.....	p.20

RESULTATS

1. <u>Introduction</u>	p.21
2. <u>Présentation du corpus</u>	p.21
2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	p.21
2.2. Fréquence des thèmes	p.22
3. <u>L'appropriation</u>	p.22
3.1. Les premières expériences	p.22
3.2. L'observation réflexive	p.23
3.3. Conceptualisation.....	p.24
3.4. Développement de la technique personnelle.....	p.25
3.5. Caractéristiques du geste intégré	p.27
4. <u>La professionnalisation</u>	p.28
4.1. La formation initiale	p.28

4.2. Le développement professionnel	p.29
4.3. La socialisation professionnelle.....	p.30
5. <u>Le sentiment d'efficacité personnelle</u>	p.30
5.1. La persuasion verbale	p.31
5.2. Etats psychologiques et émotionnels	p.31
5.3. Expériences actives de maîtrise	p.32
5.4. Expériences vicariantes.....	p.33
6. <u>L'identité professionnelle</u>	p.35
6.1. Reconnaissance par les patientes	p.35
6.2. Identification à l'activité de travail.....	p.36
6.3. Sentiment d'appartenance à un groupe	p.37
6.3.1. <i>Appartenance à un établissement</i>	p.37
6.3.2. <i>Appartenance au groupe professionnel</i>	p.38
6.3.3. <i>Adhésion aux pratiques du groupe</i>	p.38
6.3.4. <i>Adhésion au vocabulaire du groupe</i>	p.39
7. <u>La relation à la sphère privée</u>	p.39
7.1. Organisation spatiale.....	p.40
7.2. Gestion de la pudeur	p.41
7.3. Relation à la nudité	p.42
7.3.1. <i>Eléments de neutralisation exogènes</i>	p.42
7.3.2. <i>Eléments de neutralisation endogènes</i>	p.43
7.4. Organisation verbale	p.44
7.4.1. <i>Faciliter</i>	p.44
7.4.2. <i>Informé</i>	p.45
7.4.3. <i>Neutraliser</i>	p.45
8. <u>La posture professionnelle</u>	p.46
8.1. Attitudes, regards, gestuelle.....	p.46
8.1.1. <i>Le savoir être face au toucher vaginal</i>	p.46
8.1.2. <i>Un mécanisme non-conscient</i>	p.48
8.2. Articulation savoir-faire/savoir être	p.48
8.3. Adaptabilité.....	p.49

DISCUSSION

1. <u>Mécanismes principaux</u>	p.52
2. <u>Mécanismes secondaires</u>	p.55

CONCLUSION.....p.58

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

ANNEXES

Introduction

Le toucher vaginal est l'« outil de travail » indispensable de la sage-femme. Il a une vocation diagnostique, à la fois dans le suivi gynécologique et dans le suivi obstétrical. Ce geste est cependant particulier : il se situe au carrefour du médical et de l'intime. C'est ce qui lui vaut d'être fréquemment décrit comme générateur d'embarras, d'anxiété et d'inconfort par les patientes(40). En effet, il constitue une intrusion dans la sphère privée de la femme, tant dans la nudité qu'il lui impose, que par la « distance intime » qu'il génère entre l'examinant et l'examinée(24).

Si ce geste est loin d'être évident pour les patientes, il ne va pas non plus spontanément de soi chez les professionnels. Il nécessite d'être appris. Cet apprentissage impose de dépasser les barrières socioculturelles mises en place dans notre société, afin de pouvoir appréhender l'anatomie féminine dans sa nudité et de pouvoir pratiquer autour de cette anatomie. Ainsi, les premières expériences de ce geste ne peuvent manquer de bousculer nos manières de penser et d'agir. Il est donc nécessaire de fournir un effort pour pouvoir appréhender ces expériences. C'est de cet effort dont il sera question tout au long de notre travail. Et notre propos portera plus précisément sur l'effort d'interprétation qui a cours lors de l'apprentissage et de la pratique du toucher vaginal, c'est-à-dire sur son appropriation.

Jusqu'en mai 1982, le métier de sage-femme est exclusivement réservé aux femmes. Ce n'est qu'à partir de cette date que les hommes obtiennent leur place dans la profession. Ils sont alors confrontés au geste du toucher vaginal, qu'ils doivent à leur tour maîtriser. Dans ce contexte d'une profession encore estimée comme féminine, face à un geste touchant à la sphère privée de la femme, quelle activité doivent-ils déployer pour s'approprier ce nouveau savoir d'action, ce nouveau geste ?

Par le biais de la revue de la littérature, nous tenterons tout d'abord d'apporter un éclairage sur les notions pédagogiques qui entourent l'apprentissage du toucher vaginal, et qui permettent de le constituer en geste professionnel. Puis nous aborderons les particularités identitaires à l'œuvre chez les hommes sages-femmes, afin de comprendre comment ils se construisent en tant que professionnel.

Pour tenter de saisir plus précisément les mécanismes qui s'opèrent chez ces hommes sages-femmes, notre étude portera sur l'explicitation à la fois de leur apprentissage, et de leur pratique actuelle du toucher vaginal. Nous pourrions ainsi apporter un éclairage à la fois pédagogique et sociologique sur le geste de référence de notre profession.

Revue de la littérature

1. Maîtriser le toucher vaginal en tant que geste professionnel

Pour parvenir à pratiquer le toucher vaginal de manière quotidienne, il est nécessaire pour la sage-femme d'en acquérir la compétence technique, de se l'approprier, et de la restituer de manière adaptée.

1.1. Professionnalisation : la fabrication d'un professionnel

La professionnalisation repose sur un trépied : les parcours de formation suivis, les situations professionnelles rencontrées, et le sujet lui-même (son histoire, sa socialisation).

1.1.1. Un enjeu de la formation initiale

Le mot professionnalisation fait ici référence, comme le dit Richard Wittorski, au processus de fabrication d'un professionnel par la formation(56). Pour parvenir à ce résultat, il s'agit donc de construire la formation de manière à ce qu'elle rende apte à exercer une activité déterminée. Au sortir des dispositifs de formation, les acteurs doivent être capables de mobiliser des compétences adéquates dans le milieu du travail, ainsi que les qualifie Patricia Champy-Remoussenard(28). Wittorski, quant à lui, affirme que de nos jours « il ne s'agit plus seulement de transmettre de façon déductive des contenus pratico-théoriques ou, au contraire, d'apprendre sur le tas, mais d'intégrer dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle, et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler »(56).

La formation de sage-femme est le parfait exemple de cette affirmation. Suivant le principe de l'alternance, les étudiants reçoivent au département des études de sage-femme des savoirs « disciplinaires » et « transversaux ». Ensuite placés en situation professionnelle, dans les milieux hospitaliers, ils prennent en charge des patientes. Cette immersion permet, outre un apprentissage concret sur le terrain, de développer une posture réflexive, basée sur l'analyse des pratiques en terrain de stage. Cette analyse est essentielle pour Wittorski, non seulement pour transformer des pratiques en connaissances, mais également pour fournir aux étudiants un apprentissage des règles guidant leurs actions. Par ailleurs, le mémoire professionnel a pour but l'exploration d'une question vécue par les stagiaires au cours de leur stage, de l'approfondir et de proposer des pistes utiles et transférables dans l'exercice du métier. Analyse des pratiques et mémoire professionnel sont décrits par Wittorski comme deux « leviers » privilégiés pour favoriser la professionnalisation en formation(57). On peut donc dire de

la formation de sage-femme qu'elle est professionnalisante, et qu'elle s'inscrit dans une « logique qualifications »(20).

1.1.2. Un vecteur de développement professionnel

La professionnalisation recouvre également une « logique compétences ». Cette logique correspond à un double processus d'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles explicite Wittorski(20). C'est également ce que Bourdoncle appelle « le développement professionnel »(20). Qu'est-ce alors qu'une compétence ? Plusieurs auteurs ont essayé de percevoir le sens de ce mot(33). Ainsi, De Montmollin propose de définir la compétence comme un « ensemble stabilisé de savoirs et savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnements que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau ». Defélix adopte une approche plus sociale de la compétence en la considérant comme le résultat fragile et dynamique d'une négociation invisible entre des acteurs variables. Bellier, quant à lui, voit dans la compétence le « moyen d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée ». Cependant une majorité d'auteurs, à l'image d'Aubret et de Leplat, considèrent qu'il y a un assez large consensus pour retenir que la compétence représente une capacité d'exécution finalisée, liée à l'action mise en œuvre dans un contexte donné pour faire face à une tâche plus ou moins large.

Pour Guy Le Boterf, l'individu réalise avec compétence des activités en combinant et en mobilisant un double équipement de ressources : des ressources incorporées (connaissances, savoir-faire, qualités personnelles, expérience...) et des réseaux de ressources de son environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, banques de données...). JC Coulet le rejoint en affirmant que la notion de compétence doit incontestablement être exprimée en termes de savoirs, savoir-faire et savoir être, reposant ainsi sur l'idée d'une combinatoire de ressources. Être un professionnel compétent, c'est donc savoir le faire, savoir le dire, et savoir exprimer l'expérience singulière qui caractérise et distingue chacun.

1.1.3. Un vecteur de socialisation professionnelle

La professionnalisation obéit à une dynamique de construction identitaire. Pour Wittorski, elle se construit par et dans l'élaboration identitaire, qui dépend d'une reconnaissance par les autres des compétences et des savoirs produits(56). La

construction de l'identité se fait par identification à un rôle professionnel. C'est ce que Merton appelle la socialisation professionnelle, c'est-à-dire le processus par lequel les gens acquièrent les valeurs et attitudes, les intérêts, capacités et savoirs, bref, la culture qui a cours dans les groupes dont ils sont ou cherchent à devenir membre(20).

Dubar analyse ce processus, en se basant sur les travaux de Hughes(9). Il décrit ainsi trois mécanismes spécifiques. Le premier, qu'il appelle « passage à travers le miroir », correspond à une immersion dans la culture professionnelle qui vient alors s'opposer à la culture profane. Selon Dubar l'identification progressive avec le rôle ne pourra se faire que par un renoncement volontaire aux stéréotypes de la profession. Le second mécanisme correspond à la découverte de l'écart entre le modèle idéal, qui caractérise la dignité de la profession, sa valorisation symbolique, et le modèle pratique qui concerne les tâches quotidiennes et qui n'a que peu de rapports avec le premier. Doivent alors intervenir une série de choix de rôles, basés sur le modèle d'un groupe de référence au sein de la profession, qui permettront de gérer cette dualité. Enfin, le sujet effectue un phénomène de projection personnelle dans une carrière future, par identification aux membres du groupe de référence auquel il souhaiterait appartenir dans l'avenir. La profession de sage-femme ne fait pas exception à ce schéma : sa formation implique au départ une forme de renoncement personnel, une assimilation de savoirs extérieurs, puis une réconciliation/appropriation(21).

La professionnalisation est donc également un phénomène d'identification, qui implique l'acquisition des normes, valeurs et modèles de comportements des membres du groupe de référence.

1.2. S'appropriier le geste professionnel

Les gestes font partie intégrante de la pratique professionnelle. Pour pouvoir être effectués de manière adéquate, ils doivent être transmis. Cette transmission passe par l'imitation et l'appropriation.

1.2.1. Qu'est-ce qu'un geste professionnel ?

Communément le geste se définit comme un mouvement d'une partie du corps, porteur ou non de signification, une manière de se mouvoir dans un but de préhension ou de manipulation, ou bien encore comme une marque d'attention à l'encontre d'une personne (faire un geste). Quelque soit la définition retenue, le geste témoigne d'une intention, il émane d'une personne.

Appliqué au champ du langage professionnel, le geste prend une autre signification. On définit comme gestes professionnels les arts de faire et de dire qui permettent l'accomplissement d'une profession(62). Plusieurs caractéristiques déterminent le geste professionnel : c'est un acte situé, dynamique, langagier et non langagier. C'est également un geste d'ajustement, qui surgit de la réflexion en action du praticien, et qui lui permet de mobiliser ses savoirs d'action et d'éthique dans le contexte professionnel. C'est aussi un geste de l'instant, qui relève d'une conscience rapide et partielle de ce qui se déroule devant soi. Il est à la fois pré-pensé, et inventé dans l'action : il s'inscrit dans des préoccupations, une intentionnalité plus ou moins conscientisée, plus ou moins mobilisée.

1.2.2. La notion d'appropriation

Dans un premier temps, il s'agit pour l'acteur d'emprunter un geste étranger, puis de le faire sien. On peut faire un parallèle entre le geste dans l'activité professionnelle et le mot dans l'activité langagière. Bakhtine dit ainsi : « le mot du langage est un mot semi-étranger. Il ne le sera plus quand le locuteur y logera son intention, son accent, en prendra possession, l'initiera à son aspiration sémantique et expressive »(7). Ainsi, on comprend à travers ce parallèle qu'on ne peut faire sien un geste qu'en le soumettant à ses propres intentions réalisées dans l'action. Pour que le geste soit effectivement approprié par le sujet, il faut qu'il devienne approprié pour ce sujet. Selon Yves Clot, l'imitation est un mouvement d'appropriation qui transpose le geste de l'autre dans l'activité du sujet. Source externe d'apprentissage, il doit se convertir en ressource interne du développement du sujet(7). A partir de ces constats, et en nous basant sur le cycle d'apprentissage expérientiel de Kolb (Annexe I), nous allons maintenant voir les différents temps du processus d'appropriation(10).

1.2.3. L'expérience concrète

Dans un premier temps, le sujet fait une première expérience du geste. Pour Clot, cette première expérience, fruit de l'imitation, est d'abord une action du sujet sur lui-même. Il se fait l'instrument de ce qu'il voit réaliser près de lui et semble s'effacer devant ce modèle. C'est avant tout une pratique ressentie de laquelle résulte des impressions et des émotions. Cette première étape, que Kolb nomme l'expérience concrète, amène le sujet à approfondir son observation, et se fait l'ébauche d'une première démarche réflexive. Pour l'aspirant sage-femme, il s'agira alors de reproduire

à l'identique la gestuelle du toucher vaginal qu'il aura observée auprès de ses pairs, et d'identifier ses premiers ressentis.

1.2.4. L'observation réflexive

Le sujet va ensuite effectuer une prise de recul par rapport à son action. Pour Wittorski, sa pratique devient réflexive : il effectue une interprétation et une distanciation par rapport au geste effectué(56). Clot dit alors que l'imitation change de statut. D'abord objet de l'action du sujet sur lui-même, voilà le modèle devenu moyen de son action sur le monde. Il met ensuite ce modèle au service de sa propre action dirigée non plus sur lui mais, cette fois, sur l'extérieur. Durant cette phase, l'objectif de l'étudiant sage-femme n'est plus uniquement de répéter une gestuelle enseignée, mais bien de lui donner du sens. Le toucher vaginal devient alors progressivement un moyen diagnostique, centré non plus sur sa réalité technique mais sur sa réalité pratique.

1.2.5. La conceptualisation abstraite

Durant l'étape que Kolb appelle la conceptualisation abstraite, il s'agit pour le sujet de reformuler en termes généralisables, de procéder à un travail d'élaboration théorique, ainsi que le dit Le Boterf. La pratique est réajustée, selon Wittorski, par un processus d'accommodation et d'intégration. C'est le dernier temps de l'imitation. L'imitateur va développer, faire évoluer le geste-modèle. Il se produit alors un retrait ou une démarcation du geste d'autrui qui se détache alors de la personne imitée. Il devient le geste de l'imitateur. Ainsi, conclut Yves Clot, le geste vraiment transmis, c'est-à-dire approprié, n'est plus tout à fait le même geste. A ce stade, l'étudiant sage-femme maîtrise la réalisation technique du toucher vaginal et en a assimilé les objectifs. Il développe à présent sa propre pratique, ses propres spécificités en tant qu'examineur, basées sur une représentation du geste qui lui est propre.

1.2.6. L'expérimentation active

Le geste, pour Clot, est aussi une « arène sociale » où se mesurent les manières de voir, de sentir et de faire. Et dans cette confrontation à laquelle l'apprenti soumet, même à leur insu, ceux qui l'entourent, par contraste le geste se détache de chacun et, finalement, n'appartient plus à personne en particulier. Sans propriétaire exclusif, le voilà disponible. Le sujet peut alors en disposer, se l'approprier, s'en saisir. Clot dit aussi qu'au bout du compte, c'est en apprenant à distinguer les autres entre eux qu'il parvient à se distinguer d'eux en utilisant les moyens de la comparaison pour son propre

développement. Enfin un geste se libère du geste des autres non pas en le niant mais par la voie de son perfectionnement. C'est comme si l'apprenti triomphait à la longue du geste transmis en le perfectionnant, et ainsi en le contraignant à se dépasser lui-même. C'est par l'expérimentation active que cette évolution constante peut se faire.

Le geste réussi, efficace ou abouti, est lisse, souvent machinal, obéissant à des schèmes organisationnels précis. Incorporé par celui qui s'y livre, il a quitté la conscience pour rejoindre les sous entendus, individuels et collectifs, qui organisent l'action à l'insu du sujet. Il devient partie intégrante de l'expérience du professionnel : c'est un savoir investi.

Enfin, notons que lors de l'ouverture de la profession de sage-femme aux hommes en 1982, les premiers aspirants n'avaient pour modèle que des professionnelles exclusivement féminines(30, 75). Peut-être cela a-t-il eu un impact sur les mécanismes de l'imitation, de la représentation et finalement de l'appropriation du geste du toucher vaginal.

1.3. La Posture professionnelle : donner du sens au geste

Le toucher vaginal ne doit ainsi pas s'inscrire uniquement dans la simple exécution, et ne peut faire l'économie d'une recherche de sens. C'est la posture professionnelle qui va permettre au praticien cette recherche de sens dans l'exercice de son geste, en se référant aux valeurs qui sous-tendent la profession. Nous allons maintenant nous intéresser à la signification de cette notion et à ses spécificités dans le contexte de soin.

1.3.1. Un mot, plusieurs éclairages

La posture, nous dit le dictionnaire Larousse, est une attitude particulière du corps adaptée à une situation donnée. Rachel Chamla, en se basant sur cette définition, affirme que la posture est donc quelque chose qui est en lien avec l'attitude physique et s'accompagnerait d'une transposition au niveau psychique(11). En s'adaptant au domaine du travail, Maela Paul définit la posture professionnelle comme la manière de s'acquitter de sa fonction, ou de tenir son poste(16). Selon elle, la posture est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. Elle définit une manière d'être et de faire, et incarne les valeurs d'un professionnel en relation à autrui. Elle relève davantage d'une attitude, d'une conduite à tenir guidée par des valeurs que d'une position à occuper ou d'une prise de décision dans une situation donnée. Elle renvoie donc au « soi professionnel », et au « soi personnel »(27).

Le chercheur en sciences de l'éducation Jacques Ardoino vient préciser ce terme de posture professionnelle. Pour lui il faut y entendre le système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets dans le cadre des recherches ou de pratiques sociales(48). Il rappelle que cette posture dépend au moins autant des caractéristiques de la situation où elle vient s'inscrire et des représentations que s'en donnent nos partenaires, que de notre intentionnalité, de nos stratégies et de nos procédures. La relation entre posture et implication est donc très forte.

1.3.2. Posture et positionnement se complètent

Le positionnement professionnel, selon Rachel Chamla, est un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini(27). Il permet de dire notre position, où on est « *par rapport à...* ». Pour Rachel Chamla, le positionnement va s'inscrire dans un processus où il s'agira aussi de travailler son implication, c'est-à-dire son propre rapport au monde, ses valeurs ; mais aussi son histoire, ses expériences, sa motivation, ses émotions... Ainsi, il va s'inscrire dans la temporalité et va permettre au professionnel d'articuler ses compétences techniques (savoir-faire), à des compétences plus personnelles et éthiques (savoir-être)(11). La posture, quant à elle, serait l'aboutissement et l'actualisation du processus de construction du positionnement, mais aussi de son interprétation par le sujet, c'est-à-dire de la manière dont il s'est approprié et dont il joue le rôle d'une fonction, d'une profession, nous dit Chamla. La posture est donc la manière dont le positionnement est agi dans l'interaction avec l'autre. On ne se situe plus « *par rapport à* » mais « *avec* »(71). La relation soignant/soigné est ainsi un équilibre subtile entre le positionnement « *par rapport à* » une situation clinique (un diagnostic, une conduite à tenir) et la manière de communiquer cette position « *avec* » la patiente, en accord « *avec* » les valeurs personnelles.

1.3.3. Particularités de la posture de soin

La posture est personnelle, culturelle et souple. Dans le cadre du soin elle suppose, pour Maela Paul, ajustement et adaptation à la singularité de chacun(16). Elle s'inscrit donc dans le changement. Elle suppose une mobilité/plasticité dans le regard et les attitudes, dans la mesure où chaque situation est porteuse d'inédit. Mais une telle mobilité n'est possible que si elle est portée par des convictions et des connaissances. Ainsi, pour Rachel Chamla, la posture professionnelle varie en fonction des évènements, de ce que l'autre renvoie, de ce que l'utilisateur attend du travailleur, tout en

se construisant en fonction des fondamentaux, des invariants qui relèvent d'une identité professionnelle(11).

C'est encore, comme le dit Jacques Ladsous une démarche de rencontre par laquelle il faut aller vers la personne, au cœur de son intimité, sans regard inquisiteur(39). Ainsi, lorsque la sage-femme effectue un toucher vaginal, il ne lui suffit pas de se pencher sur la patiente pour l'examiner : il s'agit pour elle d'adopter une posture qui permette le partage, l'échange, et qui modifie le rapport dominant-dominé souvent à l'œuvre, rajoute Jacques Ladsous. Il y a donc mise en jeu dans la posture du soignant à la fois d'une recherche attentive de l'autre et un positionnement qui devrait faciliter une compréhension réciproque.

Le toucher vaginal n'est donc pas qu'un enchaînement musculaire efficace et opératoire, un automatisme vide de signification. Il est socio-culturellement induit, issu de modèles transmis. Il résulte d'un état d'esprit, d'une manière de comprendre et d'être, elle-même bâtie sur les valeurs fondamentales qui sous-tendent notre profession. L'appropriation de ce geste et de ces valeurs contribue à l'élaboration de l'identité professionnelle de la sage-femme.

2. L'homme sage-femme, entre identité professionnelle et identité de genre

L'identité professionnelle et l'identité de genre sont des composantes de l'identité globale de la personne. Elles se développent par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale. Ces deux notions participent à la construction de l'homme en tant que sage-femme.

2.1. L'identité professionnelle : se reconnaître et être reconnu

La construction de l'identité professionnelle est un processus dynamique, continu et interactif, qui s'exerce tout au long de la vie professionnelle. Il est basé sur un ajustement permanent, en fonction des contextes et des expériences de l'individu. Nous observerons successivement les trois paramètres qui régissent ce processus de construction.

2.1.1. La construction par le moi

L'identité du soi, c'est l'ensemble des représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, ainsi que le définissent Anne-Marie Fray et

Sterenn Picouleau(34). Cette identité pour soi renvoie à l'image que l'on se construit de soi-même.

L'identité professionnelle se développerait, d'après Gohier, sur la base de l'identité personnelle(34). Ainsi, le sujet choisit son métier en fonction de sa personnalité, de ses aspirations, de ses capacités, de ses expériences, mais aussi de sa sensibilité à un secteur ou à une activité précise, affirment Fray et Picouleau. Le choix d'un métier est donc bien le reflet de l'identité de l'individu, telle qu'elle est au moment de ce choix. Pour Hugues, le métier est ainsi l'une des composantes les plus importantes de l'identité sociale, du moi(9).

La construction de l'identité professionnelle passe par une transaction interne à l'individu, par laquelle ce dernier se construit un vécu de travail, basé sur des situations concrètes, et sur la signification que leur accorde l'individu. Elle est aboutie lorsque s'effectue une reconnaissance de soi par soi-même, selon Picouleau et Fray. C'est-à-dire lorsque le sujet se reconnaît lui-même en tant que professionnel, lorsqu'il s'identifie à l'activité de travail en utilisant ses savoirs, son style personnel, ses logiques d'action, ses stratégies, et ses compétences dans son activité.

2.1.2. La construction par le nous

L'identité est également identité pour autrui car elle est aussi l'image de ce que nous souhaitons renvoyer aux autres. Elle se bâtit alors sur la base des relations de travail, c'est-à-dire sur la perception que le sujet a des relations interpersonnelles et sur le sentiment d'appartenance à un groupe(34).

Pour construire son identité professionnelle, le sujet tente d'être en conformité avec les normes collectives. Fray et Picouleau entendent par cette notion de normes collectives l'usage de pratiques, de vocabulaire, ou de gestes communs. L'autre est alors une référence à partir de laquelle l'individu pratiquera le mimétisme, la comparaison ou la différenciation. C'est donc le contact avec le groupe qui détermine en partie les caractéristiques individuelles.

L'identité professionnelle peut s'élaborer lorsque s'effectue une reconnaissance de soi par l'autre. Le sujet doit donc chercher à être compris et approuvé par ses pairs. Il est en quête d'une identification commune et d'une légitimité collective.

2.1.3 La construction par les autres

Pour finir, l'identité professionnelle se construit à travers l'image que les autres nous renvoient. Comprenons ici qu'il s'agit pour le sujet d'être reconnu en tant que professionnel par les membres extérieurs à son groupe.

Pour Maria Vasconcellos, l'identité professionnelle en cours d'élaboration est consacrée par les désignations socialement construites et institutionnalisées (être formateur, plombier, artiste-peintre, ou sage-femme)(13). Le sujet, par le biais du travail, trouve donc une place dans la société, il obtient une certaine dignité sociale. Il se sent utile et voit dans l'activité professionnelle qu'il exerce une légitimité à appartenir à la société dans laquelle il vit.

L'acquisition de l'identité professionnelle permet donc à l'homme d'exister en temps que sage-femme. L'incorporation identitaire est ainsi la condition sine qua non de l'exercice et du maintien de la pratique.

2.2. De l'identité de genre au sentiment d'efficacité personnelle

2.2.1. Définition de l'identité de genre

Le terme d'identité de genre renvoie au processus de construction sociale des différences et de l'asymétrie entre les catégories « homme » et « femme », selon la définition de Delphy et Mathieu(45). Sandra Harding distingue trois niveaux de construction sociale de l'identité de genre(45). Dans un premier temps elle parle du symbolisme de genre, expression durable de la différenciation sexuée, fondée sur des oppositions binaires. Elle évoque ensuite la structure occupationnelle selon le genre, qui se réfère à la division dualiste du travail et de l'organisation sociale. Enfin, elle parle de l'identité individuelle selon le genre, qui correspond aux expériences diverses de la « masculinité » et de la « féminité », rarement en conformité avec les représentations symboliques du genre.

2.2.2. Notion de rôles de sexe

Leslie MacCall intègre la distinction de genre au concept de « capital culturel » et utilise le terme de « disposition de genre » pour désigner les schèmes incorporés par l'individu, et structurés par des modes de socialisation différenciés selon le sexe(45). La littérature emploie également le terme de « rôles de sexe » dans ce contexte. On peut définir simplement la notion de rôles de sexe comme l'imposition de comportements sociaux à des personnes sur la base de leur sexe biologique, comme l'évoque Nicole

Claude Mathieu(50, 54). Les rôles de sexe sont donc des normes sociales, qui régissent à la fois les comportements mais aussi les activités censées convenir spécifiquement aux hommes et aux femmes, en vertu des comportements précités.

La notion de rôle souligne un aspect construit, non inhérent à l'individu lui-même, des prescriptions sociales vis-à-vis desquelles une prise de distance s'avère alors possible. On constate une certaine variabilité interindividuelle dans l'adhésion aux rôles de sexe, soit une certaine liberté de transgression des modèles féminin et masculin.

2.2.3. La transgression des rôles de sexe par le sentiment d'efficacité personnelle

L'exercice d'une profession dite « du sexe opposé », comme celle de sage-femme, implique que le sujet transgresse les normes de sexe. On entend ici transgression au sens de non adhésion ou adhésion partielle aux rôles de sexe associés à notre état civil, adhésion à des rôles de sexe prescrits pour l'autre sexe, ainsi que le disent Cendrine Mario et Françoise Vouillot(54). Comme toute transgression, cela comporte un coût identitaire et social : il faut que la personne franchisse ses barrières internes et environnementales. Bandura explique via sa théorie sociale cognitive que ces barrières peuvent être franchies grâce au développement du Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP)(54). Le SEP est défini comme « croyances des personnes relatives à leurs capacités à exercer un contrôle sur les événements qui affectent leur vie » et « croyances quant à leur capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les suites d'action nécessaires pour exercer un contrôle sur les exigences de la tâche ». Le SEP n'est pas un trait de personnalité, mais plutôt un ensemble de cognitions spécifiques, concernant des comportements spécifiques, dans des domaines spécifiques. C'est un schéma, un modèle de travail. Ce SEP influence l'autorégulation du comportement (but, choix d'activité orienté vers le but, compétence pour résoudre des problèmes et prendre des décisions). Ainsi, les hommes développant un SEP élevé à l'égard des études ou de la profession de sage-femme pourront surmonter la transgression des rôles de sexe que leur impose cette profession, tout en affirmant leur identité de genre et en continuant sa construction.

2.3. Construire le sentiment d'efficacité personnelle

Comment construire ces SEP ? Bandura stipule que le sentiment d'efficacité personnelle serait déterminé par quatre sources d'information : les expériences actives

de maîtrise, les expériences vicariantes, la persuasion verbale, et les états psychologiques et émotionnels(35, 41).

2.3.1. Les expériences actives de maîtrise

Plusieurs études (Skaalvik & Valas, Chapman & Tunmer) ont montré que les expériences actives de maîtrise correspondent aux expériences antérieures (performances antérieures, parcours de formation, histoire scolaire de l'individu), succès et échecs(35, 41). Ces expériences actives sont fortement liées aux dispositifs pédagogiques auxquels les apprenants sont confrontés. La formation de sage-femme repose sur plusieurs éléments pédagogiques favorisant la croyance d'efficacité : la mise en place d'objectifs proximaux, c'est-à-dire d'objectifs ciblés présentant un défi modéré dans un laps de temps court (Bandura et Schunk)(41) ; ces objectifs sont couplés à des feed-back ou à des auto-évaluations (Bandura et Cervone)(35). Ils sont axés sur le processus de compréhension et l'apprentissage, plutôt que sur le produit à obtenir et sur la performance à réaliser (Graham et Golan)(35).

2.3.2. Les expériences vicariantes

Les expériences vicariantes (modelage, comparaison sociale) constitue une autre source de SEP. Schunk et Hanson ont montré qu'observer la réussite ou l'échec d'autres personnes dans une tâche peut jouer sur le sentiment d'efficacité d'un individu par rapport à cette tâche, surtout si ces personnes partagent avec lui un certain degré de similitude qui facilite le processus d'identification (âge, genre, niveau scolaire)(35, 41). De même Schunk et Grunn ont montré que savoir que d'autres apprenants ont réussi avec succès une tâche grâce aux stratégies cognitives que l'on a soi-même apprises renforce l'efficacité personnelle perçue(35). On peut donc supposer que l'augmentation du nombre de modèles masculins chez les sages-femmes tendra à favoriser le SEP des futurs apprenants. Ces croyances sont également fondées sur la comparaison de ses propres performances à celles d'autrui à travers un processus de comparaison sociale (Miller & Prentice). Le niveau de compétence perçu d'un apprenant reflète aussi partiellement son niveau de performance par rapport aux autres membres de son groupe de comparaison (Rogers, Smith & Colemans).

2.3.3. La persuasion verbale

Le sentiment d'efficacité peut aussi être influencé par les messages adressés à l'apprenant : soutien, critiques, encouragements, conseils, attentes, etc. Les individus

sont sensibles à la perception qu'ont leurs pairs et leurs formateurs de leurs compétences (Cole, Maxwell & Martin)(35). Cette perception est communiquée de façon verbale, mais aussi non verbale. Par exemple, les formateurs manifestent souvent, sans en être conscients, leurs attentes vis-à-vis des apprenants à travers l'attention qu'ils leur portent, leur manière de les regarder, et de leur parler, la difficulté des tâches qu'ils leur assignent, le degré d'autonomie qu'ils leur accordent (Brophy & Good)(35). Quant à la communication verbale, l'une des formes ayant une forte incidence sur le SEP est le feed-back évaluatif informant l'apprenant sur l'état de ses compétences(41). Il transmet la conception d'aptitude et d'effort. Ce dispositif pédagogique est largement employé auprès des étudiants sage-femme, sous la forme d'évaluation en fin de garde par les professionnels, d'évaluations pratiques, d'entretiens pédagogiques. On peut donc supposer que la persuasion verbale contribue de manière non négligeable à la construction du SEP des étudiants sage-femme.

2.3.4. Les états psychologiques et émotionnels

Enfin, les états psychologiques et émotionnels ont également un impact sur le SEP. Peu d'études se sont intéressées aux relations entre ces deux concepts, cependant Schunk et Pajares relatent que la plupart des investigations menées sur le sujet mettent en évidence un SEP plus élevé chez les apprenants des années supérieures, lorsque les apprenants gagnent en expertise, et dans les domaines scientifiques pour les hommes(35).

L'homme peut donc se construire en tant que sage-femme en se basant à la fois sur son identité professionnelle, qui lui confère une reconnaissance sociale, et sur le SEP qu'il développe durant sa formation afin de contourner les rôles de sexe qu'on lui impose. Fort de ces deux processus, il pourra alors acquérir, s'approprier et pratiquer quotidiennement un geste professionnel aussi particulier que le toucher vaginal.

Méthodologie

1. Objectifs de l'étude

Le toucher vaginal est sans aucun doute le geste professionnel par excellence de la sage-femme. Comme nous l'avons vu à travers la revue de la littérature, ce geste nécessite une maîtrise parfaite, tant dans sa réalisation pratique que dans l'accompagnement qui lui est associé, afin que patientes et professionnels puissent s'affranchir de son caractère intrusif. Cela ne peut se faire que si la sage-femme s'est au préalable approprié ce geste, c'est-à-dire qu'elle lui a donné du sens à la fois pour elle-même, mais aussi pour sa patiente.

Depuis mai 1982, la profession de sage-femme est rendue accessible aux hommes. En 2010, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé dénombre 1,8% de professionnels masculins. Ils sont donc encore minoritaires, soumis à l'hégémonie féminine dans le milieu de la périnatalité.

Pour amorcer notre travail, nous nous sommes basés sur le postulat suivant : l'acquisition du toucher vaginal est différente en fonction du sexe de l'apprenant, la condition masculine entraînant alors un processus d'appropriation spécifique.

Nous avons initialement émis l'hypothèse que les hommes sages-femmes mettent en place des mécanismes particuliers pour pouvoir s'approprier le geste du toucher vaginal. Nous cherchons donc à comprendre :

- Quels sont ces mécanismes
- Pourquoi ils sont développés par les professionnels
- Comment ils sont mis en place

L'objectif de notre étude est de connaître et de restituer le processus d'apprentissage auquel ont eu recours les hommes sages-femmes, et d'identifier les processus d'appropriation mis en jeu, puisque tout apprentissage identifié comme réussi aboutit à une appropriation, ainsi que nous l'avons vu dans notre première partie.

Le but ultime de cette étude est d'apporter un éclairage à la fois sociologique et pédagogique sur le geste de référence de la sage-femme, et peut-être une meilleure compréhension de ce qui se joue entre le praticien et sa patiente lors de l'examen obstétrical.

2. Collecter les données : comment et qui ?

2.1. Choix de l'entretien d'explicitation

Pour tenter de répondre à notre problématique, nous cherchons à susciter chez les professionnels un retour réflexif sur leur pratique du toucher vaginal. Ce retour doit permettre d'accéder à un savoir préréfléchi, non conscient pour la personne qui agit. C'est pourquoi nous avons choisi d'effectuer notre travail sur la base d'entretiens d'explicitation. Cette technique d'enquête a pour but, selon le psychologue Pierre Vermersch, la mise en mots du vécu d'une action passée. Chaque mot a son poids : nous visons donc le vécu, et non pas, par exemple, le contexte ou les commentaires. Il s'agit de se rapporter à une seule action, et non pas à plusieurs ou à un type d'action en général. Enfin, il s'agit toujours d'une action passée puisqu'elle a été vécue, et donc ni imaginée ni anticipée. L'entretien d'explicitation est donc déterminé par ces quatre aspects : vécu, action, singularité, et passé. Concrètement, il permet la mise en mots descriptive de la manière dont une tâche précise est réalisée.

2.2. Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe II) est à l'interface du travail de conceptualisation de la recherche et de sa mise en œuvre concrète. Pour construire celui qui nous a servi de support lors de la réalisation de nos entretiens, nous avons traduit les hypothèses de recherche en indicateurs concrets, et reformuler la problématique en questions d'enquête. Trois entretiens exploratoires ont été réalisés afin de tester ce guide. Ils nous ont permis de nous assurer que nous obtenions bien l'information souhaitée, et de mettre au point des stratégies d'intervention pertinentes et efficaces.

2.3. Recrutement de la population

Notre enquête a été prospective et multicentrique. Des courriels (Annexe III) présentant l'enquête, ses modalités, et sollicitant leur participation ont été envoyés aux professionnels masculins en exercice dans la Seine-Maritime, l'Eure, le Calvados, le Finistère et la région parisienne. Peu de ces courriels ont trouvé réponse, et nous avons donc pris contact avec la majorité des professionnels soit en nous déplaçant directement sur leur lieu d'exercice pour leur soumettre notre projet, soit de manière téléphonique.

2.4. Réalisation des entretiens

2.4.1. Conditions de réalisation

Les entretiens ont été réalisés en lieux et heures convenus au préalable avec l'enquêté. Nous avons accordé une importance toute particulière au décor du rendez-vous, en essayant de favoriser les rencontres sur les lieux de travail, et à la configuration des places lors de l'entretien ; cela afin d'inscrire davantage l'enquêté dans son rôle de professionnel et de faciliter la production d'un discours soutenu et maîtrisé. Après avoir garanti l'anonymat du participant et recueilli son accord, chacun de ces entretiens a été enregistré au moyen d'un dictaphone. A cela nous avons couplé une prise de note concomitante de l'entretien, visant à retranscrire la gestuelle et les mimiques accompagnant le discours. Cela nous a permis de compléter et d'enrichir l'information enregistrée. La durée des entretiens, estimée aux alentours de 45 minutes, s'est avérée être en moyenne de 39 minutes.

2.4.2. Déroulement de la rencontre

Nous avons cherché à structurer le discours des professionnels autour de cinq grands thèmes :

- L'apprentissage du toucher vaginal, en termes de premiers ressentis, d'acquisition du geste, et d'évolution de la pratique en fin de formation.
- Le discours accompagnant le geste professionnel, de manière chronologique : avant, pendant et après le toucher vaginal.
- La pratique en elle-même : comment le toucher vaginal est pratiqué, dans quel contexte, avec quelle organisation spatiale.
- La posture professionnelle adoptée au décours du geste : les attitudes, mimiques, et gestuelles des sages-femmes, et ce à quoi ces différentes postures les renvoient d'un point de vue à la fois professionnel et personnel.
- Les représentations du toucher vaginal : cette dernière partie se propose avant tout de vérifier la validité et l'authenticité du discours, en s'assurant de la cohérence entre le discours recueilli dans cette partie et celui précédemment obtenu.

Nous nous étions fixés au préalable l'objectif de onze rencontres à réaliser, jugeant ce nombre nécessaire et suffisant pour obtenir une information valide et exploitable. Cet

objectif a été atteint : onze entretiens ont été réalisés sur une période allant du 22 Septembre 2012 au 21 Novembre 2012.

3. Analyser les données

3.1. Préalables à l'analyse

Les onze entretiens ont été retranscrits en totalité, à partir des supports audio réalisés lors des rencontres. Nous avons voulu cette retranscription la plus fidèle possible, en traduisant l'intonation par la ponctuation, en restituant les temps d'hésitation et de silence, et en précisant certaines mimiques adoptées par l'interlocuteur lors de l'entretien. Nous obtenons ainsi un ensemble de textes ayant une thématique commune, c'est-à-dire un corpus de texte (Annexe VII), totalisant 169 pages. Cette retranscription exhaustive constitue la base de notre travail d'analyse, et permet également au lecteur l'accès à l'intégralité du discours.

Nous avons ensuite effectué plusieurs lectures globales du corpus de textes. Ces relectures successives nous ont permis dans un premier temps de commenter les entretiens, puis de dégager des critères d'analyse, sous la forme de thèmes principaux et de thèmes secondaires. Sur la base de ces critères, nous avons alors élaboré une grille d'analyse, constituée de 7 catégories et de 27 sous catégories :

- Catégorie n°1 : le processus d'appropriation
- Catégorie n°2 : la professionnalisation
- Catégorie n°3 : la posture professionnelle
- Catégorie n°4 : l'identité professionnelle
- Catégorie n°5 : le Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP)
- Catégorie n°6 : la relation à la sphère privée
- Catégorie n°7 : autres remarques des professionnels

3.2. Méthode d'analyse

Nous avons choisi de soumettre le corpus à une analyse de contenu, afin de nous concentrer sur les thématiques des textes, et nous sommes inscrits dans une approche déductive.

Pour se faire, nous avons d'abord procédé à une analyse entretien par entretien. Un nouveau travail de relecture est donc amorcé, visant à coder chacun des entretiens ;

c'est-à-dire que chaque fragment du discours a été catégorisé, selon le thème auquel il réfère, et réparti dans la grille d'analyse (Annexe IV).

Une fois ce travail de codage effectué, nous avons réalisé une analyse horizontale, nous intéressant cette fois aux discours recueillis sur chaque thème. Pour cette seconde étape, nous nous sommes aidés du logiciel Tropes© Version 8.1 (Annexe V). Grâce à cet outil, nous avons effectué une analyse lexicale (Annexe VI) de chacune des thématiques, c'est-à-dire répertorier l'ensemble des mots de chaque catégorie et sous-catégorie de la grille. Nous avons d'abord analysé ces mots seuls, puis resitués dans leur contexte d'apparition, et à nouveau effectuer un travail de catégorisation pour faire apparaître le sens donné à ces mots : cette nouvelle étape a abouti à la construction de groupes sémantiques. A cela nous avons couplé une étude de la fréquence globale de ces groupes sémantiques, et de leurs taux de liaison. Enfin, nous avons élaboré un réseau graphique des différentes notions dégagées.

4. Limites de l'étude

4.1. Considérations relatives à l'objet d'étude

A posteriori, la première limite que nous avons rencontrée durant notre enquête est relative à notre sujet lui-même. En effet, nous avons constaté un problème de réception de l'intention de notre objet d'étude par notre population. Cette difficulté de réception a engendré une méfiance de la part des professionnels : il a donc été difficile de les emmener sur un versant descriptif de leur pratique, et de s'affranchir de l'aspect justificatif qu'ils donnent à leur discours. Cependant, ce sentiment de devoir se justifier est plus ou moins marqué en fonction des interlocuteurs, et dans la majorité des cas, un lâcher prise se produit au cours de l'entretien d'explicitation, permettant de résoudre cette difficulté.

4.2. Considération relatives à la taille de l'échantillon

Ayant choisi une méthode de travail qualitative, notre enquête n'a pu toucher qu'un nombre restreint de professionnels. Sur les 18 demandes envoyées, 5 sont restées sans réponse. Un professionnel avait donné son accord, mais il n'a pas été possible par la suite de fixer de rendez-vous. Nous n'avons eu à déplorer qu'un seul refus direct, motivé par un manque de temps. Du fait de la taille de notre échantillon, nos résultats ne peuvent donc être considérés comme représentatifs d'un point de vue statistique. Cependant, ayant choisi une approche qualitative, nous ne visons pas une

généralisation basée sur des observations qui se répètent suffisamment, mais bien la qualité des ces observations et la valeur des interprétations proposées, potentiellement significatives pour interpréter d'autres cas particuliers, comme le dit le Docteur en sociologie Luc Albarello. L'effort consacré à cette qualité de l'analyse et de l'interprétation, appliqué à un corpus de textes conséquent, garantit donc la validité de notre étude.

4.3. Considérations relatives à la méthode d'enquête

Enfin, nous tenons à souligner la difficulté que représente la conduite d'un entretien d'explicitation, et l'aspect chronophage et contraignant de l'analyse. Cependant, nous ne pouvons que constater l'enrichissement personnel que nous a apporté cette méthode d'enquête. En effet, la gestion des entretiens, peu évidente au premier abord, nous a permis d'acquérir des notions de communication qui seront remises à profit dans notre vie professionnelle. De plus, nous pensons avoir acquis grâce à ce travail une méthode et une faculté d'analyse du discours qui pourra s'avérer également très utile dans la pratique de notre future profession.

Maintenant que nous avons exposé le cheminement de notre réflexion, les méthodes employées, ainsi que leurs limites, nous allons pouvoir présenter nos résultats.

Résultats

1. Introduction

Comme nous venons de l'exposer précédemment, la méthode d'analyse est conséquente et complexe. C'est donc dans un souci de clarté pour le lecteur que nous avons choisi de ne pas dissocier la présentation des résultats de l'analyse. Dans un premier temps, nous présenterons le corpus de textes. Puis nous exposerons nos résultats en suivant notre grille d'analyse, catégorie par catégorie. Ainsi, nous nous assurerons tout d'abord que le toucher vaginal est bien un geste soumis au processus d'appropriation dans notre population. Puis nous aborderons successivement les différentes catégories en fonction de leur importance dans le corpus, par ordre croissant. Pour chaque catégorie, nous verrons successivement quels sont les éléments clés (lexicaux, grammaticaux), nous étudierons leur fréquence et leurs co-occurrences, puis nous interpréterons ces différents éléments.

2. Présentation du corpus

Avant de présenter les résultats de notre étude, nous allons dans un premier temps nous pencher sur les caractéristiques du corpus ayant servi de base à notre travail.

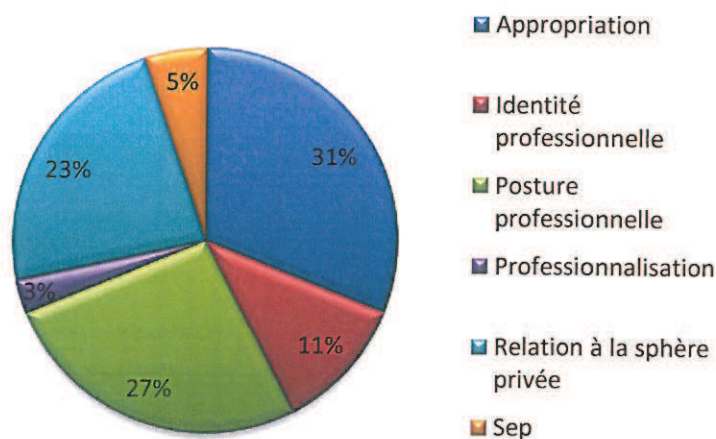
2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Pour permettre une vision synoptique de ce travail, nous avons regroupé quelques caractéristiques définissant les professionnels rencontrés.

entretiens	anonymisation	âge	Département de formation	Département d'exercice	Expérience professionnelle	Mode d'exercice
1	Monsieur A.	26	76	27	1 an	hospitalier
2	Monsieur B.	27	14	76	3 ans	hospitalier
3	Monsieur C.	29	76	76	5 ans	hospitalier
4	Monsieur D.	30	59	76	6 ans	hospitalier
5	Monsieur E.	29	76	76	4 ans	hospitalier
6	Monsieur F.	38	76	76	11 ans	hospitalier
7	Monsieur G.	33	76	76	8 ans	hospitalier
8	Monsieur H.	30	29	29	6 ans	Libéral
9	Monsieur I.	24	38	76	4 mois	hospitalier
10	Monsieur J.	26	14	76	2 ans	hospitalier
11	Monsieur K.	28	76	76	4 ans	hospitalier

2.2. Fréquence des thèmes

Ci-dessous est représentée la répartition des différents thèmes du discours, en fonction de leur fréquence d'occurrence dans le corpus de texte.



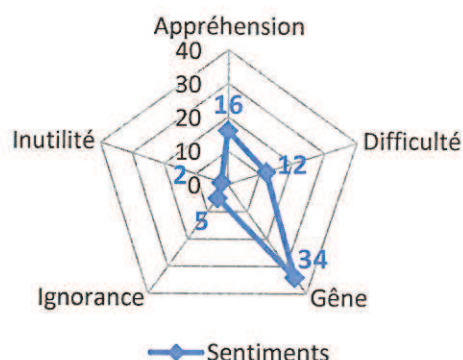
Nous parlerons dans un premier temps du processus d'appropriation, puis nous traiterons successivement de la professionnalisation, du sentiment d'efficacité personnelle, de l'identité professionnelle, de la relation à la sphère privée, et pour finir de la posture professionnelle.

3. L'appropriation

862 unités linguistiques se rapportent à la catégorie « appropriation ». Nous dénombrons 58 relations de co-occurrence entre cette catégorie et le groupe sémantique « toucher vaginal ». Il existe donc une relation étroite entre ces deux groupes.

3.1. Les premières expériences

A partir des fragments de discours regroupés dans cette sous-catégorie, nous nous sommes aperçus que les premières expériences du toucher vaginal sont exprimées par les professionnels en termes de ressenti. Nous remarquons l'abondance d'expressions sous forme négative, comme par exemple « ne pas savoir », « ne pas oser », « ne pas être à l'aise » etc... A partir de ces observations, nous avons identifié les différents sentiments auxquels sont associés les premiers touchers vaginaux :



Les sentiments dominants ressentis lors de ces premières expériences sont la gêne, désignée par 34 unités linguistiques dans le corpus, puis l'appréhension et la difficulté.

On est un peu mal à l'aise euh... par rapport à la patiente forcément parce que c'est les premières fois, qu'on... qu'on... qu'on fait ça, qu'on fait l'examen... aux... aux patientes (...) [E2, (e1), l.9]¹

De façon moins importante, les professionnels décrivent également un sentiment d'ignorance et d'inutilité lors de leur première expérience.

Dans notre corpus la gêne et l'appréhension ressenties lors des premiers touchers vaginaux semblent liées au fait de ne pas savoir, de ne pas posséder la compétence.

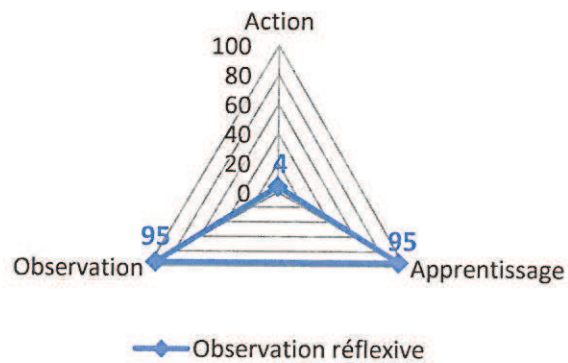
Bah j'étais hésitant (...) J'avais peur de lui faire du mal (...) Je savais pas... Je savais quoi chercher mais je trouvais pas donc euh... C'était bizarre. [E1, (e5), l.27, l. 32]

On voit donc ici l'initiation du processus d'apprentissage : l'étudiant fait une première expérience concrète du geste qu'il doit apprendre. Il emprunte un geste qui lui est étranger. Cette première pratique est avant tout ressentie, et engendre des impressions et des émotions.

3.2. L'observation réflexive

Cette seconde sous-catégorie se caractérise par l'apparition de 3 lexiques : le lexique de l'apprentissage, celui de l'observation, et celui de l'action. Nous avons regroupé les mots se rapportant à chacune de ces notions pour définir les 3 groupes sémantiques suivants :

¹ [E2, (e1), l.9] : Pour retrouver cet extrait, se reporter à l'entretien n°2, paragraphe (e1), ligne 9. Le même code de lecture sera appliqué tout au long de ce travail.



Le discours concernant l'observation réflexive est donc essentiellement tourné vers l'apprentissage et l'observation.

On constate également l'apparition de références obstétricales : « col », « diagnostic », « grossesse », « péridurale ». Par ailleurs, le mot « sage-femme » est le substantif le plus fréquemment cité dans cette sous-catégorie. Enfin, on note que la sous-catégorie « observation réflexive » présente 11 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ».

La prépondérance des groupes sémantiques « observation » et « apprentissage » semble indiquer qu'il existe bien une corrélation entre ces deux groupes. De plus, la récurrence du mot « sage-femme » montre l'importance qu'accordent nos interlocuteurs à cette dernière : elle est leur référente dans le cadre de l'apprentissage. L'observation est donc décrite dans le corpus comme un moyen d'apprentissage important.

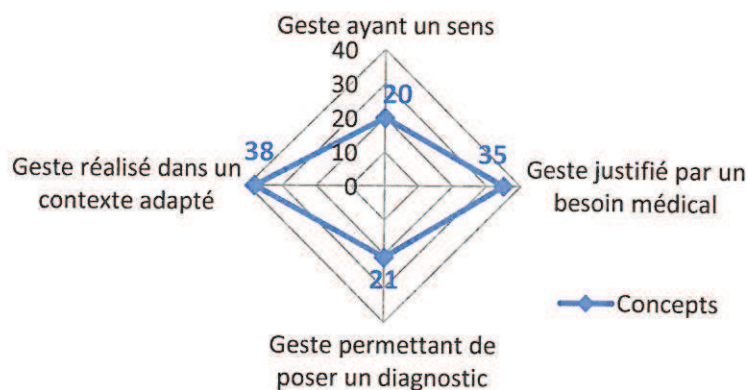
(...) au début on est obligé de passer par une phase où on voit des gens examiner, ou pour voir des examens gynécologiques, on est observateur, sans être manipulateur. [E4, (e7), 1.129]

On observe également une prise de recul par rapport au geste. L'apparition des références obstétricales montre que les professionnels ne sont plus exclusivement centrés sur leur ressenti, mais effectue une distanciation et une première interprétation du toucher vaginal, qu'ils placent dans son contexte médical.

3.3. Conceptualisation

Dans la sous-catégorie « conceptualisation », les références médicales deviennent plus présentes : on dénombre 17 unités linguistiques désignant des notions obstétricales. Par ailleurs, le toucher vaginal n'est plus décrit en termes de ressenti ou

d'apprentissage, mais en termes de concepts. La catégorisation des mots et expressions employés par les professionnels nous a conduits à dégager 4 groupes sémantiques désignant ces différents concepts :



Une fois la technique maîtrisée, les professionnels donnent donc un sens à leur geste, au-delà de la simple réalisation pratique. Il devient avant tout outil médical : il doit avoir un intérêt, répondre à un besoin, permettre de poser un diagnostic et de définir une conduite à tenir. Les professionnels effectuent donc à ce stade un travail d'élaboration théorique.

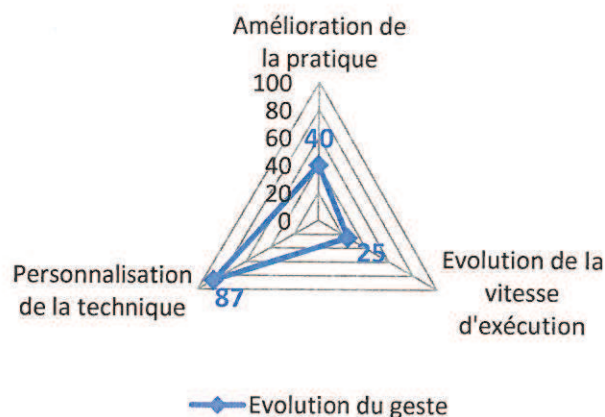
(...) le TV c'est pas juste faire le TV, c'est aussi dire ce que je vais faire, pourquoi je vais le faire, à quelle fréquence je vais le faire euh...Et tout ça quoi. [E2, (e4), 1.60]

D'autre part, l'évolution de l'apprentissage semble inciter les professionnels à ne plus considérer le toucher vaginal comme une entité unique se suffisant à elle-même, mais comme un geste à inclure dans un ensemble de pratiques, et à entourer d'un contexte de réalisation adéquat. Les sages-femmes introduisent donc leurs propres intentions dans leur geste, qui commence alors à se détacher du geste-modèle.

C'est une partie de l'examen euh... Une installation, une mise en condition. Enfin globalement une mise en condition, discussion, mais sans pour autant que ce soit carrément mystifier quoi. Voilà. Dans une logique. [E7, (e44), 1.398]

3.4. Développement de la technique personnelle

Les professionnels décrivent une évolution de leur geste en fin de formation, portant sur plusieurs aspects. Nous avons répertorié ces différentes évolutions sous la forme des groupes sémantiques suivants :



On constate que l'évolution majoritairement rapportée est la personnalisation de la technique, qui regroupe 87 unités linguistiques. Citons en exemple la position adoptée par le professionnel lors de l'examen, ou bien l'utilisation de lubrifiant. Viennent ensuite l'amélioration de la pratique, puis le gain de rapidité lors de la réalisation du toucher vaginal :

(...) j'essaie d'être... enfin je me rends compte que je vais être de plus en plus délicat dans mon geste. Tu gagnes en assurance, en compétence, et euh... Et rapide. C'est-à-dire que... Ouais c'est ça, c'est la vitesse je pense surtout qui évolue. [E9, (e14), 1.107]

On remarque également que le geste est réalisé avec plus de parcimonie :

(...) j'ai tendance à le faire moins systématiquement. C'est vrai que je le fais que... que sur signe d'appel en fait. Mais... Ouais... J'en fais peut-être un petit peu moins systématiquement. [E8, (e18), 1.75]

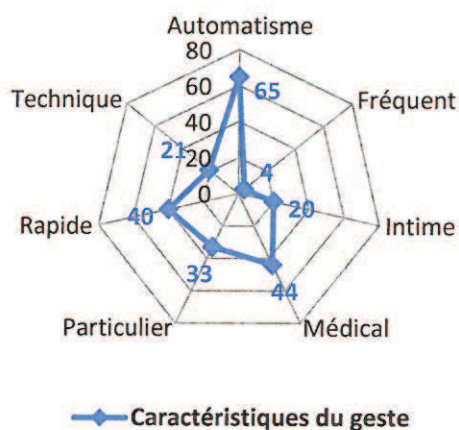
La présence de ces différentes évolutions montre que les hommes interrogés se sont détachés du geste modèle, initialement enseigné, en le perfectionnant par le biais de l'expérimentation. Le geste de nos professionnels se distingue ainsi de celui des autres, parce qu'ils y ont introduit leurs propres intentions et ont, au moyen de la comparaison, adapter leur pratique pour trouver le geste qui est, à leurs yeux, le plus efficace et le plus efficient.

La partie clinique ne peut pas se transmettre autre part que sur les lieux de stage, qu'avec des professionnels différents, qui ont tous des pratiques différentes. Ce qui nous oblige aussi à nous créer notre propre pratique euh... Et réussir à faire des gestes.

Bien sûr que quand on trouve un geste plus efficace et moins iatrogène(...) forcément on l'utilise... le geste qui marche. [E4, (e5), 1.91-(e11), 1.231]

3.5. Caractéristiques du geste intégré

Dans le discours des sages-femmes, le toucher vaginal est décrit par un ensemble de substantifs, d'adjectifs qualificatifs, et d'expressions. Nous avons classés ces différentes catégories de mots en fonction de leur sens, pour définir les caractéristiques associées au toucher vaginal dans le corpus. Nous voyons ainsi apparaître les groupes sémantiques suivants :



On constate sur ce graphique que pour les hommes sages-femmes, le toucher vaginal est avant tout un automatisme. Par ailleurs, nous avons remarqué que lorsque nous interrogeons les professionnels sur leur façon de réaliser ce geste, tous ont un temps d'hésitation avant de nous répondre.

Est-ce que maintenant vous pourriez me parler concrètement de la façon dont vous réalisez un toucher vaginal ? (sourire. Silence prolongé) En fait c'est euh... Ouais c'est... (silence)... (hésitation). Ouais, j'pourrais ouais. (rire bref, puis silence). [E7, (E38), 1.331]

Le caractère d'automatisme que confèrent les professionnels au toucher vaginal témoigne qu'il s'agit bien d'un geste « machinal, obéissant à des schèmes organisationnels précis ». De plus, les nombreux silences et hésitations observés montrent qu'un temps est nécessaire aux sages-femmes pour effectuer un retour réflexif sur leur pratique : le geste a donc quitté la conscience. Ces deux observations nous conduisent à affirmer que le toucher vaginal, dans notre corpus, répond à la définition que donne Yves Clot du geste efficace, abouti et incorporé.

Comment réalisez-vous un toucher vaginal ? (chuchote) Comment je réalise un toucher vaginal... (silence) C'est marrant, parce que c'est une question que je me suis jamais posée en fait. Ouais, c'est... c'est rigolo, comme si c'était euh... comme

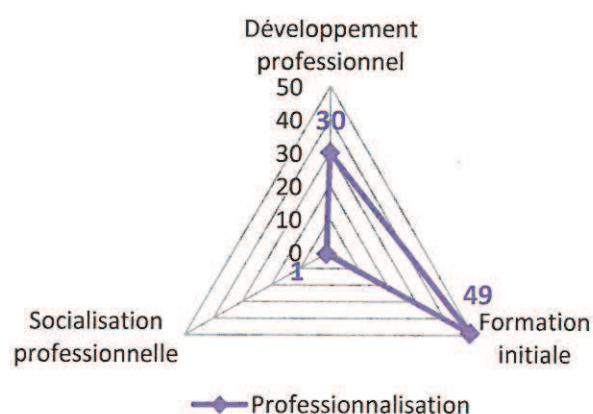
si c'était euh... comme si c'était un truc un peu... euh... une espèce de reliquat de la mémoire (hésitations) du cerveau amphibien, tu sais ? Les espèces de mémoires inconscientes. Un truc issu de ... issu de tu-sais-pas-d'où mais tu l'as toujours eu. [E7, (E39), 1.335]

(lève les yeux vers le plafond) Attends, je suis en train de réfléchir parce que je fais vraiment ça mécaniquement. [E11, (e18), 1.263]

En procédant à l'analyse de la catégorie « appropriation », nous constatons donc que l'apprentissage du toucher vaginal suit la boucle d'apprentissage expérientiel de Kolb. De plus, tous les stades du processus d'appropriation décrits par Clot ont pu être identifiés dans le discours des professionnels. Le toucher vaginal est donc bien un geste soumis au processus d'appropriation.

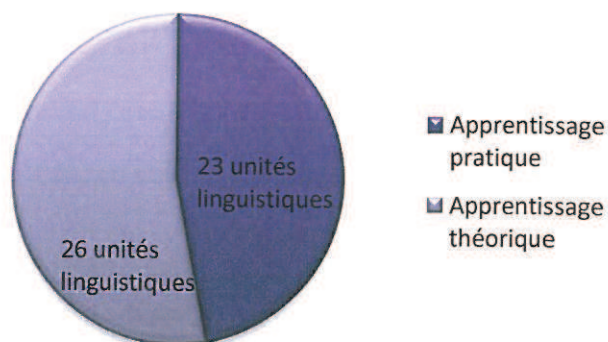
4. La professionnalisation

Le thème de la professionnalisation ne représente que 3% d'occurrences dans le corpus, soit 80 unités linguistiques. Et on ne dénombre que 5 relations de co-occurrence entre ce groupe sémantique et celui du toucher vaginal. Voici ci-dessous représentée la répartition des unités linguistiques de cette thématique dans les différentes sous-catégories de la grille d'analyse:



4.1. La formation initiale

Les mots employés dans la sous-catégorie « formation initiale » font référence à deux notions : l'apprentissage théorique et l'apprentissage pratique.



On observe que l'importance de ces deux notions est équivalente dans le discours. Par ailleurs, nous dénombrons 2 relations de co-occurrence entre les groupes sémantiques « apprentissage théorique » et « apprentissage pratique ».

Dans notre corpus, il semble donc que la formation initiale concourt à la fois à l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques. Les 2 relations de co-occurrences établies entre les groupes sémantiques, compte-tenu du petit nombre d'unités linguistiques répertorié dans cette sous-catégorie, révèlent que ces deux modes d'apprentissage sont associés. La formation initiale permet donc au professionnel d'acquérir un savoir pratico-théorique, qui le rend apte à exercer son geste.

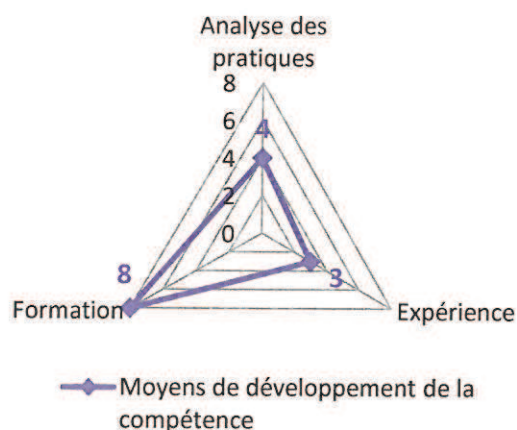
Y'a une partie de l'apprentissage qui se fait à l'école, qui se fait sur terrain de stage (...) l'édifice il se construit au fur à mesure des années donc euh... C'est bien d'avoir une bonne base, une bonne fondation mais... Mais finalement euh... Voilà, y'aura cette idée de base quoi. [E7, (e16), 1.100]

4.2. Le développement professionnel

Le discours concernant le développement professionnel est marqué par des expressions qui illustrent des évolutions dans la pratique du toucher vaginal: « prendre de l'assurance », « être plus autonome », « être à l'aise ». Ces expressions traduisent un sentiment de gain de compétence.

Plus j'avais la compétence (hésitations)... plus j'étais sûr de moi dans l'interprétation des... des touchers. Bah, plus j'étais à l'aise, techniquement parlant quoi. [E8, (e13), 1.56]

En observant les mots utilisés dans cette sous-catégorie, on remarque que les sages-femmes distinguent plusieurs moyens d'acquérir cette compétence. De cette observation, nous avons dégagé les groupes sémantiques suivants :



La formation est désignée comme le moyen de développement de la compétence le plus important : elle regroupe 8 unités linguistiques. Elle présente par ailleurs 2 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ». Viennent ensuite l'analyse des pratiques et l'expérience.

Là où tu vas être professionnel, c'est que tu vas l'avoir fait 150000 fois et que tu le fais vraiment en... euh... de manière hyper claire et nette et... Bah après je pense que ça, ça transparait tout de suite quoi, la euh... la dame elle se dit « bon bah là, il fait juste son boulot, comme il va me demander la pré-reconnaissance » et voilà.
[E11, (e9), l.147]

4.3. La socialisation professionnelle

La socialisation professionnelle est le parent pauvre de la catégorie « professionnalisation », puisqu'elle ne représente qu'une unité linguistique. La référence qui y est faite décrit davantage ce processus comme un moyen de reconnaissance de la compétence par l'équipe que comme un réel facteur de professionnalisation.

5. Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP)

Le sentiment d'efficacité personnelle est indéniablement présent dans nos entretiens, mais ne représente que 5% d'occurrences, soit 148 unités linguistiques. Le groupe sémantique ne présente par ailleurs que 7 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ». Le graphique suivant représente la répartition des unités linguistiques qui composent cette catégorie :

expriment la progression, l'acquisition des connaissances et des compétences au fil des années de formation.

(...) c'est sûr qu'on est plus dépendant des soignants quand on est tout en début de carrière ou de cursus, que quand on est en fin d'apprentissage évidemment. On a plus d'autonomie, on a plus de responsabilités (...) après on sait faire des choses et là... On sait voler de nos propres ailes quoi. [E4, (e5), 1.81]

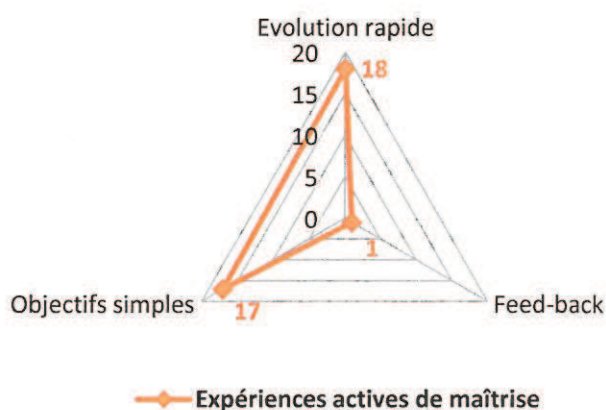
On constate qu'en fin de formation les professionnels ont une croyance en leur compétence supérieure à celle qu'ils avaient en début de formation. Dans notre étude, le SEP est donc plus élevé chez les apprenants des années supérieures, conformément à l'étude de Schunk et Pajares.

Notons que pour l'un de nos enquêtés, un autre aspect psychologique a contribué à la construction de son sentiment d'efficacité personnelle : le fait d'être un homme.

Y'avait pas beaucoup de... y'avait peu d'étudiants sages-femmes. Moi, le fait d'être un homme c'est... J'avais la chance qu'on me reconnaisse, c'est-à-dire que... enfin... partout où j'allais on me connaissait. C'est tout bête, mais on connaissait mon prénom, on me reconnaissait. Donc ça se passait plutôt très bien. [E8, (e8), 1.34]

5.3. Expériences actives de maîtrise

Les expériences actives de maîtrise représentent 24% des occurrences de la thématique « SEP ». Nous avons cherché à identifier dans cette sous-catégorie les éléments pédagogiques, mis en avant dans la littérature, et contribuant aux expériences actives de maîtrise. Nous avons alors réparti les différentes unités linguistiques du discours entre les trois dispositifs pédagogiques suivants :



On constate que le dispositif le moins mentionné dans notre population est le feed-back. Cependant, nous identifions tout de même des retours réflexifs effectués par les professionnels durant leur formation.

(...) on fait une évaluation avec la sage-femme avec laquelle on travaille(...)

(...) juste avant les gardes souvent ce qu'on fait c'est qu'elle nous demande un petit peu où est-ce qu'on en est au niveau de notre formation donc des touchers vaginaux
[E6, (e7), 1.46 - (e12), 1.112]

Notons que c'est chez les professionnels les plus expérimentés que nous mettons en avant ces éléments. Ceux dont la formation est donc la plus éloignée dans le temps. Nous supposons alors que ces professionnels citent le feed-back en se positionnant davantage en tant que tuteur.

Les objectifs d'apprentissage simples constituent le second dispositif pédagogique identifié dans nos entretiens d'explicitation. Or ces objectifs proximaux favorisent la croyance d'efficacité. Donc cette méthode d'apprentissage contribue à l'élaboration du SEP des hommes sages-femmes.

On a tous une courbe d'apprentissage. Au début on a l'impression de réussir bien, parce qu'on nous donne que des choses faciles. [E4, (e5), 1.95]

Enfin, la rapidité de progression est l'élément le plus cité dans notre étude. Selon Bandura et Schunk, parvenir à maîtriser un geste dans un laps de temps court permet également d'augmenter son SEP. L'évolution rapide dans la pratique du toucher vaginal renforce donc le SEP des professionnels face à ce geste.

Y'a pas une phase d'apprentissage tellement longue quand même je trouve, pour les TV. [E11, (e5), 1. 46]

(...) c'est venu vite naturellement. [E2, (e1), 1.13]

A travers les dispositifs pédagogiques que nous venons d'aborder, nous comprenons donc que les expériences actives de maîtrise constituent un élément important dans l'élaboration du SEP des hommes sages-femmes.

5.4. Expériences vicariantes

Cette sous-catégorie représente à elle seule 45% des occurrences de la thématique « SEP ». En nous basant sur la définition de l'expérience vicariante (comparer ses performances à celles d'autrui), nous avons classé le discours de cette sous-catégorie en trois grands types d'expériences vicariantes :



Tout d'abord, nous observons que les enquêtés comparent durant leur formation leurs succès et leurs échecs avec ceux de leurs pairs. Cette première comparaison joue sur leur SEP, en leur confirmant leur capacité à réaliser un toucher vaginal.

(...) j'avais trouvé une présentation et c'était... j'étais vraiment ... confiant quoi. Et puis la sage-femme derrière moi m'a démonté en me disant : « Mais non ! C'est pas ça ! C'est pas ça ! » Et tout... Elle a examiné derrière, et puis elle a trouvé pareil.
[E2, (e3), 1.39]

Ensuite, ils soumettent à la comparaison leurs stratégies cognitives. Etre en adéquation avec d'autres apprenants ou d'autres professionnels au niveau de la pratique et du ressenti du toucher vaginal renforce leur efficacité personnelle perçue.

J'en discutais avec mes collègues, à l'époque, qui devaient sentir euh... des choses pas habituelles. Dans un examen un peu particulier justement. Et qui... et qui finalement, bah me rappelait un peu ce que je sentais aussi (...) [E7, (e3), 1.12]

Enfin, la comparaison à des référents est le processus analogique le plus fréquemment retrouvé dans notre corpus. Les parallèles sont établis à la fois envers les sages-femmes et les obstétriciens. On remarque que les références à des professionnels masculins sont majoritaires.

C'est un médecin très connu (...) qui m'a appris en consultation. En plus en tant qu'homme. Je me souviens de sa phrase, il m'a dit : « En tant qu'homme, ne te mets pas face à la patiente (...) Apprends plutôt à examiner les patientes sur le côté. »

C'est depuis qu'il m'a dit ça que j'examine les patientes sur le côté. [E3, (e12), 1.99]

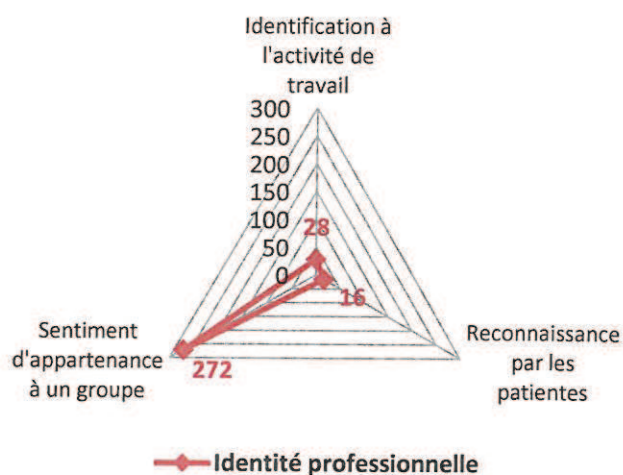
Notons que l'un des sages-femmes a d'ailleurs cité en exemple un autre professionnel ayant participé à notre enquête.

(...) ça c'est un truc que j'ai appris... bon après euh... les sages-femmes femmes te le disent, mais c'est un truc que j'ai appris à faire avec Monsieur F. Je sais pas si il bosse toujours... (...) Il m'avait donné un certain nombre de trucs que je fais toujours. [E11, (e11), 1.185]

La comparaison entre l'apprenant et des personnes partageant avec lui un degré de similitude élevé facilite le processus d'identification (Schunk et Hanson). On peut donc penser que la référence à des modèles masculins durant leur formation a contribué au développement du SEP des professionnels interrogés.

6. L'identité professionnelle

L'identité professionnelle est une thématique récurrente de notre corpus : elle y représente 11% d'occurrences, soit 316 unités linguistique. Elle compte 13 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ». Elle est décomposée en trois sous-catégories, d'inégale importance dans le discours des enquêtés :



6.1. Reconnaissance par les patientes

La sous-catégorie « reconnaissance par les patientes » représente 5% des occurrences de la thématique « identité professionnelle ». Nous y avons regroupé tous les fragments du discours traitant de l'image que les patientes renvoient aux professionnels d'eux-mêmes. Tout d'abord, cette image peut être positive :

(...) si la femme ressort en disant « il est sympa... J'aimerais bien... Il est assez professionnel... Il est à l'écoute... », tu vois tous ces mot- là sont forts de sens. Donc si « il est à l'écoute », ça veut dire que t'as fait ton boulot. [E6, (e44), 1.428]

Lorsque cette image est positive, le professionnel se sent utile. Il est socialement reconnu par la patiente, qui l'identifie en tant que sage-femme, et en tant que professionnel compétent. Cette identification sociale vient alors légitimer le toucher vaginal.

A l'inverse, l'interlocuteur peut renvoyer au professionnel une image plus négative :
(...) les grands-mères elles ont toujours plus euh... besoin de regarder ce qu'on fait que les papas. Les grands-mères posent toujours beaucoup plus de questions, voire demandent à la place des patientes, voire veulent voir l'examen dans le détail. Donc c'est toujours plus embêtant quand il y a une grand-mère. Elles restent moins souvent à leur place, je trouve. [E3, (e40), 1.309]

On voit ici qu'une patiente (ou un accompagnant) plus inquisiteur met mal à l'aise le professionnel. Ses compétences sont remises en doute, soumises à une approbation extérieure. N'obtenant pas la reconnaissance sociale à laquelle il aspire, le processus de légitimation du geste ne peut se faire de manière adéquate.

L'image renvoyée par les patientes contribue donc à l'acquisition de l'identité professionnelle, et constitue également un élément de légitimation du toucher vaginal.

6.2. Identification à l'activité de travail

Le discours recueilli sur l'identification à l'activité de travail représente 9% des occurrences de la catégorie « identité professionnelle ». Cette sous-catégorie est particulièrement marquée par l'emploi de pronoms personnels possessifs à la première personne du singulier : « mon travail », « ma carrière », « ma phrase bateau » ; les professionnels sont donc centrés sur des éléments internes, qui leur sont propres. Dans cette sous-catégorie sont regroupées les différentes significations que les professionnels accordent au toucher vaginal, en tant que geste professionnel.

Tout d'abord, c'est un geste qui leur permet de se construire en tant que professionnel.

(...) dès lors que t'es autonome tu te forges. [E2, (e9), 1.139]

Il apparaît également comme un moyen de se définir en tant que professionnel.

Pour être sage-femme, faut faire des touchers. [E10, (e70), 1.325]

T'es sage-femme, bah tu sais que tu vas passer ta vie à... Enfin, en tout cas ta carrière de sage-femme à... à avoir un contact assez particulier avec les dames quoi. [E7, (e4), 1.30]

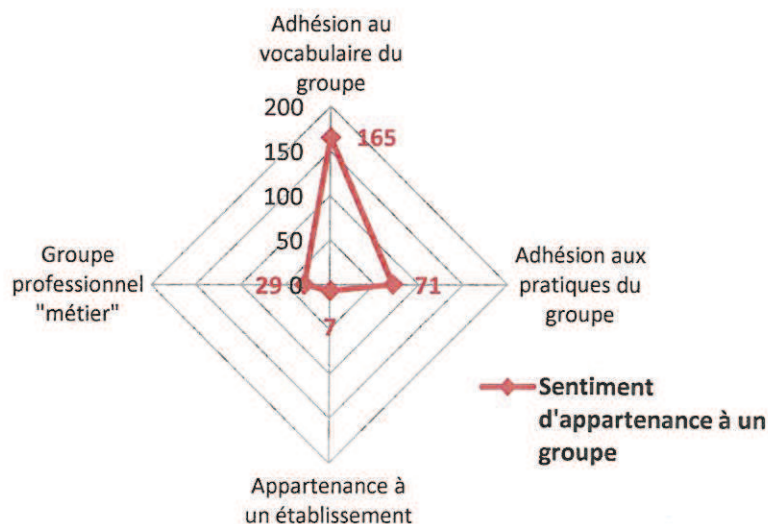
Enfin la pratique du toucher vaginal, de par son aspect caractéristique de la profession de sage-femme, est également considérée comme une source de fierté.

Le geste fondamental qui doit rester le geste noble en gros. Ca... Ouais, c'est un geste noble et euh... pas... pas... pas... pas forcément... oui... beau quoi (...) Et, ouais, c'est le geste noble. Le geste noble du métier. Je pense. Non ? C'est le geste noble. C'est pour ça qu'il faut pas en faire n'importe quoi. [E3, (e53), 1.403]

Ces trois aspects montrent qu'en acquérant le geste du toucher vaginal, les professionnels s'identifient à l'activité de travail. Ils se reconnaissent eux-mêmes en tant que sage-femme. Par ailleurs, il semble se produire en eux une transaction interne, selon le schéma suivant : « je suis sage-femme, donc je fais des touchers vaginaux ». Cette nouvelle étape de l'élaboration de l'identité professionnelle pourrait donc constituer, elle aussi, une forme de légitimation du toucher vaginal.

6.3. Sentiment d'appartenance à un groupe

Le sentiment d'appartenance à un groupe est la composante identitaire la plus développée dans notre population. Elle représente 86% des occurrences de la catégorie « identité professionnelle ». Elle est retrouvée dans les 11 entretiens menés. En observant le discours des sages-femmes interrogés, nous avons identifié différentes composantes à ce sentiment d'appartenance :



6.3.1. Appartenance à un établissement

Un seul des enquêtés s'est défini lors de l'entretien comme un professionnel membre d'un établissement. Cette appartenance semble impacter sur sa pratique du toucher

vaginal, dans le sens où elle pourrait avoir des conséquences sur l'image de son équipe en cas de bonne ou de mauvaise pratique.

C'est par rapport à l'établissement aussi. (...) Quand je dis moi c'est aussi moi en tant que professionnel, moi en tant que humain et moi en tant que employé de cet établissement. L'image de l'établissement. [E1, (e55), 1.394]

6.3.2. Appartenance au groupe professionnel

Le sentiment d'appartenance à un groupe se définit également chez les professionnels de notre étude comme l'appartenance au groupe professionnel des sages-femmes. La substitution importante du pronom personnel « je » par le pronom « on » est particulièrement révélatrice de cette appartenance : les professionnels ne se positionnent plus en tant qu'individus, mais en tant que membres du groupe. Dans cette optique, la pratique du toucher vaginal signe pour eux l'appartenance au groupe professionnel.

(...) la « permission » de faire des TV, c'est devenu un peu une sorte de montée en grade euh... euh... dans le job, en se disant : « Ca y est, on fait un peu partie du... du corps de métier ». [E2, (e1), 1.18]

6.3.3. Adhésion aux pratiques du groupe

On peut identifier chez les hommes interrogés un besoin de congruence entre leur pratique du toucher vaginal et la pratique des autres sages-femmes. Cette recherche d'adéquation traduit la nécessité pour eux d'être en conformité avec le groupe.

C'est quelque chose qui se transmet de génération en génération je dirais un peu. (...) Et puis je me rassure en voyant les élèves passer à côté de moi : ils font pareil que moi. Donc c'est bon ! Ou mes collègues. Pareil. [E2, (e26), 1.314 - 1.320]

Nous avons également relevé que nos interlocuteurs sollicitaient parfois une confirmation de notre part : *tu vois ce que je veux dire.* [E3, (e32), 1.247] ; *Non ? Je me trompe pas hein ?* [E9, (e10), 1.72]. Nous reconnaissant comme membre de leur groupe professionnel, ils s'assurent ainsi de l'adéquation de leur propos avec les usages du groupe.

Dans cette recherche de conformité, le toucher vaginal devient la référence, le geste caractéristique de la profession.

C'est un acte qui met en valeur la profession. C'est-à-dire que voilà, les sages-femmes ont un examen qui leur est propre. Même si les gynécos le font, même si d'autres médecins le font ailleurs, c'est quelque chose que finalement... On se rend

vite compte que les sages-femmes maîtrisent tellement bien par rapport au reste des autres. Parce qu'elles le font tout le temps, qu'elles en ont l'expertise presque. Même... Non, pas presque : elles en ont l'expertise point. [E2, (e43), 1.476]

De plus, nous avons dénombré 5 relations de co-occurrence entre les groupes sémantiques « toucher vaginal » et « adhésion aux pratiques du groupe », il existe donc un lien entre ces deux entités.

6.3.4. Adhésion au vocabulaire du groupe

Le toucher vaginal possède un vocabulaire particulier, à la fois pour le désigner, l'encadrer, et le décrire. Ce vocabulaire spécifique est le témoin majoritaire du sentiment d'appartenance au groupe professionnel dans notre corpus.

(...) dans notre monde à nous d'obstétrique, sages-femmes. (...) on dit « Je vais vous examiner », « l'examen », tout ça. C'est ... Je crois que c'est très obstétrical ça. [E2, (e13), 1.192]

« Vous pouvez vous rhabiller. » La phrase culte (sourire). [E5, (e23), 1.268]

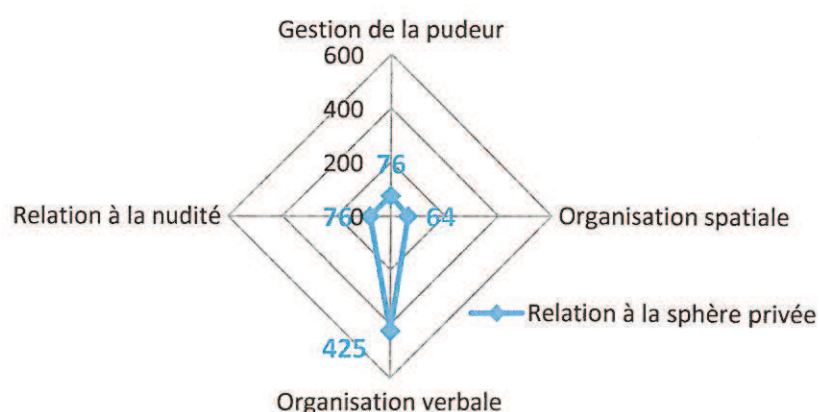
(...) faire comme tout le monde, voilà. Parce que (...) ce qui est intéressant dans le toucher aussi, c'est de pouvoir en parler quand tu retranscris à quelqu'un. Et c'est important qu'on parle tous de la même chose. [E9, (e33), 1.265]

Cet usage d'un vocabulaire propre à la profession de sage-femme permet aux professionnels d'être compris et approuvés par leurs pairs. Ils obtiennent alors une reconnaissance de leur groupe professionnel.

Le sentiment d'appartenance à un groupe est donc le troisième élément contribuant à construire l'identité professionnelle des hommes sages-femmes. Il définit le toucher vaginal comme le geste de référence de la profession, lui octroyant ainsi une légitimité collective.

7. La relation à la sphère privée

Nous avons remarqué dans notre corpus plusieurs dispositifs organisationnels permettant l'abord à l'intime de la patiente dans le cadre d'un toucher vaginal. Ces dispositifs représentent 23% des occurrences du corpus, et comptent 39 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ». Nous les aborderons successivement, au travers des quatre sous-catégories suivantes :



7.1. Organisation spatiale

L'organisation spatiale des professionnels représente 64 unités linguistiques, soit 10% des occurrences de la catégorie « relation à la sphère privée ». Dans cette sous-catégorie, le discours décrit le mobilier de la salle de consultation (ou de la salle de travail) ainsi que l'agencement de la pièce. Cette description présente des invariants d'un entretien à l'autre. Les professionnels mentionnent systématiquement un bureau, une table d'examen, et un élément de séparation (rideau ou paravent). La pièce est présentée comme petite et exigüe.

On observe dans le discours des hommes interrogés que la pièce est scindée en deux. La partie de la salle d'examen comportant le bureau est dédiée à l'interrogatoire et à la discussion. L'autre partie, avec la table gynécologique, est réservée au déshabillage et à la réalisation de l'examen. L'élément de séparation matérialise cette scission. L'accès à la nudité semble réglementé par un code géographique : il ne peut se faire que dans la zone de la pièce dédiée à cette fonction. Nous rejoignons donc ici les observations réalisées par le sociologue James M. Henslin. Cependant, l'exiguïté de la salle vient nuancer cette observation. Les dimensions de la pièce empêchent bien souvent un réel respect de ce code géographique.

Ici c'est pas très grand en fait hein. T'as le bureau et la table d'examen juste à côté donc tout se fait dans le même lieu, dans deux mètres carrés. [E10, (e49), 1.232]

Les sages-femmes interrogés ne semblent pas manifester d'indisposition par rapport à ce non respect des lieux dédiés à la nudité. Nous en déduisons donc que l'organisation spatiale est plus théorique que pratique, et qu'elle n'a pas d'impact direct sur la réalisation du toucher vaginal.

7.2. Gestion de la pudeur

Le préalable indispensable au toucher vaginal est le déshabillage de la patiente. C'est un moment particulier, qui signe le début du contact de la sage-femme avec l'intimité de sa patiente.

Y'a ce passage de « habillée », « en cours de déshabillage », et « déshabillée » quoi. Je trouve qu'il y a une certaine pudeur là dedans (...) [E7, (e47), 1.435]

Nous avons identifié au travers de nos entretiens un ensemble de procédés visant à préserver la pudeur de la patiente. Ces procédés représentent 12% des occurrences du discours concernant la relation à la sphère privée. La majorité des professionnels rencontrés affirme se « trouver une occupation » durant le déshabillage. Le lavage des mains, la préparation du matériel, la gestion du dossier médical et la rédaction des prescriptions sont les procédés les plus fréquemment cités.

Pendant que la patiente se déshabille en général je prépare les... J'allume le monitoring, je prépare les capteurs, je prépare le brassard à tension. J'ai déjà sorti un drap que j'ai mis sur la table d'examen. Une fois qu'elle est sur le drap je me tourne pour... j'ai le dos tourné en fait à la patiente. [E1, (e37), 1.257]

(...) en général, j'imprime mes prescriptions. C'est une technique qui est... Voilà (sourire). [E8, (e41), 1.181]

D'autres choisissent de montrer plus ostensiblement leur désintérêt : soit en quittant la pièce, soit en tournant le dos à la scène de manière évidente.

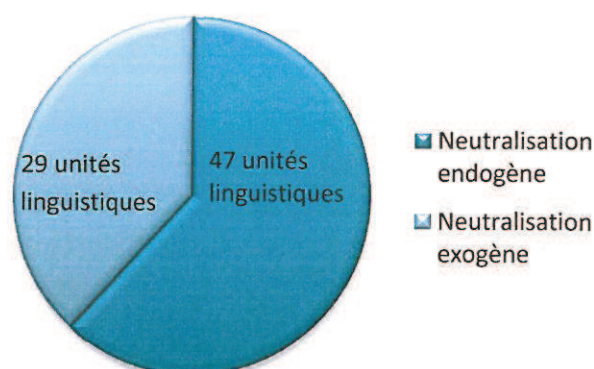
(...) je me tourne, je parle avec le papa, enfin, je leur montre bien que je regarde pas parce que ça m'intéresse pas, pour justement laisser la distance et qu' il y ait pas de quiproquos. [E11, (e16), 1.254]

Enfin, deux professionnels font mention de l'emploi d'un drap pour couvrir le corps de la patiente. La nudité est alors masquée même pendant le toucher vaginal.

Le déshabillage de la patiente est une phase de transition, qui marque le passage de l'état « habillée » à l'état « nue ». Tous les éléments que nous venons de décrire visent avant tout à détourner le regard du corps de la patiente. Ils permettent aux professionnels d'éviter un premier contact inapproprié avec la nudité de la femme. C'est pourquoi nous qualifierons ces procédés de stratégies d'évitement de la nudité.

7.3. Relation à la nudité

La relation à la nudité représente 12% du discours de la catégorie « relation à la sphère privée ». Certains propos de cette sous-catégorie ont retenu notre attention de part leur similarité et leur récurrence dans les différents entretiens menés. Nous avons également remarqué la présence répétée de moments de silence, témoignant d'une hésitation, d'une gêne. En corrélant ces deux observations, nous nous sommes aperçus que les propos relevés pouvaient désigner des moyens de neutraliser le toucher vaginal. Nous avons alors distingué deux formes de neutralisation : une neutralisation exogène et une neutralisation endogène.



7.3.1. **Éléments de neutralisation exogènes**

38% des occurrences de la sous-catégorie « relation à la nudité » désignent des éléments provenant de l'environnement extérieur au professionnel. Sept des onze hommes interrogés nous ont spontanément décrit l'emploi d'un doigtier ou de gants pour l'examen. Bien entendu, cette pratique correspond en premier lieu à un nécessaire respect des règles d'hygiène et d'asepsie. Néanmoins nous émettons l'hypothèse qu'il est possible d'y voir un moyen de mise à distance de l'intimité de la femme, par l'évitement du contact direct.

Trois entretiens font mention de la présence d'une autre personne durant l'examen comme d'un « *point de chute* », d'un moyen de transformer la dyade sage-femme/patiente en « *triade* ». Cette personne peut être tantôt une aide-soignante, tantôt un conjoint, voir même l'enfant à naître.

*(...) j'apprécie la présence d'une troisième personne. Quelle qu'elle soit. (...)
J'apprécie la présence aussi d'une aide-soignante : ça neutralise... l'histoire. [E4,
(e19), 1.413 – 1.418]*

Enfin, la parole est unanimement mentionnée comme un moyen de détourner l'attention de la patiente du geste.

(...) tu fais un toucher vaginal en parlant d'autre chose. Donc tu demandes à la dame, voilà, genre t'en profites pour parler des prénoms, j'lui dis « si je vous fais mal, vous me le dites », mais bon voilà, tu parles d'autres choses tout en faisant le toucher vaginal (...) [E6, (e15), 1.169]

Nous pouvons donc mettre en lumière les objectifs des trois éléments que nous venons de décrire :

- Mise à distance du corps de la patiente et du corps de l'examineur par l'emploi d'une barrière physique (le doigtier)
- Mise à distance de la relation par la présence d'une tierce personne
- Mise à distance de l'examen par la parole

Ce phénomène de mise à distance, externe au professionnel, permet de neutraliser le geste du toucher vaginal. Il est dirigé à la fois vers le professionnel et vers la patiente. Ces trois procédés constituent donc des éléments de neutralisation exogènes.

7.3.2. Éléments de neutralisation endogènes

Nous avons également dégagé du corpus des mécanismes cette fois-ci plutôt internes aux professionnels. Ces mécanismes représentent 62% des occurrences de la sous-catégorie « relation à la nudité ».

Tout d'abord, nous avons relevé dans tous les entretiens une volonté de banaliser le toucher vaginal. Cette banalisation est notamment visible au travers de l'emploi d'expressions et de métaphores comparant le toucher vaginal à des gestes du quotidien.

C'est un peu vulgaire comme image hein, mais c'est un peu comme un mécanicien qui se penche sur un moteur si tu veux. [E9, (e4), 1.34]

Toujours dans cette idée de comparaison, nous remarquons la fréquence des parallèles effectués entre le toucher vaginal et d'autres gestes ou examens médicaux. On peut également voir dans ces rapprochements une volonté de banalisation de l'acte.

Ensuite, nous avons noté chez cinq sages-femmes un phénomène de projection de leur jugement sur celui des patientes. Nous entendons ici que les professionnels attribuent leur propre perception du toucher vaginal aux patientes.

Moi j'ai l'impression que les patientes quand elles sont en salle de naissance ont une considération toute autre euh... euh...de leur sexe, donc du coup... Enfin ça...

ça... c'est plus... c'est plus... c'est plus le sexe pour le plaisir c'est le sexe pour la... la reproduction (...) [E9, (e25), 1.186]

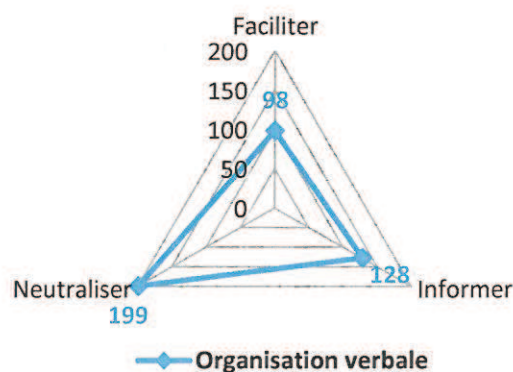
Enfin, nous nous sommes aperçus que pour la grande majorité des professionnels il semble exister un contrat tacite entre la patiente et eux, un « accord » sous-entendu justifiant de la réalisation du toucher vaginal.

C'est pas forcément super agréable pour la patiente ce moment-là. Même si... Même si elle l'accepte puisqu'elle a accepté d'entrer dans le bureau mais... [E3, (e4), 1.38]

Ces quatre mécanismes, internes au professionnel, sont construits et agis de manière inconsciente. Ils contribuent, chacun à leur façon, à neutraliser le geste. Cette neutralisation est plutôt tournée vers le professionnel. Ces procédés constituent donc des éléments de neutralisation endogènes.

7.4. Organisation verbale

Cette sous-catégorie représente 66% d'occurrences dans la catégorie « relation à la sphère privée ». Nous avons observé au fil des entretiens d'explicitation que le toucher vaginal est accompagné d'une communication verbale. La parole est investie d'une fonction dans ce cadre. Les rôles qui lui sont donnés peuvent être multiples, et varient d'un professionnel à l'autre. Nous avons identifié dans le corpus, et catégorisé sous la forme des groupes sémantiques suivants, les différentes fonctions de la communication verbale accompagnant le toucher vaginal :



7.4.1. Faciliter

23% des occurrences de la sous-catégorie « organisation verbale » semblent désigner la communication verbale comme un moyen facilitateur du toucher vaginal. La

parole permet dans un premier temps d'instaurer un climat de confiance : elle constitue une introduction au toucher vaginal. Elle permet également d'« *humaniser le geste* ». Elle est encore un moyen d'empathie envers la patiente, mais aussi envers le conjoint.

Y'a un travail à faire en amont pour bien préparer les choses, être... être professionnel, avoir les mots qui rassurent [E11, (e8), 1.113]

(...) tu glisses le geste dans la discussion de manière à... à désacraliser un peu ça. [E9, (e23), 1.173]

Cette fonction de la parole est dirigée à la fois vers la patiente et vers son conjoint. Le premier rôle de la communication verbale que nous venons d'identifier est donc : faciliter le geste au couple.

7.4.2. Informer

Ensuite, nous avons identifié 30% des occurrences de la sous-catégorie « organisation verbale » comme des moyens d'information. Cette information consiste en une explication du geste, de ses motivations, et de ses résultats.

La plupart du temps j'essaie quand même de le relier à un truc qui paraît logique, quand même. J'essaie de justifier pourquoi je l'examine. De la même façon que je justifie pourquoi j'examine pas (...) [E7, e(22), 1.160]

Si informer est bien le but premier des sages-femmes, nous nous apercevons néanmoins que cette information prend souvent un style argumentatif. Elle semble alors devenir une justification, inconsciente, du toucher vaginal. Cette justification est dirigée majoritairement vers le couple. C'est pourquoi nous définissons ainsi le second rôle de la communication verbale : justifier le geste par l'information.

7.4.3. Neutraliser

Enfin, il semble que la communication verbale soit également un moyen de neutraliser le geste. Ce procédé, qui représente 47% des occurrences de la sous-catégorie, n'est cette fois plus dirigé exclusivement vers le couple mais également vers le professionnel. Tout d'abord, plusieurs professionnels nous ont expliqué décrire les résultats de leur examen de manière simultanée au geste. La mise en avant du savoir médical à ce moment précis constitue une mise à distance inconsciente de la patiente et de son corps.

Je parle, je dis ce que je sens mais euh... C'est pas forcément euh... ça appelle pas forcément de réponse vis-à-vis de la patiente. [E3, e(19), 1.166]

Nous pouvons donc identifier ici un premier moyen de neutraliser le geste grâce à la communication verbale : l'affirmation de la compétence médicale comme moyen de mise à distance.

Nous identifions également dans le corpus un second procédé utilisé pour neutraliser le toucher vaginal. Il se retrouve invariablement dans le discours de tous les professionnels que nous avons rencontrés, et porte sur l'appellation du geste en lui-même. En effet, nous nous apercevons que le terme « toucher vaginal » est soigneusement évité en présence de la patiente, au profit de dénominations plus génériques, telles que « l'examen ». On note également la fréquence de l'emploi du pronom personnel « on » pour annoncer le toucher vaginal. Ceci marque la dépersonnalisation à l'œuvre chez les professionnels au moment du toucher vaginal.

On dit pas toucher vaginal d'ailleurs aux gens. Peut-être parce que c'est un terme péjoratif au final ? Toucher... Et puis vaginal c'est... c'est un peu tabou quoi, dans notre culture. Mais on dit « Je vais vous examiner ».

On dit « on », « lors de l'examen » (insistant) ; examen c'est pour donner une connotation médicale. C'est pour pas dire « toucher vaginal » quoi.

En fait le toucher vaginal il a... Il a... Il a pas de nom quand j'en parle aux gens (sourire). [E2, e(7), 1.108 - e(10), 1.152 - e(12), 1.177]

Les deux procédés que nous venons de décrire mettent en avant la dernière, et la plus importante, fonction accordée à la communication verbale dans notre corpus : la fonction de neutralisation verbale.

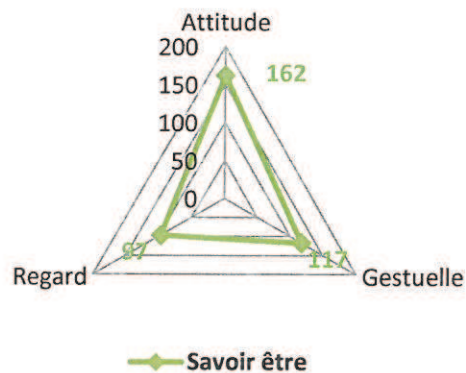
8. La posture professionnelle

La posture professionnelle est la catégorie la plus développée dans notre corpus. Elle représente 27% d'occurrences, soit 734 unités linguistiques, et totalise 17 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ».

8.1. Attitudes, regards, gestuelle

8.1.1. Le savoir être face au toucher vaginal

Dans notre étude, les hommes sages-femmes définissent la posture professionnelle comme un système d'attitudes, de gestuelles et de regards. Nous avons regroupés les différentes postures citées dans les groupes sémantiques suivants :



Le groupe sémantique « regard » présente une fréquence d'occurrence de 26%, et regroupe 97 unités linguistiques. Quatre des professionnels interrogés présentent leur posture en termes de regard. Ils affirment ne pas regarder la patiente pendant le toucher vaginal.

Je regarde pas les yeux... je regarde pas la patiente dans les yeux déjà. Et j'ai tendance à fermer les yeux quand je le fais pour avoir une représentation mentale de ce que je vois. [E9, (e41), 1.313]

La gestuelle représente 31% d'occurrences. Cinq professionnels parlent de gestuelle pour définir leur posture, celle-ci pouvant être associée ou non au regard. Elle est essentiellement décrite en termes de position par rapport à la patiente. La description est identique d'un entretien à un autre : les professionnels se placent sur le côté de la patiente pour examiner. La gestuelle est également définie par la manière d'entrer en contact avec la patiente.

(...) quand je fais un toucher vaginal, avec un contact de l'avant-bras sur la cuisse de la patiente pour au moins être euh... Alors c'est pas un contact de la main, c'est un contact de l'avant-bras pour juste être... Qu'il y ait un premier contact. [E4, (e10), 1.203]

Enfin, 7 professionnels définissent leur posture en termes d'attitude, soit une fréquence d'occurrences de 43%. Spontanément, les hommes interrogés décrivent plutôt une attitude neutre.

Je pense que j'essaie d'avoir le visage le plus neutre possible. Evidemment pas de sourire. Pas de grimaces. Faut rester le plus neutre possible au niveau de son... au niveau de ses expressions. [E3, (e43), 1.325]

L'ensemble de ces postures constitue le savoir être déployé lors d'un toucher vaginal.

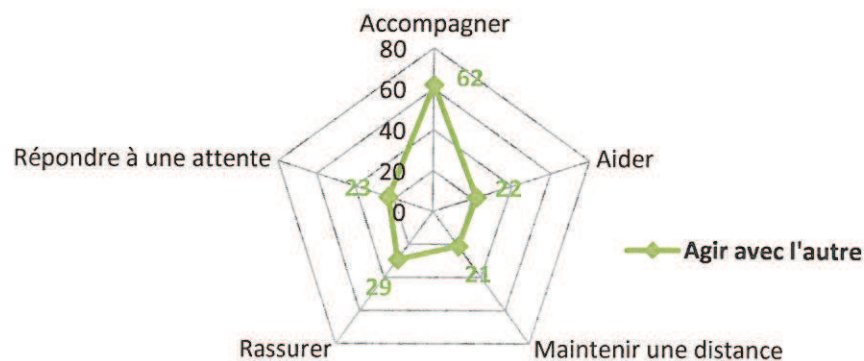
8.1.2. Un mécanisme non-conscient

Nous nous sommes par ailleurs aperçus que la totalité des professionnels présentaient des hésitations avant de décrire leur posture professionnelle, voir étaient dans l'incapacité de nous répondre. Nous pensons donc que cette posture professionnelle relève d'un mécanisme non-conscient. De plus, nous voyons évoluer la position des professionnels au fil de leur discours. On peut alors dire que le savoir non-conscient fait l'objet d'une prise de conscience. Plus qu'un mécanisme non-conscient, la posture professionnelle est donc un mécanisme préréfléchi.

(...) je pense que je suis neutre. J pense pas avoir de mimiques particulières, parce que je fais... J fais gaffe à rester neutre... enfin, j fais pas gaffe mais... enfin... J pense qu inconsciemment je fais gaffe. J me dis pas « ah ! Attention ! Faut que je reste neutre ! » mais j pense qu inconsciemment je... voilà. [E11, (e26), l.346]

8.2. Articulation savoir-faire/savoir être

Les professionnels mettent en avant dans leur discours plusieurs interactions avec leurs patientes, concomitantes du toucher vaginal, et véhiculées par leur posture professionnelle. Il s'agit pour eux d'agir avec leur patiente. Ces interactions présentent 11 relations de co-occurrence avec le groupe sémantique « toucher vaginal ». Nous les avons catégorisées comme suit :



On voit sur ce graphique que la posture adoptée pendant le toucher vaginal est majoritairement une posture d'accompagnement. Elle représente 40% d'occurrences, soit 62 unités linguistiques.

Bah ça permet de... De... Ouais, de montrer qu'on est impliqué, qu'on est là pour les mêmes objectifs. C'est un accompagnement, c'est ... Ouais, on est là tous

ensemble pour la même chose, pour que tout se passe bien, et voilà. [E5, (e40), 1.446]

(...) on essaie de mettre un petit peu d'humanité dans le toucher vaginal. [E6, (e42), 1.392]

C'est également cette notion d'accompagnement qu'on retrouve dans les groupes sémantiques « répondre à une attente », « rassurer » et « aider ».

En parallèle, la posture professionnelle est également mise en avant comme un moyen de mise à distance pour le professionnel.

Le fait de pas la regarder dans les yeux c'est pas créer un contact trop... avec trop de proximité, voilà. Faut que ce soit un geste... C'est un geste invasif, dans l'intimité de la patiente : faut que ce soit rapide, faut que ce soit technique et médical. [E9, (e45), 1.339]

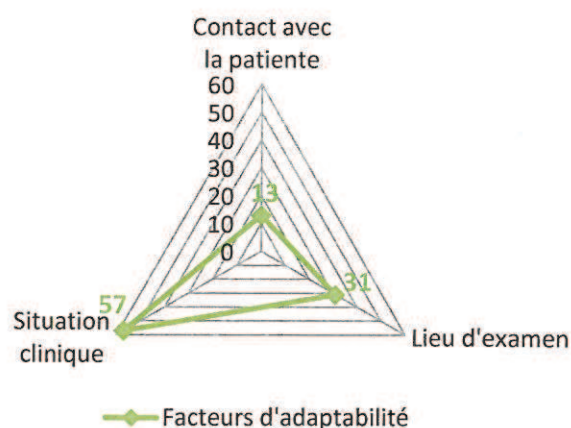
On peut donc mettre en évidence dans notre corpus deux rôles majeurs de la posture professionnelle :

- Accompagner le couple
- Maintenir une distance avec la patiente

La posture professionnelle, ainsi que nous l'avons définie dans la partie théorique, correspond à la manière dont le positionnement est agi. A partir des deux rôles que nous venons de mettre en évidence, nous pouvons donc dire qu'il existe deux positionnements chez les hommes sages-femmes : un positionnement professionnel, majoritaire, qui se traduit à travers une posture d'accompagnement, et un positionnement sexué. Le professionnel se positionne alors, de manière moindre, en tant qu'homme et adopte une posture de mise à distance.

8.3. Adaptabilité

Nous venons de voir qu'il existe différentes postures professionnelles. Nous allons donc maintenant chercher à savoir quels facteurs peuvent déterminer l'adoption d'une posture. Pour cela, nous avons extrait du corpus les différents éléments engendrant des variations de cette posture professionnelle, et avons ainsi catégorisé les facteurs suivants :



La situation clinique représente 57 unités linguistiques, soit une fréquence d'occurrence de 56%. Elle est l'élément conduisant le plus souvent les professionnels à adapter leur posture.

J'adapte mon attitude au diagnostic que je viens de faire, et au résultat que je vais annoncer. [E5, (e42), 1.476]

31 unités linguistiques font également référence au lieu d'examen comme pouvant induire des modifications de la posture professionnelle.

(...) j'ai pas deux attitudes euh... je pense, tout à fait similaires en fonction du lieu d'examen. [E4, (e30), 1.639]

Enfin, Le contact avec la patiente est également cité comme facteur d'adaptabilité, mais de manière moins importante puisqu'il ne représente que 13 unités linguistiques, soit 13% d'occurrences.

Après, l'attitude que j'adopte... Ça dépend des gens aussi hein. Euh... Je peux avoir une attitude un peu plus détendue envers des gens avec qui le feeling passe vraiment bien... Euh... Et une attitude dans ce cas là plus... carrée, professionnelle je dirais... qui se cache derrière le... le... la profession quand c'est des gens chez qui on sent qu'on a... qu'on pourra pas tenir le même discours que le truc médical quoi. [E2, (e33), 1.380]

L'adaptabilité de la posture professionnelle est donc fonction de plusieurs éléments. Elle dépend :

- De la singularité de la situation (clinique et géographique). Elle est alors le reflet des connaissances du professionnel.
- De la singularité de la patiente. Le professionnel s'adapte à ce que lui renvoie la femme, afin de permettre le partage et l'échange et d'éviter d'instaurer un rapport dominant-dominé lors de l'examen.

- De la singularité de l'homme sage-femme, qui met en œuvre pour s'adapter ses conceptions personnelles du toucher vaginal et son identité professionnelle. Il montre alors à travers sa posture quel professionnel il est.

Discussion

Rappelons quels étaient nos objectifs de départ. Nous cherchons à savoir si les hommes sages-femmes mettent en place des mécanismes particuliers pour s'approprier le geste du toucher vaginal, quels sont ces mécanismes, et enfin pourquoi et comment ils sont mis en place.

Dans la première partie de notre analyse, nous avons mis en évidence, étape par étape, le processus d'apprentissage du toucher vaginal. Nous en avons conclu que cet apprentissage suit la boucle d'apprentissage expérientiel de Kolb. Or nous savons maintenant que tout apprentissage réussi aboutit à une appropriation. Nous pouvons donc affirmer que le toucher vaginal est bien un geste soumis à l'appropriation. Les professionnels masculins doivent donc effectivement mettre en place des mécanismes spécifiques pour réaliser cette appropriation. Au travers des différentes thématiques que nous avons étudiées dans le corpus, nous pensons pouvoir dégager deux types de mécanismes : - des mécanismes principaux
- des mécanismes secondaires

1. Mécanismes principaux

▪ L'identité professionnelle

L'identité professionnelle se construit autour de trois éléments : l'identification de soi à l'activité de travail, le sentiment d'appartenir au groupe professionnel, et la reconnaissance de soi en tant que professionnel par la société. L'identification à l'activité de travail constitue une transaction interne à l'individu : le toucher vaginal, d'abord ressource externe et source d'apprentissage, devient ressource interne de l'individu. Ressource utile à son développement. Le toucher vaginal devient ainsi le geste de la personne. L'identification à l'activité de travail permet alors une légitimation individuelle du geste. Le sentiment d'appartenance à un groupe, lui, transforme le toucher vaginal en un signe d'appartenance au groupe professionnel des sages-femmes. L'homme sage-femme introduit du sens dans son geste, et en fait un moyen d'adéquation avec son groupe. Le sentiment d'appartenance permet alors une légitimation à la fois individuelle et collective du toucher vaginal. Enfin, l'identification du professionnel par ses patientes permet d'obtenir une reconnaissance sociale, qui fournit cette fois au toucher vaginal une légitimité collective.

On peut donc dire que le toucher vaginal est un geste identitaire : il permet aux hommes de se définir en tant que sage-femme. Il participe à la construction de l'identité professionnelle. De manière réciproque, la mise en place de l'identité professionnelle

permet au geste, ainsi que le dit Yves Clot, de « rejoindre les sous-entendus, individuels et collectifs, qui organisent l'action à l'insu du sujet ». L'identité professionnelle est ainsi un mécanisme d'appropriation qui permet aux hommes sages-femmes de légitimer le toucher vaginal.

La transmission du geste, dans cet aspect identitaire, se fait de sage-femme à sage-femme. On pourrait donc supposer que ce mécanisme d'appropriation est commun aux professionnels masculins et féminins. Cependant, nous avons observé dans notre analyse que les hommes sages-femmes reçoivent de leurs homologues masculins, durant leur apprentissage du toucher vaginal, des conseils et des enseignements liés spécifiquement à leur statut d'homme sage-femme. On peut alors supposer qu'il existe une particularité dans leur construction identitaire : l'identification à d'autres hommes en activité leur permet de se créer un modèle référent, et de reproduire le geste de ce modèle dans sa spécificité, en tant que professionnel masculin. Nous pensons donc que l'identification à des modèles masculins favorise le processus de construction de l'identité professionnelle des hommes sages-femmes, et donc l'appropriation du geste.

▪ Les stratégies d'évitement et de neutralisation

Nous avons vu que la pratique du toucher vaginal semble imposer aux professionnels la mise en place de processus spécifiques, permettant le contact, de manière adéquate, avec la sphère privée de la patiente. Nous avons ainsi dans un premier temps mis en évidence des stratégies d'évitement de la nudité, à l'œuvre lors du déshabillage de la patiente, puis des mécanismes de neutralisation endogènes et exogènes, et enfin un phénomène de neutralisation verbale. Ces mécanismes ne sont pas innés, mais construits à partir des connaissances techniques du professionnel, de son expérience, et du sens qu'il donne à son geste. Ces différents procédés nous montrent alors que le toucher vaginal est un savoir investi. De plus, ces processus relèvent de mécanismes inconscients. Ils ont, là encore, quitté la conscience du professionnel. Cela permet donc de les corrélés à la définition que donne Clot du mécanisme d'appropriation.

Le toucher vaginal met en scène à la fois le corps de la femme et le corps de la sage-femme. Dès lors, l'un des enjeux majeurs pour cette dernière est la gestion de l'intime corporel. Les mécanismes d'appropriation que nous venons de détailler ci-dessous concourent à cette gestion. L'étude menée par Laurence Guyard, qui a analysé cette interaction en observant des consultations gynécologiques en PMI, en cabinet et à

l'hôpital nous conforte dans cette affirmation(36). Elle montre que la proximité corporelle qu'exige l'examen vaginal nécessite la mise en œuvre de stratégies de distanciation, afin de gérer la gêne et l'ambiguïté occasionnée par l'intrusion dans la sphère privée de la femme. Cette gestion de l'intime est-elle identique pour une femme et pour un homme exerçant la profession de sage-femme? Le dépassement des barrières liées à l'intime suit-il le même processus et la même appropriation? Chez les professionnels que nous avons interrogés, nous avons ressenti et constaté une certaine difficulté à mentionner, à verbaliser l'anatomie féminine intime. De plus, nos entretiens ont été parsemés de moments de silence, d'hésitations et de phrases inachevées lorsque le discours portait précisément sur l'intimité de la patiente. Ces deux observations nous semblent traduire une forme de résistance à exprimer de manière explicite le toucher vaginal. Dès lors, on peut penser que la gestion du schéma corporel dans le contexte de ce geste est loin d'être naturelle et d'aller de soi pour les hommes sages-femmes. Les stratégies d'évitement et de neutralisation prennent alors tout leur sens, en ce qu'elles permettent de dépasser ces résistances liées au caractère intime et particulier du toucher vaginal. Cependant, notre échantillon étant exclusivement masculin, nous ne pouvons savoir si de telles résistances sont également à l'œuvre chez leurs homologues féminins. On peut alors s'interroger : ces stratégies sont-elles l'œuvre d'un positionnement sexué ou bien davantage le reflet d'une interprétation socioculturelle du toucher vaginal, et donc d'un positionnement asexué ?

▪ **La posture professionnelle**

La posture professionnelle correspond à la façon dont le toucher vaginal est agi. Elle est le reflet du sens que donnent les hommes sages-femmes à ce geste. Au travers de l'analyse, nous avons vu que les professionnels mettent dans le toucher vaginal leur propre intentionnalité, sous la forme de la posture professionnelle. Nous pouvons donc à nouveau affirmer que le toucher vaginal est un savoir investi. Cette posture est également un mécanisme inconscient, insaisissable de prime abord. Là encore, étant en conformité avec la définition d'Yves Clot, nous pouvons affirmer que la posture professionnelle contribue à l'appropriation du toucher vaginal.

La posture professionnelle est à l'intersection des connaissances du professionnel et de son positionnement. Intéressons-nous tout d'abord au mot « connaissances ». Comment sont-elles obtenues? Nous avons explicité précédemment l'existence d'un modèle transmissif sage-femme/ sage-femme. Nos entretiens mettent également en

évidence une transmission de médecin à étudiant sage-femme dans le cadre de la posture professionnelle. Mais cette transmission présente une particularité : elle ne se fait pas tant de tuteur à apprenant, mais plutôt d'homme à homme. Ce n'est pas la manière d'être en tant que sage-femme qui est transmise, mais bien la manière d'être en tant qu'homme dans le soin. Analysons maintenant le mot « positionnement ». Nous avons vu que ce positionnement était de deux natures chez les hommes sages-femmes. Le premier, dominant, est un positionnement professionnel qui se traduit par une posture d'accompagnement. Or nous nous sommes aperçus, au fil des entretiens, que cette posture d'accompagnement était particulièrement marquée par l'intention de respecter et de préserver la pudeur de la patiente. Cette préoccupation majeure des hommes sages-femmes leur a été transmise très tôt durant leur formation, non tant par les sages-femmes femmes, mais bien par les hommes exerçant dans le milieu obstétrical (sages-femmes ou médecins), comme le soulignent très bien les professionnels. Dès lors, ils reproduisent l'agir spécifique des hommes dans le toucher vaginal. L'exemple type est très certainement le placement sur le côté de la patiente lors de l'examen. Le second positionnement que nous avons décrit est un positionnement sexué. Il n'est que peu adopté, et semble davantage issu des convictions et des intentions personnelles des professionnels que d'une réelle transmission homme/homme.

Si maintenant nous reprenons notre définition de base, à savoir la posture comme intersection des connaissances du professionnel et de son positionnement, nous nous apercevons que cette posture professionnelle est issue d'un modèle transmissif homme/homme. Elle nous semble donc être un mécanisme d'appropriation assez spécifique des hommes sages-femmes, tant au niveau de la manière dont elle est transmise que de la manière dont elle est agie. Ainsi, tout comme dans le cadre de l'identité professionnelle, l'identification à des modèles masculins semble donc favoriser l'apprentissage et l'appropriation du toucher vaginal chez les hommes sages-femmes.

2. Mécanismes secondaires :

Cette appellation désigne les éléments que nous avons identifiés comme étant davantage des sources d'apprentissage que des mécanismes d'appropriation. Mais, étant donné que l'apprentissage concourt à l'appropriation, ces processus jouent malgré tout un rôle, indirect, dans le processus d'appropriation. C'est pourquoi nous les qualifions de mécanismes secondaires.

▪ La professionnalisation

La professionnalisation dans notre corpus fait essentiellement référence à la formation initiale. Elle permet d'acquérir un savoir pratico-théorique, et est désignée par les hommes sages-femmes comme la principale source d'acquisition de la compétence du toucher vaginal. La professionnalisation est donc la base de l'apprentissage, de la pratique, et de ce fait de l'appropriation.

Nous nous étonnons cependant du peu de références qui est fait à la professionnalisation dans nos entretiens. En effet, ce sujet occupe aujourd'hui une place importante dans la littérature relative aux sciences de l'éducation, qui la positionne au centre de la formation professionnelle. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la formation de sage-femme déploie un grand nombre de processus pédagogiques pour professionnaliser ses étudiants. Citons en exemple la formation en alternance. Elle permet, conformément à la définition du professeur en sciences de l'éducation Richard Wittorski, une articulation étroite entre l'acte de travail et l'acte de formation, en intégrant dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse des pratiques professionnelles, et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler. Hors les hommes que nous avons interrogés décrivent un « apprentissage sur le tas » du toucher vaginal, c'est-à-dire une formation informelle, bien loin d'intégrer la dynamique professionnalisante impulsée dans le projet pédagogique du Département des Etudes de Sages-femmes. Nous avons également défini dans la partie théorique l'analyse des pratiques comme un levier de la professionnalisation, mais cet élément clé n'a été réellement développé et explicité que dans un seul entretien. Hors cette posture réflexive est exigée et sollicitée tout au long des quatre années de formation pour devenir sage-femme. Comment alors expliquer qu'elle ne transparaisse pas davantage chez les professionnels, ainsi que l'on pourrait s'y attendre?

▪ Le sentiment d'efficacité personnelle

Le SEP se construit autour de quatre éléments : la persuasion verbale, les états psychologiques et émotionnels, les expériences actives de maîtrise et les expériences vicariantes. Ce SEP facilite l'apprentissage du toucher vaginal, et permet aux professionnels de prendre confiance à la fois en eux et dans leur geste. Arrivés à l'issue de leurs études, ils ont développé un SEP suffisamment important pour pouvoir pratiquer le toucher vaginal.

Cependant, nous nous étonnons à nouveau de trouver peu de traces du SEP dans nos entretiens. Intéressons nous plus particulièrement aux expériences actives de maîtrise, qui jalonnent la formation de sage-femme. Elles sont matérialisées, par exemple, par le système d'évaluation clinique, qui place l'apprenant en situation professionnelle. Ces évaluations, qui font si peur à l'étudiant, aboutissent à une note qui est le reflet de sa compétence à un instant T de sa formation. La réussite de ces épreuves devrait donc contribuer à développer le SEP de l'étudiant, hors nous constatons qu'il n'en reste pas trace chez les professionnels. Prenons un second exemple. L'une des expériences actives de maîtrise que l'on peut observer durant la formation est le passage de la première phase vers la deuxième phase. A ce moment, le regard que portent les professionnels sur l'étudiant change : on lui accorde plus de confiance, plus de responsabilités, et il est davantage reconnu comme un futur collègue que comme un étudiant novice. Conformément à l'étude de Rogers, Smith & Colemans, l'élévation du niveau de compétence de l'apprenant, couplé au changement de regard porté sur lui devrait donc également développer son SEP(33). Mais, bien que les expériences actives de maîtrise soient multipliées au cours des quatre années de formation, la faible représentativité du SEP dans le corpus de textes nous laisse à penser qu'il n'est finalement que peu développé chez les hommes sages-femmes. Comment expliquer cela, alors même que nous présentons ce processus dans notre revue de la littérature comme le moyen d'exercer une profession dite « du sexe opposé » ? Nous émettons l'hypothèse suivante : le toucher vaginal est appris « sur le tas », comme nous l'avons vu ci-dessus, et cet apprentissage informel ne favoriserait pas le SEP. En effet, un tel mode d'apprentissage sous-entend que le modèle transmissif utilisé par les sages-femmes tuteurs serait passif. Il se ferait sur le modèle « je te montre, tu fais », et serait donc en décalage avec le projet pédagogique impulsé au Département des Etudes de Sages-femmes, qui place l'apprenant en position dynamique, en tant qu'acteur de sa formation. De cette hypothèse naît alors une autre interrogation : pourquoi le modèle socioconstructiviste voulu par le Département et la formation ne passe-t-il pas auprès des étudiants, des sages-femmes en devenir ?

Conclusion

Dans l'objectif d'obtenir une connaissance approfondie sur le processus d'apprentissage du toucher vaginal, applicable à notre futur rôle de tuteur auprès des étudiants, notre étude a cherché à dégager les mécanismes d'appropriation propres à ce geste auprès d'une population bien spécifique : celle des hommes sages-femmes. L'explicitation de leur apprentissage et de leur pratique nous a permis de mettre à jour plusieurs éléments.

Nous pouvons tout d'abord affirmer que, pour que son acquisition soit réussie, le toucher vaginal doit bien être soumis à un processus d'appropriation. Cette appropriation est de deux ordres. Elle relève tout d'abord de mécanismes principaux. Le premier, l'identité professionnelle, permet aux hommes sages-femmes de faire du toucher vaginal un geste identitaire, et de lui fournir ainsi une légitimation individuelle et collective. Les seconds prennent la forme de stratégies d'évitement et de neutralisation, et permettent le contact et la gestion de l'intime de la patiente. Enfin, la posture professionnelle garantit aux hommes la mise en action de leur savoir de manière adéquate et adaptée. Certes, nous pouvons supposer que ces mécanismes pourraient se retrouver également chez les professionnelles féminines en maïeutique. Cependant, nous tenons à souligner une certaine singularité dans l'apprentissage du toucher vaginal chez les hommes sages-femmes : ces trois mécanismes d'appropriation sont en partie issus d'une transmission effectuée d'homme à homme. La présence de modèles masculins semble donc favoriser le processus d'apprentissage et d'appropriation dans notre population.

De notre étude se sont également dégagés des mécanismes d'appropriation secondaires : la professionnalisation, qui permet aux hommes d'acquérir la compétence du toucher vaginal, et le sentiment d'efficacité personnelle, construit au cours de la formation et garantissant aux professionnels leur compétence et leur aptitude à la réalisation du geste. Ces deux éléments ne concourent à l'appropriation que de manière indirecte, d'une part puisqu'ils sont davantage des vecteurs d'apprentissage, d'autre part car ils sont peu évoqués dans notre population. Mais, à l'heure où la professionnalisation se place au centre du projet pédagogique, où la formation se veut dynamique et participative, nous nous interrogeons sur la place secondaire accordée à ces deux éléments.

Ainsi, il se dégage de notre travail deux axes de réflexion. Tout d'abord, il nous semblerait intéressant d'identifier les dispositifs appropriatifs à l'œuvre chez les femmes sages-femmes, afin de pouvoir confirmer ou infirmer la spécificité des mécanismes

d'appropriation que nous avons mis en évidence. Ensuite, nous avons vu que la formation de sage-femme repose sur la base du tutorat, réalisé par les sages-femmes en exercice. Or cette formation présente aujourd'hui un décalage entre le modèle transmissif passif, appliqué sur les lieux de stage, et le modèle socioconstructiviste, gage d'une formation professionnalisante et dynamique, impulsé au Département des Etudes de Sages-femmes. Il nous semblerait alors judicieux de réfléchir au moyen d'obtenir une cohérence entre ces deux modèles. Pour pouvoir passer du modèle transmissif passif au modèle socioconstructiviste, et ainsi aboutir à un changement de paradigme dans la formation de sage-femme, peut-être serait-il nécessaire de travailler sur l'harmonisation des tuteurs, par le biais de leur formation.

Bibliographie

Ouvrages :

1. ALBARELLO Luc – Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche – Bruxelles – Editions De Boeck – 2011 – 144 pages
2. BARBIER Jean-Marie – Sujets, activités, environnements, approches transverses – Paris – Editions PUF – 2006 – 259 pages
3. BLANCHET Alain, GOTMAN Anne – L'enquête et ses méthodes : l'entretien 2^e édition – Paris – Editions Armand Colin – 2012 – 126 pages
4. BRECHON Pierre – Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives – Grenoble – Editions PUG – 2011 – 232 pages
5. BRETTELE Florence, CAPELLE Marianne – Abord clinique en obstétrique – Paris – Editions Springer – 2008 – 138 pages
6. CHOUVIER Bernard, ROUSSILLON Renée – Corps, acte et symbolisation : psychanalyse aux frontières – Bruxelles - Editions De Boek Université – 2008 - 191 pages
7. CLOT Yves – Travail et pouvoir d'agir – Paris – Editions PUF – 2008 – 296 pages
8. COMBESSIE Jean-Claude – La méthode en sociologie, cinquième édition – Paris – Editions la découverte – 2007 – 124 pages
9. DUBAR Claude – La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles – Paris – Editions Armand Colin – 2000 – p. 139-142
10. ETIENNE Michel – La modélisation d'accompagnement, une démarche participative en appui au développement durable – Paris – Editions Quae – 2010 – 384 pages
11. GOURVIL Jean-Marie, KAISER Michel – Se former au développement social local – Paris – Editions Dunod – 2008 – 337 pages
12. HENSLIN James M., BIGGS Mae A. – “The sociology of the vaginal examination”, in Down to earth sociology: introductory readings, Fourteenth Edition – New-York – The Free Press – 2007– 624 pages
13. KADDOURI M., LESPESSAILLES C., MAILLEBOUIS M., VASCONCELLOS M. – La question identitaire dans le travail et la formation – Paris – L'Harmattan – 2008 – 404 pages
14. KAUFMANN Jean-Claude – L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif 3^e édition – Paris – Editions Armand Colin – 2011 – 126 pages
15. PAGE Lesley-Ann – Le nouvel art de la sage-femme, science et écoute mises en pratique – Paris – Editions Elsevier – 2004 – 418 pages

16. PAUL Maela – L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique – Paris – L'Harmattan – 2004 – 356 pages
17. PRAYEZ Pascal, SAVATOFSKI Joël – Le toucher apprivoisé 3^e édition – Rueil-Malmaison – Editions LAMARRE – 2009 – 213 pages
18. ROGERS Carl – Le développement de la personne – Paris – InterEditions – 2005 – 274 pages
19. VERMERSCH Pierre – L'entretien d'explicitation – Paris – Editions ESF – 2011 – 220 pages
20. WITTORSKI Richard – Formation, travail et professionnalisation – Paris – L'Harmattan – 2005 – 212 pages

Articles :

21. ABENSUR Laure, CHEVALIER David – La socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement « La Revue Sage-femme » – 2008 – Volume 7 – p. 333-341
22. ANGELERGUES Jacques – L'empathie, pour quoi faire ? « Revue Française de Psychanalyse » – 2004 – Vol. 68 – p. 869-875
23. BASS Henri-Pierre – L'empathie « Le Journal des Psychologues » – 2011 – n°286 – p. 14
24. BOURDIEU Pierre – Le corps et le sacré « Actes de la Recherche en Sciences Sociales » – 1994 – Vol. 104 – p. 2
25. BOURDIEU Pierre – Nouvelles réflexions sur la domination masculine « Cahiers du Genre » – 2002 – n°33 – p. 225-233
26. BRUDNY Michelle-Irène – La sphère privée selon Hannah Arendt « Champ Psychosomatique » – 2002 – n°27 – p. 9-12
27. CHAMLA Rachel – A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale « La Revue Française de Service Social » - 2010 – n° 236 – p. 63-76
28. CHAMPY-REMOUSSENARD Patricia – Incontournable professionnalisation « Savoirs » – 2008 – n°17 – p. 51-61
29. CHARRIER Philippe – Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? « Travail, Genre et Société » – 2004 – n°12 – p. 105-124
30. CHARRIER Philippe – Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? « Sociétés Contemporaines » – 2007 – n°67 – p. 95-118

31. CHILAND Colette – Moi et l'autre de l'autre sexe « Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence » – 2008 – Vol. 56, issue 4-5 – p. 229-232
32. CHILAND Colette – La problématique de l'identité sexuée « Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence » – 2008 – Vol. 56, issue 4-5 – p. 328-334
33. COULET Jean-Claude – La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences « Le Travail Humain » – 2011 – Vol. 74 – p. 1-30
34. FRAY Anne-Marie, PICOULEAU Sterenn – Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail « Management & Avenir » – 2010 – n°38 – p. 72-88
35. GALAND Benoît et VANLEDE Marie – Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? « Savoirs » – 2004 – Hors série – p. 91-116
36. GUYARD Laurence – Consultation gynécologique et gestion de l'intime « Champ psychosomatique » – 2002 – n°27 – p. 81-92
37. HILDEN M., SIDENIUS K., LANGHOFF- ROOS J., WIJMA B., SCHEI B – Women's experiences of gynaecological examination: factors associated with discomfort « Acta Obstet Gynecol Scand » – 2003 – Vol. 82 – p. 1030-1036
38. JORRO Anne – L'inscription des gestes professionnels dans l'action « Revue En Question » – 1998 – n°19
39. LADSOUS Jacques – L'utilisateur au centre du travail social, représentation et participation des usagers « Empan » – 2006 – n°64 – p. 36-45
40. LARSEN Merete, OLDEIDE Cathrine, MALTERUD Kirsti – Not so bad after all... Women's experiences of pelvic examinations « Family Practice » – 1997 – Vol. 14, n°2 – p. 148-152
41. LECOMTE Jacques – Les applications du sentiment d'efficacité personnelle « Savoirs » – 2004 – Hors Série – p. 59-90
42. LEWIN David - Women's experiences of vaginal examinations in labour « Midwifery » – 2005 – Vol. 21 – p. 267-277
43. LÖWY Ilana, ROUCH Hélène – Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre « Cahiers du Genre » – 2003 – n°34 – p. 5-16
44. MARPEAU Loïc, SERGENT Fabrice – Pour le toucher vaginal en obstétrique « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » – 2005 – Vol. 33 – p. 65-68

45. MENNESSON Christine – Les formes identitaires sexuées des femmes investies dans des sports masculins « Movement & Sport Sciences » – 2005 – n°54 – p. 63-90
46. MOYSE Danielle– Question de regard « Laennec » – 2002 – Tome 50 – p. 64-75
47. PEZE Marie – Corps et travail « Cahiers du Genre » – 2003 – n°35 – p. 141-164
48. PORTAL Brigitte – « Des mots et du sens » Posture, positionnement, évaluation « Le Sociographe » – 2012 – n°37 – p. 19-26
49. RIFKIN J., SHAPIRO H., REGENSTEINER J., STOTLER J., SCHMIDT B. – Why do some women refuse to allow male residents to perform pelvic exams? « Academic Medicine » – 2002 – Vol. 77, n°10 – p. 1034-1038
50. ROUYER Véronique – La construction de l'identité sexuée du point de vue de la psychologie du développement et de la psychologie sociale « Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence » – 2008 – Vol. 56, issue 4-5 – p. 335-338
51. SWAHNBERG K., WIJMA B., SIWE K. – Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? « European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology » – 2011 – Vol. 157 – p. 200-205
52. VANNOTTI Marco – L'empathie dans la relation médecin-patient « Cahiers Critiques de Thérapies Familiales et de Pratiques de Réseaux » – 2002 – n°29 – p. 213-237
53. VAYSSIERE Christophe – Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » – 2005 – Vol. 33 – p. 69-74
54. VOUILLOT F., BLANCHARD S., MARRO C., STEINBRUCKNER M.-L. - La division sexuée de l'orientation et du travail : une question théorique et une question de pratiques « Psychologie du Travail et des Organisations » – 2004 – Vol. 10 – p. 277à 291
55. WIDLÖCHER Daniel - Dissection de l'empathie « Revue Française de Psychanalyse » – 2004 – Vol. 68 - p. 981-992
56. WITORSKI Richard – La professionnalisation « Savoirs » – 2008 – n°17 – p. 9-36
57. WITORSKI Richard – Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés « Formation Emploi » – 2008 – n°101 – p. 105-117

58. YANIKKEREM E., ÖZDEMİR M., BINGOL H. – Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination « Midwifery » – 2009 – Vol. 25 – p. 500-508

Documents non publiés :

59. CHEVALIER Marie – Le toucher vaginal, ce geste... – Mémoire Sage-femme – Rouen – 2012
60. LORIOUX Romain – Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? – Mémoire Sage-femme – Angers - 2010
61. VASSARD Olivier - Les pionniers masculins de la profession de sage-femme – Mémoire Sage-femme – Rouen - 2001

Autres sources :

✓ **Colloques :**

62. BUCHETON Dominique – Présentation et problématique générale du symposium : la réflexivité des langages, instruments de travail du professeur et des élèves – Actes du 9^e colloque de l'Association Internationale pour la Recherche en Didactique du Français – Québec - 2004

✓ **Entrevues :**

63. Entretien avec Mme Valérie Hankart-Lagache, cadre formatrice à l'institut de masso-kinésithérapie, à propos de la technique d'analyse d'entretiens, le 11/10/12

✓ **Recommandations :**

64. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes – Référentiel métier et compétences des sages-femmes – Paris - 2010
65. Haute Autorité de Santé – Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé – 2005
66. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Gynaecological Examinations: Guidelines for Specialist Practice – 2002
67. Organisation Mondiale de la Santé – Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement ; soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au postpartum et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles – Genève – 2009

✓ **Sites Internet :**

68. http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/3.html – Consulté en Avril 2012
69. http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/toucher_vaginal.html – Consulté en Avril 2012
70. http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf – Consulté en Juillet 2012
71. http://www.ifres.ulg.ac.be/capaes_appcours_2.pdf – Consulté en Juillet 2012
72. http://www.ifres.ulg.ac.be/capaes_appcours_3.pdf – Consulté en Juillet 2012
73. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf – Consulté en Octobre 2012
74. <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article57> – Consulté en Novembre 2012
75. <http://www.cavi.univ-paris3.fr/lexicometrica/thema/thema7/Texte-Moscarola.pdf> – Consulté en Novembre 2012
76. <http://sociologies.revues.org/993#tocto2n5> – Consulté en Janvier 2013
77. <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/7-xvieme-conference-de-l-aims/communications/2078-quatre-approches-pour-lanalyse-de-donnees-textuelles-lexicale-linguistique-cognitive-thematique/download> – Consulté en Janvier 2013
78. <http://www.appropriation.fr/> – Consulté en Mars 2013
79. <http://cms.unige.ch/lides/wp-content/uploads/2012/07/LE-MODELE-ALLOSTERIQUE-ET-LES-THEORIES-CONTEMPORAINES-SUR-LAPPRENTISSAGE.pdf> – Consulté en Mars 2013
80. <http://www.memoireonline.com/02/12/5260/Theorie-dapprentissage.html> – Consulté en Mars 2013
81. <http://savoiertrepro.com/le-savoir-etre/> – Consulté en Mars 2013

Glossaire

Analyse de contenu(3)

L'analyse permet de traiter le matériau obtenu par entretien et permet d'en dégager le sens. L'analyse de contenu implique des hypothèses préalables. Elle est hyper-sélective. C'est une lecture exogène informée par les objectifs de l'analyste. Elle ignore la cohérence explicite du texte et procède par décomposition d'unités élémentaires reproductibles. Elle vise la simplification des contenus : elle a pour fonction de produire un effet d'intelligibilité et comporte une part d'interprétation. On distingue plusieurs types d'analyse de contenu : l'analyse entretien par entretien, l'analyse thématique, et l'analyse textuelle.

Appropriation(79)

De manière générique : action de se donner la propriété de, de faire sien, de s'attribuer. En sciences de l'éducation, l'appropriation d'un savoir résulte d'une démarche de transformation de conceptions où le principal acteur du processus est l'apprenant et lui seul. L'acquisition de connaissances procède d'une activité d'élaboration dans laquelle l'apprenant doit confronter les informations nouvelles et ses connaissances mobilisées, et où il doit produire de nouvelles significations plus aptes à répondre aux interrogations qu'il se pose.

Compétence(33)

Capacité d'exécution finalisée, liée à l'action mise en œuvre dans un contexte donné, pour faire face à une tâche ou à une classe de tâches plus ou moins large. Elle suppose une organisation des savoirs et savoir-faire, c'est-à-dire des unités construites, coordonnées, intégrées, structurées, hiérarchisées.

Co-occurrence

Apparition dans un même énoncé de plusieurs unités linguistiques distinctes ; relation qui existe entre ces éléments (dans la phrase le chat dort, chat et en relation de co-occurrence avec le et dort).

Expériences actives de maîtrise(35, 41)

C'est la principale source du SEP. Elles correspondent au degré de maîtrise personnelle perçu face à une tâche. Elles se basent sur les performances antérieures, succès, et échecs.

Expériences vicariantes(35)

Mécanisme d'apprentissage social par lequel l'individu tire des conclusions de l'observation des actions réalisées par d'autres personnes. Ce sont les sujets dont les caractéristiques (âge, sexe...) sont les plus proches qui sont les plus susceptibles d'être source d'information.

Feed-back(35)

Relation pédagogique par laquelle l'enseignant transmet des évaluations à son élève, explicitement (notes, classement, commentaires), ou implicitement (attention différente portée selon les élèves, critères fixés aux uns et aux autres, niveau de difficulté des tâches).

Groupe sémantique

Regroupement de mots, possédant ou non une signification voisine, se rapportant à un même thème.

Modèle socio-constructiviste(80)

Modèle pédagogique social dans lequel l'apprentissage est considéré comme le résultat d'interactions, d'échanges, du travail de verbalisation, de construction et de co-élaboration. Il est lié aux échanges didactiques entre enseignant-élèves et élèves-élèves : dans ce modèle, l'apprenant élabore sa compréhension de la réalité par la comparaison de ses perceptions avec celles de ses partenaires et du professeur.

Modèle transmissif passif(80)

Modèle pédagogique dans lequel l'enseignant a pour mission de transmettre à une classe d'élève, supposée homogène, un savoir académique, référencé. La pédagogie transmissive contribue à renforcer la dépendance de l'élève vis-à-vis du professeur. Ce modèle s'appuie sur le fait que l'apprenant n'a aucune conception préalable du sujet traité et que le savoir est reçu sans déformation tel que l'enseignant le perçoit.

Non-conscient(19)

Terme générique pour désigner l'ensemble des formes de non-conscience ; le terme d'inconscient étant trop connoté de la psychanalyse freudienne pour être utilisé avec ce sens.

Positionnement(11)

Action d'indiquer et de déterminer de manière précise la situation de quelqu'un et/ou de quelque chose, dans un espace-temps et dans son environnement.

Dans le cadre du positionnement professionnel, il s'agit de passer d'une position « d'amateur » à une position de professionnel. Il s'agit donc de « mettre en place » et « d'être situé » dans la position adéquate aux conditions d'exercice de cette profession.

Posture professionnelle(11)

Système d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets, dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales. Elle dépend au moins autant des caractéristiques de la situation dans laquelle elle vient s'inscrire et des représentations que s'en donnent les partenaires, que de l'intentionnalité du sujet, de ses stratégies et de ses procédures.

Préréfléchi(19)

Forme de non-conscience qui n'a jamais été conscientisée et qui doit faire l'objet d'une prise de conscience pour l'être. Ceci justifie la nécessité des techniques d'aide à l'explicitation pour mettre en mot le vécu.

Savoir-être(81)

Le savoir être est un savoir-faire relationnel, façon de savoir comment se comporter, trouver la conduite appropriée à l'emploi considéré, c'est-à-dire adopter les comportements et attitudes attendus dans une situation donnée.

Savoir-faire(33)

Ensemble des compétences acquises par la formation et l'expérience dans l'exercice d'un métier.

Sentiment d'Efficacité Personnelle(35)

Jugement que porte une personne sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter. En d'autres termes, il s'agit des croyances des gens concernant leur compétence à accomplir une tâche avec succès.

Unité linguistique

Unité autonome constituante du lexique d'une langue. On parlera également de mot.

Annexes

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Le cycle d'apprentissage expérientiel de Kolb

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Courriel envoyé aux sages-femmes

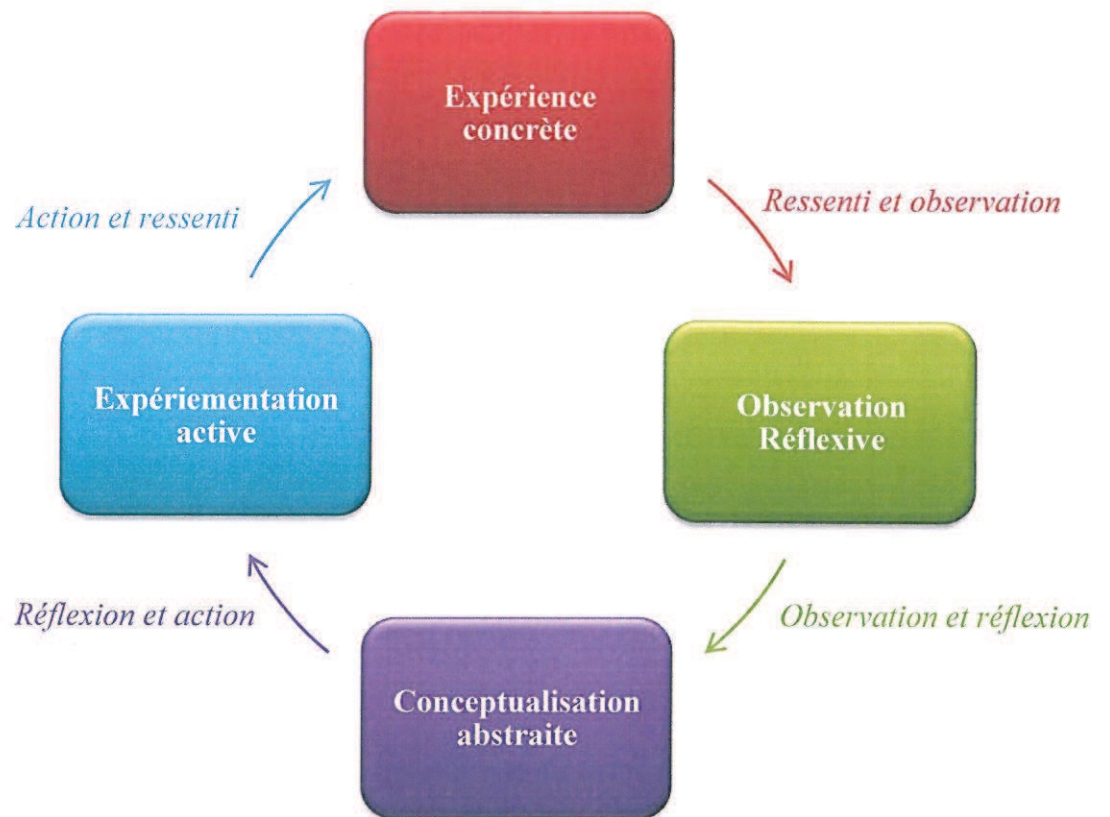
Annexe IV : Grille d'analyse

Annexe V : Quelques notions concernant le logiciel Tropes©

Annexe VI : Le positionnement, exemple d'un inventaire lexical

Annexe VII : Corpus de textes

Le cycle d'apprentissage expérientiel de Kolb



Le guide d'entretien

Consigne n°1 : DECOUVERTE ET APPRENTISSAGE DU TV

« Le toucher vaginal est une partie intégrante de l'examen gynécologique et/ou obstétrical. C'est un geste clinique qui n'est pas anodin. J'aimerais dans un premier temps que vous me racontiez vos premiers tv, comment ça se passait ? »

- **Les premiers TV**

- Souvenirs
- Impressions
- Réactions

DISCOURS NARRATIF

⇒ complémentation

Relances :

- Comment avez-vous appris à maîtriser le toucher vaginal ?
- A-t-il été difficile pour vous d'apprendre à gérer le contact avec l'intimité des patientes dans les premiers temps ?

- **Acquisition du geste**

- Apprentissage de la pratique
- Réalisation sous encadrement
- Conceptualisation du geste
- Attitude du futur professionnel vis-à-vis de la patiente

DISCOURS NARRATIF

⇒ Complémentation

⇒ Interprétation

Relances :

- Avez-vous perçu des différences dans votre façon de pratiquer le toucher vaginal à la fin de vos études ? Pourquoi ?

- **Evolutions en fin de formation**

- Ce qui a changé et pourquoi
- Ce qui est plus facile et pourquoi
- Ce qui est plus difficile et pourquoi

DISCOURS NARRATIF
⇒ Complémentation
DISCOURS INFORMATIF
⇒ Reflet (relance de causalité)

Consigne n°2 : LE DISCOURS

« Maintenant, après plusieurs années d'exercice, pourriez-vous m'expliquer comment vous présentez ce geste à votre patiente ? »

- **L'annonce**

- Moment
- Contexte
- Explications données
- Informations données
- Vocabulaire

DISCOURS NARRATIF
⇒ Complémentation
⇒ Réitération écho

Relances :

- Pendant la réalisation du TV, continuez-vous à discuter avec la patiente ?
- Quel type de discours adoptez-vous lorsque vous êtes en train d'examiner la patiente ?
- La présence d'une tierce personne (étudiant, collègue) influe-t-elle sur votre manière de dialoguer avec la patiente ?

- **Pendant le TV**

- Discours médical
- Discours empathique
- Conversation personnelle avec la patiente
- Conversation personnelle avec un tiers
- Absence de communication
- Vocabulaire

DISCOURS NARRATIF
⇒ Complémentation
DISCOURS INFORMATIF
⇒ Réitération écho

Relances :

- Comment dites-vous à la patiente que l'examen est terminé ?
- Y a-t-il selon vous nécessité de clore le geste par le discours ?

• **Après le TV**

- Clôture verbale du geste
- Résultat du TV
- Explications données

DISCOURS NARRATIF

⇒ Complémentation

DISCOURS

INFORMATIF

⇒ Réitération reflet

Consigne n°3 : REALISATION DU TV

« Maintenant pourriez-vous me parler concrètement de la façon dont vous réaliser un toucher vaginal? »

• **Méthode**

- Description anatomique
- Description clinique
- Particularité(s) propre(s) à l'examineur

DISCOURS NARRATIF

⇒ Réitération écho

Relances :

- Comment vous organisez-vous dans l'espace ?
- Que faites-vous pendant que la patiente se déshabille ? Où lui proposer-vous de s'installer ?
- La présence d'un(e) accompagnant(e) a-t-elle une influence, quelle qu'elle soit, sur votre pratique ?
- Comment installez-vous la patiente lors de l'examen obstétrical

- **Organisation spatiale**

- Préparation du matériel
- Disposition de la salle
- Déshabillage de la patiente
- Gestion de l'accompagnement
- Gestion de l'accompagnant
- Installation de la patiente

DISCOURS NARRATIF

⇒ Complémentation

⇒ Réitération écho

DISCOURS INFORMATIF

⇒ Interprétation

Consigne n°4 : POSTURE PROFESSIONNELLE

« Maintenant, j'aimerais que vous me parliez plus précisément de l'attitude que vous adoptez pendant la réalisation du TV. »

- **Position**

- Regards
- Attitudes
- Gestuelle vis-à-vis de la patiente
- Gestuelle vis-à-vis des situations

DISCOURS NARRATIF

⇒ Complémentation

⇒ Réitération écho

Relances :

- Quelles intentions mettez-vous derrière l'attitude physique que vous adoptez?

- Que souhaitez-vous faire comprendre à la patiente à travers l'attitude physique que vous adoptez ?

- **Soi professionnel**

- Ethique
- Valeurs professionnelles

DISCOURS INFORMATIF

⇒ Réitération reflet

Relance :

- Quels éléments vous permettent de choisir une attitude physique?

- L'attitude physique que vous adoptez vous semble-t-elle faciliter la réalisation d'un toucher vaginal ?

- **Soi personnel**
 - Ajustement
 - Adaptation
 - Choix personnels

DISCOURS INFORMATIF
⇒ interprétation

Consigne n°5: REPRESENTATION DU TV

« Pour finir, j'aimerais que vous me disiez ce que représente pour vous le toucher vaginal. »

- **Geste médical**
 - Utilisation
 - Indications
- **Geste intime**
 - Corps de l'un/l'autre
 - Homme/femme
 - Pénétrant/pénétré

Vérification de la cohérence,
discours sur l'appropriation du
geste

AUCUNE RELANCE

ANNEXE III

Courriel envoyé aux sages-femmes

Actuellement en 2^{ème} année de la 2^{ème} phase à l'école de sage-femme de Rouen, je réalise dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat mon mémoire de fin d'étude. J'ai choisi de travailler sur l'élaboration de l'identité professionnelle, notamment à travers l'appropriation de gestes professionnels. Pour traiter de ce sujet, je m'intéresse à un exemple précis : la réalisation du toucher vaginal par les hommes sages-femmes.

Pour appréhender au mieux l'aspect sociologique que je souhaite conférer à ce travail je réalise donc une enquête par entretien. Le but de cet entretien est avant tout de recueillir un récit d'expérience. Il s'articule autour de quatre grandes questions ouvertes, afin de permettre une réponse et un discours libre de la part du professionnel. Il se déroule sur approximativement 45 minutes. L'intégralité de l'entretien sera enregistré, puis retranscrit et analysé à posteriori; le tout de manière strictement anonyme.

Cette enquête s'adresse à tous les hommes exerçant la profession de sage-femme en haute et basse Normandie. C'est dans un souci de produire l'analyse concise d'une situation propre à notre profession que cette population a été choisie.

Je sollicite donc aujourd'hui votre participation à cette recherche, et vous remercie par avance de votre contribution.

Melle Marine Yver

Étudiante sage-femme en 2^{ème} année de la 2^{ème} phase

ANNEXE IV

Grille d'analyse

CATEGORIES		ENTRETIEN 1
Appropriation	<i>Ières expériences</i>	
	<i>Observation réflexive</i>	
	<i>conceptualisation</i>	
	<i>Développement de la technique personnelle</i>	
Professionnalisation	<i>Caractéristiques du geste intégré</i>	
	<i>Formation initiale</i>	
	<i>Développement professionnel</i>	
Posture professionnelle	<i>Socialisation professionnelle</i>	
	<i>Attitudes, regards, gestuelle</i>	
	<i>Articulation savoir-faire/savoir être (positionnement)</i>	
Identité professionnelle	<i>Adaptabilité</i>	
	<i>Identification à l'activité de travail</i>	
	<i>Sentiment d'appartenance à un groupe</i>	
SEP	<i>Reconnaissance par les patientes</i>	
	<i>Expériences actives de maîtrise</i>	
	<i>Expériences vicariantes</i>	
Relation à la sphère privée	<i>Persuasion verbale</i>	
	<i>Etats psycho/émotion</i>	
	<i>Gestion de la pudeur</i>	
Autres	<i>Relation à la nudité</i>	
	<i>Organisation spatiale</i>	
	<i>Organisation verbale</i>	
	<i>Identité sexuée</i>	
	<i>Identité culturelle</i>	
	<i>Refus des patientes</i>	
	<i>Empathie</i>	
	<i>Remarques de l'interviewé</i>	

Quelques notions concernant le logiciel Tropes©

Le logiciel Tropes© a été développé sur la base des travaux du sociologue Rodolphe Ghiglione, concernant les méthodes d'analyse de contenu ou de discours. Les développeurs se sont également inspirés de la linguistique anglo-saxonne et des recherches en sémantique du linguiste John Lyons.

Analyser un texte avec Tropes©:

✓ Les catégories de mots

Tropes© regroupent les mots apparaissant dans le corpus en plusieurs grandes catégories lexicales :

- * Les substantifs
- * Les verbes
- * Les connecteurs (conjonctions de coordination et subordination, locutions conjonctives)
- * Les pronoms personnels
- * Les modalisations (adverbes ou locutions adverbiales)
- * Les adjectifs qualificatifs et les nombres

Pour effectuer une analyse, le logiciel réalise un traitement complexe visant à affecter tous les mots significatifs dans ces catégories, et à analyser leur répartition en sous-catégories (classes d'équivalents). Chaque mot et chaque catégorie sont précédés d'un compteur indiquant leur fréquence d'occurrence.

Une catégorie de mots est considérée comme significative lorsque sa fréquence d'apparition est nettement supérieure à la moyenne. Ces résultats sont construits en comparant les statistiques (de répartition des catégories) du discours analysé avec des tables internes au logiciel (ces tables ont été élaborées en effectuant une analyse de variance sur un grand nombre de textes différents).

✓ Analyse statistique

Tropes© effectue plusieurs types d'analyse du texte. Deux ont été utilisés dans notre travail :

- Les statistiques sur la fréquence globale d'apparition des grandes catégories de mots, et de leurs sous-catégories
- Les statistiques sur la co-occurrence et le taux de liaison des classes d'équivalents et des catégories de mots,

Les statistiques sont utilisées, entre autres, pour construire les graphiques et pour mettre en forme les résultats.

Utilisation de l'outil scénario :

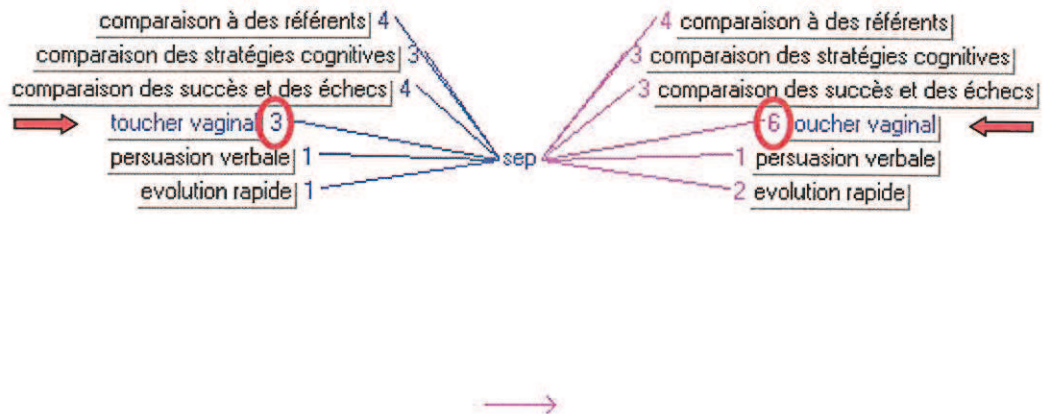
Un scénario est constitué d'un certain nombre de groupes sémantiques, qui peuvent être hiérarchisés. C'est une ontologie spécifique qui permet de :

- Définir ses propres classifications
- Définir une grille d'analyse

Le scénario est indispensable pour effectuer une analyse correcte d'un texte : il permet d'utiliser des classifications adaptées aux objectifs d'analyse. Dans notre étude, le scénario a été conçu sur la base de la grille d'analyse, et complété par l'analyse lexicale.

Les graphiques :

Les graphiques produits par le logiciel Tropes© permettent de visualiser les relations entre les groupes sémantiques, ou entre des classes d'équivalents et des groupes sémantiques. Les nombres qui apparaissent sur le graphique indiquent la fréquence de co-occurrence entre les éléments affichés.



Les éléments placés à gauche de la classe centrale sont ceux qui apparaissent dans le texte en position de sujet. Ceux placés à droite sont situés en position d'objet par rapport à cette classe centrale.

Enfin, un générateur d'état permet de construire automatiquement des tableaux statistiques et des graphiques dans Microsoft Excel®, en utilisant les résultats obtenus avec le scénario.

ANNEXE VI

Le positionnement, exemple d'un inventaire lexical

Substantifs		Adjectifs		Verbes		Expressions
Patiente	0024	professionnel	0009	Etre	0138	De façon sobre
Attitude	0021	premier	0007	Avoir	0055	De façon calme
TV	0020	bon	0005	Faire	0050	Façon de se tenir
geste	0016	fait	0003	aller	0030	Faire comprendre
professionnel	0016	médical	0003	penser	0028	Volontairement
chose	0014	pareil	0003	dire	0028	Passer pour quelqu'un de professionnel
quelque_chose	0010	particulier	0003	falloir	0016	
ca	0008	intrusif	0002	voir	0015	Affirmer quel professionnel je suis
contact	0008	invasif	0002	expliquer	0013	Enlever toute gêne ou connotation
main	0008	important	0002	pouvoir	0010	
physique	0008	simple	0002	regarder	0009	S'assurer de
examen	0008	humain	0002	mettre	0009	Ne pas rajouter de l'angoisse
gens	0007	mauvais	0002	passer	0008	Mimiques dérangeantes
femme	0007	rapide	0002	déshabiller	0007	
but	0007	prématuré	0002	rester	0007	Communication non verbale
relation	0006	neutre	0002	arriver	0007	Froncer les yeux
mimique	0006	sensé	0002	examiner	0006	Sécuriser la patiente
personne	0005	meilleur	0002	poser	0006	Se sentir en sécurité
rôle	0005	compris	0002	rassurer	0006	De façon réfléchie
temps	0005	conscient	0002	savoir	0006	De façon posée
accompagnement	0005	beau	0002	adopter	0006	Etre détendu
échange	0004			essayer	0006	Être relax
truc	0004			ressentir	0005	Faire mieux
col	0004			montrer	0005	Etre en contact

fait	0004			valoir	0005	Diminuer la sensibilité
façon	0004			devoir	0005	
dame	0004			bouger	0005	Rajouter de la douleur
patient	0004			finir	0004	Trahir ce que l'on ressent et ce que l'on pense
homme	0004			sentir	0004	
oeil	0004			venir	0004	Mettre des mots
doigt	0003			vouloir	0004	Regard interrogateur
contraction	0003			accompagner	0004	
tête	0003			chercher	0004	Ne pas laisser une ambiguïté, un doute, une impression infondée
quelqu_un	0003			prendre	0004	
intention	0003			trouver	0004	Attitude diagnostic
travail	0003			créer	0003	Faire la moue
réponse	0003			tenir	0003	Etre content
acte	0003			attendre	0003	Etre impliqué
ventre	0003			accoucher	0003	Vision du métier
mot	0003			agir	0003	Inconsciemment
discussion	0002			aller_mal	0003	Faire apparaitre le professionnel qui est en moi
vagin	0002			allonger	0003	
discours	0002			concentrer	0003	Etre humain
message	0002			rajouter	0002	Etre compétent
rythme	0002			installer	0002	Mettre de l'humanité dans le TV
savoir	0002			diagnostiquer	0002	Renvoyer par rapport à
réaction	0002			éviter	0002	
regard	0002			jouer	0002	Mystifier/démystifier
niveau	0002			préparer	0002	Faire passer
explication	0002			donner	0002	Etre rassurant
machin	0002			écouter	0002	Attitude corporelle
centre	0002			permettre	0002	Fantasme/imaginaire collectif
jambe	0002			parler	0002	

pudeur	0002			revenir	0002	Ne pas créer trop de proximité
air	0002			paraître	0002	Savoir ce qu'on fait
consultation	0002			gêner	0002	Montrer qu'on est professionnel
accouchement	0002			partir	0002	Rester professionnel
côte	0002			froncer	0002	Rester un professionnel
menace	0002			communiquer	0002	Rester impassible
respect	0002			percevoir	0002	
sécurité	0002			choisir	0002	
mari	0002			renvoyer	0002	
métier	0002			commencer	0002	
suivi	0002			signifier	0002	
avis	0002					
mec	0002					
sage-femme	0002					

ANNEXE VII

Corpus de textes¹

ENTRETIEN N°1 : Monsieur A.	p.1
ENTRETIEN N°2 : Monsieur B.	p.16
ENTRETIEN N°3 : Monsieur C.	p.32
ENTRETIEN N°4 : Monsieur D.	p.46
ENTRETIEN N°5 : Monsieur E.	p.68
ENTRETIEN N°6 : Monsieur F.	p.85
ENTRETIEN N°7 : Monsieur G.	p.101
ENTRETIEN N°8 : Monsieur H.	p.120
ENTRETIEN N°9 : Monsieur I.	p.130
ENTRETIEN N°10 : Monsieur J.	p.143
ENTRETIEN N°11 : Monsieur K.	p.155

¹ Cf. livret annexe « Corpus de textes »

