
L'identité en crise d'un groupe professionnel en construction : Etude de cas des sages-femmes libérales en Province de Liège

Auteur : D'Alpaos, Xavier

Promoteur(s) : Schoenaers, Frederic

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences du travail

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/14803>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

NOM : D'Alpaos

Prénom : Xavier

Matricule : S990108

Filière d'études : Master en Sciences du Travail, 60 crédits

Travail de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master
en Sciences du Travail

L'identité en crise d'un groupe professionnel en
construction : Etude de cas des sages-femmes libérales en
Province de Liège

Promoteur : Professeur Frédéric SCHOENAERS

Lectrice : Madame Coralie DARCIS

Table des matières

1	Remerciements	3
2	Introduction	4
3	Contexte de recherche et cadre théorique.....	6
3.1	Inventaire de la littérature en lien avec notre question de recherche.....	6
3.2	Cadre théorique	9
3.2.1	Le concept d'identité.....	10
3.2.2	La notion de profession	13
3.2.3	Le cas des para-professions : une profession relative ?.....	15
3.2.4	Le groupe professionnel	16
3.2.5	Le rôle de la formation	17
3.2.6	La notion de reconnaissance.....	17
4	Méthodologie.....	19
4.1	Présentation du terrain de recherche.....	19
4.2	Définition de la méthodologie	21
5	Mise à plat et analyse des données	23
5.1	De la définition de la profession de SF à la définition de soi	24
5.2	Le sens et l'identité.....	27
5.3	La formation et l'identité.....	30
5.3.1	La formation initiale en Belgique.....	30
5.3.2	La formation continue	32
5.3.3	Du compagnonnage comme transmission identitaire.....	33
5.4	La parentalité et le « retour précoce » : opportunités ?	35
5.5	L'autonomie ou la quête d'identité entre tensions et interférences disciplinaires.....	38
5.6	L'appartenance au groupe professionnel.....	39
5.7	La reconnaissance : de la visibilité dans l'invisibilité pour exister	44
6	Discussion	48
6.1	Réponses aux hypothèses de recherche	48
6.2	Limites, biais et ouvertures	51
7	Conclusion.....	53
8	Bibliographie.....	55
9	Annexes	57

1 Remerciements

Le travail présenté ici est le fruit et l'aboutissement d'un engagement débuté bien avant le Master en Sciences du Travail. Cette concrétisation n'aurait pas été possible sans le soutien et l'accompagnement de plusieurs personnes que nous tenons maintenant à remercier.

Tout d'abord, nous tenons à remercier notre promoteur, le Professeur Frédéric Schoenaers, d'avoir accepté de suivre notre cheminement scientifique en prodiguant ses conseils tout au long de la recherche et de la rédaction de ce travail de fin d'étude ainsi que pour sa disponibilité sans faille.

Nos remerciements vont également à Madame Coralie Darcis, qui a accepté d'être lectrice, pour l'intérêt porté au sujet ainsi que ses précieux conseils depuis le début de la recherche dans le cadre du Séminaire de Méthodologie durant l'année académique 2020-2021.

Par la particularité de notre profil professionnel et de formation, nous remercions l'Université de Liège et plus spécifiquement le département des Sciences Sociales pour avoir développé le Master 60 en Sciences du Travail qui est un cursus véritablement porteur de progrès social, professionnel et intellectuel. Sans ce cursus, nous ne serions certainement à l'aube d'une vie et d'un champ des possibles ouverts aux porteurs d'un titre universitaire. Ce Master nous a également permis de découvrir toute la richesse des sciences sociales suscitant notre intérêt dans nos orientations futures.

Merci à toutes les personnes, qui de près ou de loin, ont participé à cette recherche et y ont manifesté un intérêt. En espérant que ce qu'elles y trouveront pourra être rapporté à leur utilité individuelle et collective.

Il n'aurait pas été possible de mener à bien ce projet personnel sans le soutien indéfectible de notre épouse et sage-femme préférée, Aurore, qui a supporté toutes les difficultés qu'un étudiant peut amener au sein d'un foyer domestique. À notre maman et médecin préférée, Annie, qui a tout supporté depuis toujours et a trouvé les mots justes un jour de mai 2021. Ce travail est la réalisation concrète de leur croyance infaillible en nous et il leur est dédié.

Enfin à nos deux petits gars, Baptiste et Quentin, pour qui nous n'avons pas été assez présent durant ces deux dernières années. Ils seront maintenant notre première priorité.

2 Introduction

En nous engageant dans ce cursus de formation, se posait la difficile question d'identifier un sujet de recherche dans lequel s'investir avec passion et enthousiasme. Il nous semblait d'autant plus difficile de poser un choix rationnel en l'absence de bases théoriques et méthodologiques claires en matière de sciences sociales.

Lors de la première séance du « Séminaire de méthodologie de recherche en Sciences du travail », le sujet a été discuté et nous a permis de dresser un premier constat sur base de l'accessibilité du terrain de recherche ainsi que de la problématique.

Enseignant les soins infirmiers, nous nous sommes naturellement portés sur une problématique de construction d'identité professionnelle dans le domaine des soins de santé : Comment devient-on un professionnel par un processus de formation ? Comment une identité professionnelle de soignant se développe-t-elle ? Il est très vite apparu de nos explorations préliminaires que la question avait été considérablement étudiée et exploitée dans le domaine de l'art infirmier. Cependant, dans le domaine des soins de santé, les questions identitaires des sages-femmes étaient très peu étudiées.

Nous avons donc décidé d'orienter notre recherche vers la construction de l'identité professionnelle des sages-femmes et plus spécifiquement des sages-femmes libérales (SFL) facilitant ainsi l'accès au terrain de recherche tout en s'affranchissant des limites et contraintes des institutions de soins. Ces choix nous semblent ouvrir un champ des possibles dans des espaces de liberté empirique.

La question de recherche que nous formulons est : « *Comment se construit l'identité professionnelle des sages-femmes libérales dans l'art médical en Province de Liège ?* » Cette question nous semble pertinente dans le cadre de ce travail de recherche. Elle rencontre également les critères définis par Quivy et Van Campenhoudt¹. Le terrain de recherche est précis, la formulation est lisible et la faisabilité est rencontrée car il est possible de recueillir des éléments empiriques et d'entreprendre des recherches théoriques.

Pour mener notre recherche, nous avons opté pour une méthode qualitative et une démarche abductive située au point d'intersection entre une démarche déductive et inductive.

Nous avons construit trois hypothèses de départ. La première aborde la notion de sens dans la construction identitaire : *La construction de l'identité pour soi des sages-femmes passe par l'engagement dans une activité libérale porteuse de sens.* La seconde hypothèse établit le lien entre

¹ Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt (2011), Manuel de recherche en sciences sociales, Paris , quatrième édition, Dunod.

l'identité professionnelle et la revendication d'autonomie dans un contexte de représentation collective apparaissant comme faible : ***Une représentation collective faible des sages-femmes libérales freine les perspectives de revendication d'autonomie professionnelle dans la construction de l'identité pour autrui.*** Enfin, la dernière hypothèse étudie la reconnaissance professionnelle par les stratégies de socialisation face aux tensions auxquelles les SFL sont confrontées : ***Pour obtenir de la reconnaissance professionnelle, les sages-femmes libérales développent des stratégies de socialisation face aux tensions culturelles, corporatistes et institutionnelles de l'art médical.***

Après cette introduction, nous entamerons un travail de contextualisation générale. Nous définirons donc notre terrain de recherche. Nous présenterons notre inventaire de la littérature scientifique ayant abordé notre objet de recherche. Nous présenterons ensuite les outils sociologiques mobilisés et le cadre théorique de notre recherche. Durant notre cheminement réflexif, nous avons pu découvrir les écrits de Dubar et ses études de la construction identitaire. C'est donc en ce sens et à la lumière des concepts d'identité pour *soi* et d'identité pour *autrui* que nous avons poursuivi notre recherche. Ensuite, nous exposerons notre méthodologie. Nous commencerons par l'évolution de notre questionnement et la présentation de nos hypothèses. Nous justifierons l'intérêt de la méthode qualitative et d'une démarche abductive. Nous exposerons notre méthode de récolte des données. Nous terminerons par un exercice autoréflexif pour cerner les biais et les limites de notre démarche.

La mise à plat de nos données sera effectuée via un compte-rendu thématique centré sur les entretiens réalisés. Concomitamment à cette mise à plat, nous mettrons en articulation les concepts théoriques clés avec les données empiriques pour réaliser notre analyse. Notre analyse convoquera les concepts de l'identité et du sens, d'autonomie, de profession, de formation et de représentation sociale par un groupe professionnel, et enfin de reconnaissance. Sur cette base, nous évaluerons nos hypothèses et nous apporterons des éléments de réponse à notre question de recherche dans le cadre d'une discussion.

Puis nous ferons un arrêt sur les limites et biais de notre recherche, ainsi que sur les pistes d'ouverture à explorer.

Enfin, nous terminerons par une conclusion générale dans laquelle nous proposerons une synthèse de notre travail.

3 Contexte de recherche et cadre théorique

3.1 Inventaire de la littérature en lien avec notre question de recherche

Lors de nos recherches liminaires pour faire l'état de l'art et fixer les premiers thèmes de la phase exploratoire, nous avons constaté un volume considérable de publication sur l'art infirmier et l'art médical mais très peu concernant la profession de sage-femme.

La première étude majeure qui, nous le constaterons par la suite, servira de base bibliographique à d'autres publications est « *La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste* » de François-Xavier Schweyer en 1996 qui propose une approche du statut de profession médicale des sages-femmes en France dans les années 1980 et 1990 comme une profession en déclin sur le plan de l'autonomie depuis la fin du XIX^{ème} siècle. L'auteur nous développe l'émergence de la profession par la reconnaissance et l'attribution d'une licence par les autorités publiques à une époque où l'exercice professionnel était essentiellement libéral avec une grande autonomie mais toujours sous le contrôle suspicieux de ces mêmes autorités ainsi que de la profession médicale dominante. Le développement du suivi médicalisé de la périnatalité entraîne une diminution de la pratique libérale avec pour conséquence un nombre croissant de sages-femmes salariées dans les institutions de soins. Ce changement de statut modifie les représentations professionnelles liées à l'autonomie et ainsi la manière dont les sages-femmes se définissent sur le plan identitaire. Le caractère quasi-exclusivement féminin de cette profession médicale freine également la construction identitaire par rapport à la profession médicale dominante essentiellement masculine dans les années 1980 et 1990. L'auteur parle « *d'une autonomie relative conditionnée par la tutelle de la profession médicale* » (Carricaburu, 1987 in Schweyer, 1996). L'auteur aborde également les confrontations corporatistes avec les praticiens de l'art infirmier, le rôle de la formation professionnelle dans la perte d'autonomie et le flou identitaire ainsi que la réelle autonomie dont bénéficiaient les sages-femmes lorsqu'elles étaient majoritairement en profession libérale.

Enfin, les compétences techniques et médicales ne sont pas les seules, il existe aussi, selon l'auteur, une « *compétence de genre* » (Schweyer, 1996) féminin fondé non pas sur la qualification mais sur « *la dimension relationnelle, pédagogique, de conseil et même d'empathie, cette faculté à s'identifier à quelqu'un, à ressentir ce qu'il ressent* » (Schweyer, 1996) ceci renvoyant nécessairement à sa propre définition en tant qu'individu et donc à son identité tant personnelle que professionnelle. L'auteur termine par le rôle des organisations professionnelles dans le processus de reconnaissance sociale qui nous permettra de faire le lien avec la construction de l'identité pour *autrui*. Cette étude reste une référence sur le sujet et nous servira de base pour réaliser notre recherche et développer notre analyse sous le prisme des sages-femmes libérales en Province de Liège en 2020.

Nous nous appuyons sur une seconde étude de Claire Neukermans, France Merhan et Étienne Bourgeois, publiée en 2019, et qui a pour titre : « *Engagement et apprentissage en situation de travail. Le cas de sages-femmes libérales* ». Cette publication met l'accent sur les affordances comme la caractéristique d'un objet ou d'un environnement qui suggère à son utilisateur son mode d'usage ou autre pratique dans un glissement de sens. Ces affordances permettent d'expliquer le changement de pratique et d'identité par le changement de l'environnement de travail de la pratique libérale vers une pratique institutionnelle dans un contexte surmédicalisé de la périnatalité. Les auteurs mettent en évidence que les sages-femmes qui s'extraient des pratiques institutionnelles dominantes par la pratique libérale se sentent perçues comme des « sorcières » et évoluent en marge des affordances. De cette manière, elles engendrent un nouveau glissement de sens vers un contexte environnemental antérieur aux soins médicalisés. Nous nous appuyerons sur ces dynamiques pour expliquer la question du sens en lien avec l'identité pour soi et la notion d'autonomie dans le contexte des tensions culturelles, corporatistes et institutionnelles de l'art médical. Pour terminer, les auteurs développent la notion d'engagement professionnel par les processus d'apprentissage et le contexte historique et culturel ainsi que la notion de compagnonnage des nouvelles sages-femmes libérales.

Une publication ayant retenu notre attention sur l'autonomie et la formation des sages-femmes est « *L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e siècle)* » de Nathalie Sage-Pranchère en 2014. L'auteur y définit la sage-femme comme un agent publique construit pour répondre à un besoin de société mais dont il faut se prémunir car il s'agit d'une profession de l'intime, entre femme, un métier de femme pour les femmes, sujet à suspicions de collusion et d'entente sur la commission de crimes (avortement) et qui échapperait aux autorités publiques patriarcales. Pour appuyer les éléments de contexte identitaire déjà développé, nous relevons que « *l'identité professionnelle de la sage-femme se constitue en lien direct avec ce contrôle étroit de l'autorité publique* » (Sage-Pranchère, 2014). L'auteur dresse un aperçu historique du développement de la profession de sage-femme par ce contrôle public et corporatiste médical. Dans cette dynamique de construction, elle met en évidence l'obligation de formation pour sortir les sages-femmes des campagnes de l'ignorance et du matriarcat.

Dans le contexte plus particulier de notre recherche qui s'inscrit dans une dynamique d'augmentation du nombre des sages-femmes en profession libérale pour répondre à une demande de restructuration du paysage des soins de santé belge par le retour précoce des femmes en postpartum et des nouveau-nées afin de réduire le séjour en institution, nous avons porté notre attention sur la publication « *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières* » de Marie Raveyre et Pascal Ughetto en 2003. Les auteurs présentent une étude sur les transformations des institutions hospitalières pouvant affecter le contenu des tâches ainsi que les modes d'organisations formels et informels. Ils développent également leur raisonnement en lien avec les représentations qui sous-tendent les pratiques de travail : « *l'exercice*

du travail repose sur les conceptions que les différentes catégories d'acteurs se font de leur activité et de ce qui est légitime de leur demander », ceci impliquant le processus de construction identitaire. Les auteurs ajoutent que « *cette prise en compte des représentations collectives paraît particulièrement nécessaire dans le monde hospitalier, marqué par des cultures professionnelles fortes* ». Nous démontrerons dans cette étude l'importance des institutions hospitalières dans le développement de l'activité de sage-femme libérale au cours de l'histoire passée et récente.

Marie Raveyre et Pascal Ughetto mettent en évidence la mécanique des restructurations hospitalières et des changements de politiques de santé dans la définition ou redéfinition des pratiques et tâches de travail. Il apparaît que les restructurations surviennent le plus souvent avant que les autorités responsables n'aient pensé leurs mises en œuvre pratique et organisationnelle. Cette responsabilité de mise en œuvre est donc transposée vers les praticiens qui doivent s'adapter aux nouvelles contingences, revoir la pratique de leur activité, parfois retrouver un sens en s'interrogeant sur leur métier et ainsi se redéfinir professionnellement au regard des nouvelles pratiques de travail ; et les auteurs de dire : « *de telles évolutions ont visiblement fortement sollicité l'organisation du travail, mais sans que celle-ci ait véritablement été repensée formellement pour en tenir compte [...], l'organisation antérieure a non seulement été laissée inchangée, mais elle s'est trouvée débordée par une série de changements qui mettent davantage les personnels à l'épreuve et qui nécessiteraient que ces derniers puissent trouver dans l'organisation les ressources pour les assumer* ». Enfin, les auteurs mettent en évidence le poids des médecins dans l'organisation de l'ensemble des pratiques de soins disciplinaires et une division du travail de plus en plus segmentée pour assurer une spécialisation toujours plus pointue et technique afin de réduire toute forme de risque pour les usagers amenant une représentation de rationalisation des activités au détriment d'une maîtrise du métier dans toutes ses composantes. Il y a donc une double tension organisationnelle entre certitude et incertitude d'une part, et entre spécialisation et polyvalence, d'autre part, aboutissant à une perte de sens et une insatisfaction professionnelle dans la pratique de soin, surtout paramédicale, au sein des institutions hospitalières.

Pour terminer ce parcours de la littérature contributive, nous mettons la focale sur la question de la maternité qui constitue, à notre sens, l'élément fondamental de la légitimité de la profession de sage-femme. Cependant, et nous le démontrerons lors de l'analyse, la notion de « *maternité* » est progressivement remplacée par la notion de « *parentalité* ». L'ouvrage sur lequel nous nous appuyons pour cette question est « *Histoire des mères et de la maternité en occident* » d'Yvonne Knibiehler en 2000. L'auteur place le rôle de la mère et la maternité dans l'ombre, c'est-à-dire dans le domaine du non-visible, de l'invisibilité sociale, car la « *production* » d'enfants demeure un enjeu de pouvoir ; un lieu de domination d'un sexe sur l'autre. C'est une société patriarcale de contrôle de la fécondité féminine qui s'exprime notamment par la surmédicalisation de la fécondité et de la périnatalité ; médicalisation qui est prescrite par la science médicale dominée par les hommes. Cette société patriarcale est un héritage latin où le *paterfamilias* a le pouvoir sur ses enfants dans une famille

institutionnalisée et dont la *materfamilias*, qui prendra le nom de *matrone*, « n'est que son épouse » et est révélée par la grossesse et l'accouchement. Dans ce contexte, c'est un médecin grec, Soranos d'Ephèse, exerçant à Rome et considéré comme le premier accoucheur, qui écoute les sages-femmes. Il en rédige un livre, « *Les maladies des femmes* », où il considère que les femmes se porteraient mieux si on les laissait vivre à leur gré, sans les forcer à se marier et enfanter. Il y dépeint également ce que devrait être une sage-femme c'est-à-dire des spécialistes à part entière, connaissant les sciences fondamentales et tous les moyens thérapeutiques. La sage-femme doit être une femme de savoir et d'expérience, douée de tact, de compassion et de sang-froid pour affronter les moments difficiles et ainsi assumer la grave responsabilité de décider si un nouveau-né est normal, viable ou non. Soranos indique également des recettes contraceptives et abortives. Yvonne Knibiehler met en évidence le modèle de la « *maternité coutumière* » qui est « *affaire de femmes* » qui jouissent dans ce domaine d'une autonomie assez large et dont le contrôle patriarcal est plus théorique que réel. L'enfantement est un véritable parcours initiatique, à la fois social et culturel, donnant lieu à des réunions féminines chaleureuses qui constituaient des moments forts de socialisation. La maternité, assumée collectivement, était alors le fondement de l'identité collective féminine, au plan social comme au plan individuel. Mais au XVIème siècle, dans le contexte religieux, les matrones sont devenues suspectes. L'Eglise et la Monarchie leur ont imposé de s'organiser en corporation sous la surveillance des chirurgiens. Ces derniers, soucieux d'étendre leurs compétences, « *ont inventé des instruments pour extraire un enfant du corps de sa mère et ils en ont interdit l'emploi aux sages-femmes* ». La relation mère-enfant prend alors la forme d'une autonomie relative inscrite dans un ensemble culturel et normatif qui la conditionne, mais en laissant un jeu suffisant où l'initiative féminine peut intervenir. Puis le Code Napoléon viendra protéger la sphère familiale privée cloisonnant les femmes dans la sphère domestique : « *Les hommes font les lois, les femmes font les mœurs* » ; à côté du pouvoir de droit, pensé, institué, organisé par les hommes, s'affirmerait un pouvoir de fait, quotidien, empirique, affectif, propre aux femmes. La sage-femme, exerçant en profession libérale à cette époque, joue un rôle déterminant dans cette sphère domestique éloignée du contrôle patriarcal. Au début du XXème siècle, on observe une institutionnalisation et une médicalisation de la périnatalité pour répondre aux enjeux de santé publique. C'est alors que l'activité libérale des sages-femmes devient moins rentable, ce qui les pousse à rentrer dans les institutions de soins sous le contrôle des médecins entraînant une désorganisation de la solidarité féminine.

3.2 Cadre théorique

Des recherches documentaires et de l'état de l'art dont nous venons de faire la présentation, il est maintenant temps de penser la structure du présent travail. Pour se faire, nous avons opéré un choix parmi tous les concepts ressortant des entretiens menés. Nous laisserons donc un certain nombre de concepts de côté ou nous les utiliserons sommairement pour étayer nos propos.

Les concepts qui ont retenu notre attention et que nous mobiliserons sont : la notion d'identité au sens de Claude Dubar, la notion de formation et de compagnonnage dans le processus de construction identitaire, la notion de représentation sociale selon Pierre Mannoni ainsi que la notion de reconnaissance selon Assâad El Akrémi.

Dans ce développement, nous allons donc convoquer et mobiliser un ensemble de notions et concepts interdépendants pour confirmer ou infirmer les hypothèses formulées. Nous identifions cinq axes.

Dans un premier temps, nous mobiliserons la notion d'identité professionnelle (Dubar, 2000 et 2015) que nous décomposerons en identité pour soi et identité pour autrui par leurs dimensions subjective, relationnelle et dynamique dans les processus de socialisation.

Nous développerons ensuite le rapport expressif en questionnant la notion de sens que nous mettrons en lien avec les rapports instrumentaux, publics et politiques du travail de sage-femme.

Nous positionnerons le travail de sage-femme libérale dans la division du travail et plus particulièrement ses dimensions sociale, technique et morale.

Cette division du travail nous mènera à étudier la notion de profession selon une triple approche fonctionnaliste, interactionniste et néo-wébérienne par les concepts d'inférence et d'interférence, de monopole amenant au processus de comparaison et, par l'analyse langagière, d'appartenance professionnelle dans le processus de formation d'un groupe professionnel.

Pour terminer, nous articulerons les éléments précédemment développés avec les notions de tension et culture dans le cadre de stratégies de revendication par l'intermédiaire d'un groupe professionnel pour obtenir de la reconnaissance professionnelle et ainsi développer une autonomie dans l'art médical, laquelle est porteuse de sens.

3.2.1 Le concept d'identité

Dans son ouvrage « *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* » en 2015, Claude Dubar définit la notion d'identité comme étant : « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* » (Dubar, 2015 : 105).

Il propose de concevoir le phénomène identitaire comme un produit de la socialisation des individus : « *La socialisation comme apprentissage de la culture d'un groupe est aussi diverse que le sont les*

cultures elles-mêmes » (Dubar, 2015 : 8) et « *la socialisation comme constructions sociales partagées par tous ceux qui ont des trajectoires subjectives et des définitions d'acteurs homologues* » (Dubar, 2015 : 12 – 13). C'est dans les interactions sociales et par conséquent dans l'action de communiquer que l'identité personnelle se construit permettant ainsi à l'individu de se définir.

Claude Dubar construit sa théorie de l'identité au départ de la division interne à l'identité, ce qu'il nomme « *la dualité dans le social* ». Il met en relation l'identité pour *soi* et l'identité pour *autrui* dans le processus de socialisation des individus. Il introduit donc « *la dimension subjective, vécue, psychique au cœur même de l'analyse sociologique* » (Dubar, 2015 : 105). Dans cette dualité identitaire, l'identité pour *soi* et pour *autrui* sont à la fois inséparables et problématiques : « *Inséparables puisque l'identité pour soi est seconde et corrélative d'Autrui et de sa reconnaissance : je ne sais jamais qui je suis que dans le regard d'Autrui. Problématique puisque l'expérience de l'autre n'est jamais directement vécue par soi... en sorte que nous comptons sur nos communications pour nous renseigner sur l'identité qu'autrui nous attribue... et donc pour nous forger une identité pour nous-mêmes* » (Laing, 1961 : 29 in Dubar, 2015 : 104). L'identité est dépendante de l'identité pour *soi* qui est elle-même tributaire de la manière dont les autres nous définissent, c'est-à-dire l'identité pour *autrui*.

L'identité pour *soi* est un processus biographique qui renvoie à l'image que l'individu se construit de lui-même. C'est un processus qui concerne « *l'intériorisation active, l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes* » (Dubar, 2015 : 107). Les transactions en jeu sont subjectives et se font entre les identités héritées et les identités visées.

L'identité pour *autrui* est l'identité attribuée par les autres dans le cadre d'un processus relationnel. C'est un processus qui concerne « *l'attribution de l'identité par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu* » (Dubar, 2015 : 107). Les transactions en jeu sont objectives et se font entre les identités attribuées et les identités assumées.

Puisque la définition de notre identité est tributaire de la manière dont l'autre nous perçoit, elle est donc toujours incertaine. Cependant, nous sommes libres de refuser l'identité pour *autrui*, que celui-ci nous attribue et que Guy Bajoit qualifie d'*identité héritée* ou *assignée*, pour se définir autrement par des actes d'appartenance qui expriment ce que nous voulons être et donc l'identité pour *soi*, que Bajoit qualifie d'*identité visée* ou *désirée*. L'individu est ainsi en constante *négociation identitaire*, par des processus de transactions objectives et subjectives, constituant le processus de construction des identités sociales. Il s'agit d'un processus dynamique et évolutif qui « *doit se concevoir comme une négociation véritable entre les demandeurs d'identité en situation d'ouverture de leur champ du possible et les offreurs d'identité en situation d'incertitude quant aux identités virtuelles à proposer* » (Dubar, 2015 : 108).

L'identité professionnelle est une partie de l'identité sociale et se trouve positionnée à l'articulation, d'une part, des sphères du travail et de l'emploi et, d'autre part, de la formation. Selon Claude Dubar, « la sortie du système scolaire et la confrontation au marché du travail constituent désormais un moment essentiel de la construction d'une identité autonome » et « c'est de l'issue de cette première confrontation que vont dépendre les modalités de construction d'une identité professionnelle de base qui constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir » (Dubar, 2015 : 113). Le choix de formation et trajectoire professionnelle s'intègre dans un processus de « construction personnelle d'une stratégie identitaire » (Dubar, 2015 : 114).

Pour Renaud Sainsaulieu, dans « L'identité au travail » en 1977, le concept d'identité professionnelle s'articule selon trois dimensions : les compétences (et donc la nature du poste de travail), les normes professionnelles (ensemble de règles assorties de sanctions) et les valeurs professionnelles qui orientent l'action individuelle et collective (le sens que les acteurs donnent à leur action est liée à leurs représentations sociales et leurs valeurs). L'entreprise est ainsi un lieu d'acculturation spécifique et un espace de socialisation secondaire (Sainsaulieu, 2019).

Nous pouvons schématiser ces interactions entre les différents concepts identitaires qui définissent l'identité d'un individu avec le tableau ci-dessous. Nous y avons placé les trois hypothèses guidant notre recherche pour mettre en évidence leur complémentarité et pour proposer une grille d'analyse².

Processus biographique (H1)		Processus relationnel (H2)
Identité pour soi	Transactions subjectives et objectives	Identité pour autrui
Dualité => stratégies identitaires pour réduire l'écart (H3)		
Actes d'appartenance		Actes d'attribution
Identité sociale réelle		Identité sociale virtuelle
Identité visée (désirée)		Identité héritée (assignée)
en crise	fusionnelle	négociée

Cette analyse nous permettra de réaliser une analyse transversale entre, d'une part, l'identité professionnelle, à partir des identités individuelle et collective, et d'autre part, les pratiques professionnelles.

Dans ce tableau d'analyse identitaire, nous avons donc placé nos hypothèses. Pour compléter cette analyse identitaire et faire le lien entre les hypothèses et les données empiriques récoltées durant les

² Schéma construit par l'auteur de cette recherche.

entretiens, nous avons construit une grille d'analyse des entretiens par thématiques. Cette grille est reprise en annexe du présent travail³ et nous permettra de structurer le développement de notre mise à plat et analyse par thématique.

3.2.2 La notion de profession

La notion de profession reste difficilement définissable et est soumise à un débat selon l'école de pensée. Il existe trois théories dominantes : la théorie fonctionnaliste, la théorie interactionniste et la théorie néo-wébérienne.

Une profession est une « occupation » qui émerge des sociétés en réponse à un besoin et qui assure de la cohésion sociale. Elle occupe trois dimensions : une légitimité lui assurant un privilège, un monopole par la clôture d'un segment du marché du travail et une autonomie traduite par la « société des égaux ».

Selon le dictionnaire Le Robert, la professionnalisation est l'action de se professionnaliser, de devenir une profession. Selon Carr-Sanders et Wilson en 1933, « *une profession émerge quand un nombre défini de personnes commence à pratiquer une technique définie fondée sur une formation spécialisée* ». Cette professionnalisation regroupe trois caractéristiques cumulatives : une spécialisation des services, la création d'associations professionnelles obtenant pour leurs membres un patronage exclusif et la mise en place d'une formation spécifique permettant l'acquisition d'une culture professionnelle (Dubar, 2015 : 128).

3.2.2.1 La profession selon l'approche fonctionnaliste

L'approche fonctionnaliste pose une double affirmation : les professions forment des communautés unies autour des mêmes valeurs et de la même éthique de service, et leur statut professionnel s'autorise un savoir scientifique et pas seulement pratique. Selon cette théorie, la professionnalisation est un processus historique par lequel un groupe professionnel se fait reconnaître les attributs « fonctionnels » caractéristiques d'une profession. Ces attributs sont constitués de six critères ordonnés : être exercé à temps plein ; comporter des règles d'activité ; comprendre une formation et des écoles spécialisées ; posséder des organisations professionnelles ; comporter une protection légale du monopole et avoir établi un code de déontologie. Le rôle est institué par intériorisation passive d'une culture professionnelle homogène et donc unie.

³ Annexe 4 : Grille d'analyse des données empiriques par thématiques.

3.2.2.2 La profession selon l'approche interactionniste

L'approche interactionniste pose la diversité des pratiques dans l'analyse des professions impliquant une hétérogénéité de la culture professionnelle où les rôles sont improvisés dans un cadre d'interactions au sein d'un ordre social négocié où tous les « métiers » sont en luttés de professionnalisation. La socialisation, l'expertise, le rôle de l'Etat, le changement et l'évolution technologique ainsi que la féminisation favorisent les dynamiques de négociation et d'interaction pour acquérir un monopole sur les pratiques professionnelles.

Pour les interactionnistes, les professions sont des « métiers » qui se développent dans le champ des relations intersubjectives « *ainsi, tout ce qui touche à la cohésion communautaire, aux rites de passage et aux relations entre temps individuels et temps sociaux (naissances, morts, mariages...) doit être confié à des professionnels qui garderont le secret sur les significations réelles de leur mission symbolique [...] la nature même du savoir du professionnel est au cœur de la profession* (Dubar, 2015 : 133).

Selon Hughes, « *le point de départ de toute analyse sociologique du travail humain est la division du travail [...] le professionnel est à la fois celui qui peut déléguer des sales boulots à des tiers et ne garder que ce qui est lié à une satisfaction symbolique et à une définition prestigieuse* » (Dubar, 2015 : 132). Hughes nous invite « *à ne pas s'en tenir à l'organisation formelle du travail et aux discours des institutions qui dispensent des services pour étudier les pratiques y compris déviantes qui altèrent les rôles et les fonctions officiels [...] Une des grandes propriétés des métiers de service est la distance et la tension entre le producteur et le consommateur du service* » (Cartier, 2005). C'est une véritable détention d'un savoir « sacré », un savoir « secret », que l'on partage entre « initiés » et essentiel au « relationship » entre le professionnel et son client. Pour assurer la transmission de ce savoir ainsi que sa clôture « sacrée », Hughes introduit les deux concepts essentiels que sont, d'une part, la « licence » qui est l'autorisation légale d'exercer certaines activités que d'autres ne peuvent pas exercer (c'est le diplôme qui donne un accès légal à une profession) et, d'autre part, le « mandat » qui est l'obligation légale d'assurer une fonction spécifique en réponse à un besoin de société. « Licence » et « mandat » constituent les bases de la « division morale du travail » définie comme « *le processus par lequel différentes fonctions valorisées par une collectivité sont distribuées parmi ses membres à la fois à des groupes, des catégories et des individus* » (Hughes in Dubar, 2015 : 132), l'Etat et les institutions de formation jouent donc un rôle déterminant dans cet octroi.

Enfin, dans les échanges relationnels au sein des professions, une part importante se réalise dans le milieu de socialisation. Cette socialisation se développe par la constitution et la construction d'un « groupe professionnel » qui « *revendique le mandat de sélectionner, former, initier et discipliner ses membres et de définir la nature des services qu'il doit accomplir et les termes dans lesquels ils doivent le faire* » (Hughes in Dubar, 2015 : 134). C'est un véritable partage d'une culture professionnelle

commune, d'une « vision du monde » en lien avec l'activité de travail et partagée de manière monopolistique et discriminante pour en exclure les personnes non-reconnues comme appartenant au groupe.

3.2.2.3 La profession selon l'approche néo-wébérienne

En ce qui concerne l'approche néo-wébérienne dans l'étude des professions, nous ne retiendrons ici que les notions d'« inférence » et « interférence » dans le cadre de l'autonomie professionnelle par la clôture sociale et économique d'un segment du marché du travail. Dans le domaine pédagogique, l'inférence est de « *parvenir à construire des informations valables qui ne sont pas écrites explicitement dans le texte. Les inférences sont donc des raisonnements déduits ou induits à partir des informations du texte. Elles permettent la construction des grandes composantes macrostructurales et leur mise en relation souvent causale* » (Makdissi, Boisclair, Blais-Bergeron, Sanchez et Darveau, 2010). C'est donc la faculté, pour une profession, d'être autoréférente dans la résolution des problèmes auxquels elle est soumise dans un processus créatif en l'absence de réponse standardisée. Dans ce contexte, l'interférence est le fait que des « profanes », ne disposant pas des « savoirs » et non-reconnus comme appartenant au groupe professionnel constitué par la socialisation et la carrière, tentent de prendre une part du segment du marché du travail préalablement clôturé par le groupe professionnel inférant.

3.2.2.4 La profession libérale

La profession libérale est définie par la personne qui en est titulaire. Le livre I, article I.1, 14° du Code de droit économique, définit les titulaires d'une profession libérale comme : « *toute entreprise dont l'activité consiste principalement à effectuer de manière indépendante et sous sa propre responsabilité, des prestations intellectuelles pour lesquelles une formation préalable et permanente est nécessaire et qui est soumise à une déontologie dont le respect peut être imposé par une institution désignée par la loi ou en vertu de celle-ci* ». Les professions libérales sont donc des entreprises dont la nature de la prestation est intellectuelle. C'est cette nature qui détermine principalement la profession libérale. Ensuite, le caractère indépendant de l'exercice professionnel est primordial c'est-à-dire le fait d'exercer son activité sans lien de subordination à un employeur. La nécessité d'une formation préalable à l'installation et à l'exercice ainsi que le respect d'une déontologie professionnelle complète cette définition.

3.2.3 Le cas des para-professions : une profession relative ?

Le préfixe grec « para » indique qu'il s'agit d'une profession « à côté de » ou « côte à côte » d'une autre profession, laquelle la domine. Le terme para-professionnel vient de l'anglais et est défini dans « Dictionary Cambridge » comme un « *titre de travail donné à des personnes dans divers domaines*

professionnels, tels que l'éducation, la santé, l'ingénierie et le droit, qui sont formés pour aider les professionnels, mais ne possèdent pas eux-mêmes un permis professionnel ». Les para-professionnels ne disposent donc pas de l'inférence professionnelle, leur autonomie est limitée. Ils n'exercent leur activité sur un segment du marché du travail que sous la responsabilité de la profession dominante. Leurs tâches sont obtenues par délégation de la profession dans le cadre d'une division morale du travail. Le « savoir » est généralement transmis, de manière limitée, par la profession dominante pour répondre à ses besoins.

Dans son étude de cas sur la profession médicale comme idéal-type professionnel, Elliot Fredson reprend la notion d'autonomie professionnelle pour distinguer qui a le contrôle ou non d'un segment du marché du travail. Le groupe professionnel qui contrôle l'ensemble du segment, et a donc le pouvoir, constitue la profession dominante alors que les autres corps professionnels qui agissent sous la responsabilité du corps médical constituent la ou les para-professions médicales.

3.2.4 Le groupe professionnel

Comme nous l'avons précisé précédemment, le processus de professionnalisation passe par la constitution d'un groupe professionnel que nous allons maintenant décrire.

Claude Dubar met en évidence la nécessité de reconnaissance en articulation avec l'existence d'un groupe professionnel « *non pas comme un simple témoin d'un autre âge mais comme un acteur dans un système d'action concret se construisant constamment* » (Latreille, 1980 in Dubar, 2015 : 201). Cette reconnaissance produit de l'identité collective s'il existe un espace social où les groupes professionnels peuvent acquérir leur légitimité face à l'Etat, aux employeurs et aux « consommateurs ».

Cette communauté professionnelle est une forme d'articulation entre l'identité pour *soi* à travers le schème de l'apprentissage et la transmission d'une culture de métier, et l'identité pour *autrui* à travers le modèle des relations professionnelles (Dubar, 2015 : 199).

Le groupe professionnel permet, selon Merton, à une profession de se transformer en « organisation fermée » entraînant une ségrégation sociale envers qui n'est pas reconnu par le processus de la diplomation. La profession devient ainsi un « corps » professionnel selon un triple mécanisme, selon Fredson, composé d'une division du travail, de porte-paroles officiels de la profession et de réseaux de relations informelles structurant et hiérarchisant la profession (Dubar, 2015 : 144 – 145). Un groupe professionnel peut prendre la forme d'un Ordre, d'une association de fait, d'une A.S.B.L. ou autre et a pour but de défendre et protéger une profession ainsi que de représenter ses intérêts et de la réguler.

La création d'un groupe professionnel met en jeu des processus de socialisation. Pour Max Weber et sa conception probabiliste et individualiste, il existe deux processus de socialisation : un premier où les individus s'assemblent pour créer des communautés liées par des affects, des émotions communes, et un second processus où les individus s'assemblent pour créer des sociétés liées par des intérêts (Orianne, 2019 : 46).

3.2.5 Le rôle de la formation

Nous l'avons vu, la formation, et plus particulièrement le processus de formation, est primordial dans la construction identitaire d'une profession. Pour Catherine Paradeise, « *la formation occupe une place stratégique pour régler l'accès aux emplois* » et est « *conçue comme socialisation au travail, à l'entreprise et à la carrière dans la gestion de l'emploi* » (Dubar, 2015 : 168 – 169).

La formation initiale et continue, par la reconnaissance transversale, développe la légitimité des pouvoirs professionnels. Elle est également vectrice de développement et de transmission d'une culture propre au groupe professionnel sur le modèle des corporations.

3.2.6 La notion de reconnaissance

Pour El Akremi, Sassi et Bouzidi (2009), la quête de reconnaissance est intrinsèquement liée à la crise des identités personnelles et professionnelles. Ces identités devenant incertaines, instables, subjectives et souvent construites par les acteurs eux-mêmes, en dehors des luttes collectives, aboutissent à un repli identitaire et sociale menant à un phénomène d'invisibilité non favorable à une reconnaissance sociétale et mutuelle vectrice de construction identitaire. Les frontières identitaires floues et les représentations professionnelles collectives faibles ne permettent pas de développer une identité pour *autrui* porteuse de reconnaissance.

« *La reconnaissance de l'utilité sociale [...] exige aussi des formes de visibilité auprès des usagers* » (Dubar, 2015 : 201) et cette reconnaissance de type transversale passe notamment par la formation initiale et continue. Ces processus de formation constituent, quant à eux, la base de l'accessibilité légitime aux professions ou métiers et ainsi aux groupes professionnels. Ces groupes professionnels doivent exister dans la société « *non pas comme un simple témoin d'un autre âge mais comme un acteur dans un système d'action concret se construisant constamment* » (Latreille, 1980 in Dubar, 2015 : 201) pour permettre la reconnaissance, par les pouvoirs publics et la population, assurant ainsi la reproduction des identités de métier. Pour que cette reconnaissance se développe, il faut la création d'espaces sociaux de négociations. « *L'identité est une émanation sociale ; sa construction et le sens qui lui est donné sont donc tributaires d'une reconnaissance mutuelle des acteurs sociaux et organisationnels* » (El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009 : 664). « *La reconnaissance est une forme de rétribution symbolique qui consacre*

au travailleur son appartenance, sa liberté et son originalité » (Dejours, 1998 in El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009).

C'est par la reconnaissance qu'une profession exercée est légitimée et qu'une identité se consolide ou s'effrite. Le travail procure un champ d'expression ou non de cette reconnaissance : « *le travail est le terrain d'accès à une forme de reconnaissance sociale. Ici se rencontrent et s'affrontent les acteurs, pour obtenir du corps social la validation d'une part de leur être ou de ce qu'ils veulent être* » (Schwartz, 1990 in El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009). Ainsi, la reconnaissance est définie « *comme la formation d'un rapport positif à soi-même, tel qu'il est à la fois construit et confronté par autrui* » (Dubet, 2006 in El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009).

El Akremi, Sassi et Bouzidi mettent en évidence une dualité paradoxale de la reconnaissance. La reconnaissance est bipolaire et tiraillée entre les deux extrêmes que sont la reconnaissance de distinction et la reconnaissance de conformité. La reconnaissance de conformité vise à la conformité de la partie sociale, collective, de l'identité, par laquelle l'individu est reconnu comme membre d'un groupe. La reconnaissance de distinction atteste de la singularité, de l'unicité de l'individu. Pour Paul Ricoeur, il s'agit d'être reconnu dans son irréductible différence. C'est un parcours que ce dernier qualifie de « *polysémie réglée* » où le risque de non-reconnaissance est omniprésent (El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009 : 669 - 670). Ce risque est d'autant plus présent dans certains contextes où il y a un mélange des genres tels que celui des sages-femmes, qui plus est en profession libérale. Nous développerons plus amplement ce point dans l'analyse.

El Akremi, Sassi et Bouzidi (2009) démontrent l'existence de trois types de reconnaissance dont l'ensemble constitue un processus intégré et ordonné en trois étapes menant à la reconnaissance professionnelle selon un double registre : celui de l'individu au travail et celui de la reconnaissance du travail de l'individu. Les trois étapes sont : la « *reconnaissance-identification* », la « *reconnaissance-attestation de valeur* » et la « *reconnaissance-récompense* ».

La « *reconnaissance-identification* » est la première étape du parcours de reconnaissance. Être reconnu, c'est simplement et avant tout être regardé. « *Être [...], c'est toujours se produire dans un horizon de visibilité* » (Sobel, 2004 in El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009 : 670). Pour être reconnu, il faut être regardé et donc être visible. L'invisibilité de métier empêche le développement d'une reconnaissance professionnelle facilitatrice de la construction identitaire car elle ne peut être revendiquée ni validée par autrui.

La « *reconnaissance-attestation de valeur* » est la seconde étape du processus de reconnaissance et consiste à faire reconnaître la légitimité, de confirmer la reconnaissance-identification en attestant sa valeur. Elle se manifeste par le respect envers la personne.

La « *reconnaissance-récompense* » est la dernière étape et se manifeste par le sentiment qui témoigne qu'on se souvient d'un bienfait reçu. Dans la relation de service, « *le bénéficiaire s'estime redevable, se développe alors en lui un sentiment de dette, l'obligation de donner en retour* » (Mauss, 1973 ; Caillé, 2004 ; Godbout, 2004 in (El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009 : 673). La responsabilisation a posteriori comme l'autonomie relèvent de cette reconnaissance-récompense. L'autonomie relevant également d'une reconnaissance de distinction dans le sens de récompense et de différenciation.

Selon Renault (2000), l'absence de reconnaissance correspond surtout à un déni de la dignité pour une personne. En retirant, ou en ignorant, les signes de reconnaissance des individus et groupes d'individus, ce sont les « piliers » des structures identitaires qui sont mis à mal amenant les crises identitaires par flou des frontières. Dans ces cas, les personnes réagissent « *en règle générale par des sentiments moraux qui accompagnent l'expérience du mépris, et donc par la honte, la colère ou l'indignation* » (Honneth, 2006 in El Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009 : 672).

4 Méthodologie

4.1 Présentation du terrain de recherche

Notre étude porte sur les sages-femmes en profession libérale en Province de Liège. Selon Statbel⁴, la profession de sage-femme libérale apparaît presque exclusivement féminine (99,7%) et de nos recherches, il n'existe aucun homme sage-femme libéral en Province de Liège. Si nous reprenons les données statistiques publiées par Statbel le 23 juillet 2020 sur le personnel des soins de santé, les professions reprises dans l'étude sont les médecins, infirmier(e)s et aides-soignant(e)s. Le personnel sage-femme semble assimilé, de manière coutumière, au personnel paramédical infirmier ou a été simplement non pris en considération.

Or, la sage-femme a un rôle spécifique dans le paysage des soins de santé. Elle assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse eutocique et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle assure également, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement eutocique. Elle dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement et durant la première année de vie de l'enfant. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la sage-femme comme « *une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives,*

⁴ <https://statbel.fgov.be/fr> consulté le 12 novembre 2020 à 18h30.

le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

En Belgique, les candidates sages-femmes suivent un cursus de l'enseignement supérieur de type court d'une durée de quatre ans qui mène à un titre de Bachelier Sage-Femme (BSF) et non à un Master de type court. Cette formation est organisée et dispensée par les Hautes Ecoles. En Communauté Française, il existe neuf Hautes Ecoles pour se former au métier de sage-femme⁵.

La première loi en Belgique organisant l'accès au métier de sage-femme apparaît sous régime hollandais le 12 mars 1818 et prévoit une formation de cinq mois. C'est en 1945 que la durée des études est portée à trois ans pour les infirmières hospitalières, accoucheuses et psychiatriques. À cette époque, les sages-femmes sont en réalité des infirmières accoucheuses. La formation de base est commune.

Ce n'est qu'en 1992 – 1993 qu'est créé le « graduat d'accoucheuse » pour améliorer la qualité de la formation des accoucheuses et ainsi répondre à la directive européenne 80/155/CEE visant une meilleure reconnaissance de la profession de sage-femme dans le contexte à venir de libre circulation des travailleurs européens.

Cependant, la formation reste intrinsèquement liée à la formation d'infirmière ce qui ne permet pas de différencier les deux professions. C'est en 2005 – 2006 que le Graduat accoucheuse devient le Bachelier Sage-Femme et passe en quatre années d'étude. Mais cette formation reste attachée à la formation infirmière. La première année est quasi commune et il est très facile, à son terme, de bifurquer d'une filière à l'autre.

Enfin, la loi coordonnée du 10 mai 2015⁶ sur les professions de santé, reprend les sages-femmes dans son chapitre V, en les différenciant partiellement des praticiens de l'art infirmier qui relèvent du chapitre IV, et tout en les intégrant partiellement au chapitre II sur les praticiens de l'art de guérir. Cela reflète le caractère hybride de la classification légale de la profession de sage-femme en Belgique.

⁵ <https://sage-femme.be/etudiantes-sages-femmes> consulté le 5 mars 2022 à 13h40.

⁶ https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2015A24141&la=F consulté le 7 mars 2022 à 9h10.

Notre étude porte sur l'identité des sages-femmes libérales dans l'art médical en regard du contexte d'assimilation à l'art infirmier et/ou de la non-considération des spécificités médicales dont elles sont légalement revêtues.

4.2 Définition de la méthodologie

Pour mener notre recherche, nous avons opté pour une méthode qualitative et une approche abductive se déroulant sur deux années académiques en 2020-2021 et 2021-2022. Nous avons réalisé une étude par entretiens semi-directifs dont l'objectif est de rencontrer des sages-femmes libérales qui exercent dans des zones urbaines, péri-urbaines et rurales en Province de Liège afin de cerner les identités professionnelles et d'en comprendre la construction.

Nous avons choisi la méthode qualitative car celle-ci correspondait à notre volonté de comprendre le processus de construction identitaire de ces acteurs et de saisir leurs logiques de fonctionnement. Dans cette méthodologie qualitative, les éléments récoltés sont d'ordre descriptif. Cette démarche qualitative permet également aux acteurs de nous livrer des données liées à leurs pratiques, ce qui est indispensable lorsque l'on souhaite considérer le travail du point de vue de l'activité et du sens qui lui est donné. De plus, la recherche porte sur un petit nombre d'acteurs (12 SFL, 4 gynécologues et 2 associations professionnelles) ce qui implique une démarche qualitative et non quantitative. Mais cette approche pourrait se révéler faussée si, au départ d'une constatation sur un petit nombre de cas, on induit du général en mettant en discussion les résultats empiriques avec des modèles théoriques choisis préalablement. C'est la raison pour laquelle, nous complétons cette démarche qualitative par une démarche abductive qui se situe au point d'intersection entre une démarche déductive et inductive, caractérisée par un *va-et-vient* entre théorie et empirie.

Nous avons rencontré douze sages-femmes libérales et quatre médecins-gynécologues (deux hommes et deux femmes), tous exerçant en Province de Liège. Nous avons complété notre recherche empirique en ouvrant notre collecte des données vers les associations représentatives des sages-femmes tant libérales qu'institutionnelles. Il s'agit de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UPSFB) et de l'Association Francophone des Sages-Femmes Catholiques (AFSFC).

Les entretiens se sont déroulés à distance dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19, ainsi qu'en présentiel, pour une partie d'entre eux, en fin de recherche. La récolte des données empiriques s'est déroulée sur une période s'étirant de novembre 2020 à décembre 2021. Le profil des personnes interrogées est hétérogène : une sage-femme a récemment mis fin à l'exercice de sa profession (tant institutionnelle que libérale) pour devenir travailleuse sociale, six sages-femmes exercent à temps partiel en institution hospitalière, cinq sages-femmes exercent à temps plein en activité libérale. Les médecins interrogés exercent tous en institution hospitalière et en profession libérale pour trois d'entre eux. Les

représentantes des associations professionnelles interrogées exercent également une activité professionnelle libérale et/ou en institution hospitalière.

L'ensemble de la collecte de données repose sur un total de dix-huit entretiens semi-directifs. Dix entretiens ont été menés à distance et huit en présentiel dont les quatre entretiens avec les médecins-gynécologues.

Pour anonymiser les résultats et utiliser le matériau recueilli dans la mise à plat et l'analyse à venir, nous avons opté pour une codification des personnes interrogées. Cette codification consiste à attribuer une lettre du nom associée à un numéro correspondant à la chronologie de l'entretien. Pour permettre une meilleure lisibilité de la présentation des éléments empiriques et de l'analyse, nous avons construit un tableau reprenant ces données d'identification des personnes interrogées et nous l'avons placé en annexe⁷.

Pour mener cette récolte de données empiriques, nous sommes partis de notre question de départ qui contenait déjà les éléments constitutifs de notre question de recherche : « *Comment les sages-femmes en profession libérale construisent-elles leur identité professionnelle dans l'art médical en Province de Liège ?* ».

A partir de cette question nous avons élaboré un guide d'entretien⁸ semi-directif constitué des thèmes relatifs à la construction identitaire. Suite aux deux premiers entretiens exploratoires et aux échanges réflexifs, nous avons modifié la formulation de la question de départ pour préciser la forme passive de la construction identitaire dans notre question de recherche : « ***Comment se construit l'identité professionnelle des sages-femmes libérales dans l'art médical en Province de Liège ?*** » car le processus de construction identitaire est un processus en partie inconscient.

Quant au guide d'entretien, nous avons conservé le premier guide élaboré qui répondait parfaitement à nos attentes. Après les six premiers entretiens, nous avons très légèrement perfectionné ce guide⁹ pour qu'il soit plus ciblé sur les thèmes développés dans les trois hypothèses retenues.

Notre travail exploratoire théorique et empirique nous a permis de formuler trois hypothèses :

Premièrement, ***la construction de l'identité pour soi des sages-femmes passe par l'engagement dans une activité libérale porteuse de sens.*** Isabelle Ferreras étudie la question du sens en tant que rapport expressif et précise que « *si le travail est autre chose qu'un simple acte technique, déshumanisé, s'il est*

⁷ Annexe 1 : Tableau de données anonymisées des personnes interrogées.

⁸ Annexe 2 : Guide d'entretien 1.

⁹ Annexe 3 : Guide d'entretien 2.

support et producteur de sens dans la vie de celui qui travaille, alors il devient un lieu d'expérience sociale à comprendre sociologiquement » (Ferrerias, 2007 : 47). Ce rapport au travail renvoie à l'identité pour *soi* et pour *autrui* dans le processus de socialisation décrit par Claude Dubar.

Ensuite, ***une représentation collective faible des sages-femmes libérales freine les perspectives de revendication d'autonomie professionnelle dans la construction de l'identité pour autrui.*** L'identité pour autrui, au sens de la socialisation « relationnelle » des acteurs en interaction dans un contexte d'action (Dubar, 2015 : 12), semble dépendante de l'autonomie professionnelle réduite à « *une autonomie relative conditionnée par la tutelle de la profession médicale* » (Carricaburu, 1987 in Schweyer, 1996). La construction d'une clôture par segmentation agonistique dans l'agir prudentiel (Champy, 2011) serait freinée par l'absence d'un Ordre professionnel et une représentation associative faible.

Enfin, ***pour obtenir de la reconnaissance professionnelle, les sages-femmes libérales développent des stratégies de socialisation face aux tensions culturelles, corporatistes et institutionnelles de l'art médical.*** Pour Hegel, l'identité du moi est le produit d'un processus conflictuel impliquant des pratiques sociales, des relations objectives et des représentations subjectives. « *La reconnaissance réciproque [...] est le point de départ obligé de la socialisation conçue comme processus de construction et de reconnaissance de l'identité personnelle* » (Dubar, 2015 : 81).

Pour conclure cette partie méthodologique, nous avons été confrontés à certaines limites dont deux principales : la réalisation des entretiens semi-directifs à distance via la plate-forme « Messenger » suite à la crise sanitaire et les représentations personnelles sur la profession de sage-femme exercée par notre conjointe et qui pourrait orienter subjectivement nos recherches constituant ainsi un biais méthodologique. Notre rigueur et nos lectures ont, nous l'espérons, réduit ce dernier biais. Nous reviendrons sur les biais et les limites lors de la discussion des hypothèses en fin de travail.

5 Mise à plat et analyse des données

Après avoir contextualisé notre recherche par ce développement méthodologique et théorique, nous allons analyser les données empiriques collectées à travers les dimensions identifiées qui permettent de comprendre le phénomène étudié.

La réalisation de la synthèse des données empiriques récoltées durant les entretiens semi-directifs et la construction d'un outil d'analyse sont mises en œuvre par la conception d'un tableau comparatif reprenant les profils des SFL et les thèmes récurrents. Pour rappel, nous avons anonymiser les données

par une codification des personnes interrogées en utilisant une lettre du nom suivi du numéro d'entretien attribué chronologiquement. Après une première mise en perspective, nous identifions huit thèmes récurrents et exploitables pour cerner l'identité professionnelle des sages-femmes libérales : la définition de la profession de SF ; la formation ; la question du sens ; la parentalité ; l'autonomie ; les tensions ; l'appartenance au groupe professionnel ; la reconnaissance. Dans notre développement, nous déclinerons ces thématiques en sous-thématiques pour étayer notre propos sur un mode narratif et circulaire plutôt que pyramidal et linéaire.

5.1 De la définition de la profession de SF à la définition de soi

Les entretiens débutent par une description du travail de sage-femme libérale. Les SFL enquêtées décrivent spontanément le contenu d'une journée type de leur activité professionnelle. Elles ne définissent pas spontanément ce qu'est une sage-femme. Selon elles, une sage-femme est une femme qui assure le suivi des femmes enceintes en périnatalité ainsi que le travail durant l'accouchement. Elles n'expriment pas spontanément l'entièreté de leurs spécificités mais durant les entretiens, elles composent toutes une définition de leur profession reprenant les éléments de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Pour M1, sa définition professionnelle est intrinsèquement liée à son lien avec « ses » patientes : « *J'attire des patientes qui me ressemblent !* » et d'ajouter qu'une sage-femme, libérale en particulier, « *est un peu de tout* », à la fois médecin, infirmière, psychologue... D'origine française mais ayant étudié en Belgique, M1 éprouve des difficultés pour se situer professionnellement dans le paysage des soins de santé en Belgique. Elle présente une définition plus claire de la profession de sage-femme en France où, selon elle, les rôles avec les différents intervenants de santé sont mieux définis et où la sage-femme jouit d'une véritable autonomie au quotidien.

Quant à F2, à la question de l'identité professionnelle spécifique entre les deux corporations dominantes, elle dit « *ben, je suis sage-femme* » mais sans plus de précision. Elle se définit comme proche d'une aidante familiale : « *Je suis un soutien car, celle qui travaille, c'est la femme enceinte car c'est elle qui accouche* » et de compléter le propos par « *La sage-femme doit attendre, tricoter !* » mettant ainsi en avant le rôle autonome de la sage-femme dans le suivi eutocique de la périnatalité. F6 rejoint cette définition. Quant à V13, elle exprime le rôle d'« *accompagnement des mamans dans le respect de leurs choix* ». Elle poursuit sa définition professionnelle par les actes réalisés par les sages-femmes et des éléments très techniques et factuels tout en étayant paradoxalement avec des exemples relevant de soins du champ relationnel comme l'écoute et la relation d'aide.

D'autres SFL interrogées se définissent en lien avec une définition technique de leur profession située dans la division du travail. F6 définit son activité professionnelle comme faisant partie de l'art de guérir mais, paradoxalement, lorsqu'elle définit son activité autonome, elle met en avant les actes techniques et relationnels ne relevant pas de l'art de guérir au sens de la loi coordonnée de 2015 sur les professions de santé. Pour mettre en évidence cette dualité entre l'aspect technique de l'art de guérir relevant du médical et l'aspect relationnel, M9 déclare : « *Nous les sages-femmes, ce n'est pas que du médical* ».

A5 se définit professionnellement, dans un premier temps, par les actes techniques et relationnels développés dans son activité. En cours d'entretien, elle définit sa profession comme une passion et est rejointe, dans ce sens, par F6 qui se découvre une passion lors d'une recherche d'orientation professionnelle après un échec à l'université.

Les enquêtées s'accordent sur le fait que leurs rôles professionnels passent par un aspect relationnel que la corporation médicale dominante ne peut pas apporter dans le suivi périnatal de la parentalité. Cet aspect relationnel important dans la pratique professionnelle développée en profession libérale pour rendre du sens est définie par F-X Scheweir comme une « *compétence de genre* » dans laquelle s'inscrivent les sages-femmes. De cette « *compétence de genre* », la maternité prend un rôle primordial dans le développement et la construction de la définition identitaire. La plupart des enquêtées expriment d'ailleurs que leur propre maternité a fondamentalement changé la manière dont elles perçoivent leurs relations avec les patientes et la manière dont elles interagissent avec les pères. Trois sages-femmes interviewées sur douze ne sont pas mère. Pour elles, l'accès à la maternité ne devrait rien changer à leur manière d'appréhender la parentalité et donc leur activité professionnelle. Pour C8, ce serait même un avantage pour être temporellement plus disponible pour sa patientèle. A5 s'estime meilleure sage-femme depuis qu'elle a accédé à la maternité mettant en avant le lien relationnel plus fort partagé ainsi avec les patientes. Cela va de pair avec un moindre intérêt pour le rôle du père mais cette tendance est minoritaire dans le cadre des entretiens menés.

La question du genre occupe donc une place importante dans la définition de la profession de sage-femme et plus particulièrement de l'identité pour *soi*. Étymologiquement, dans le terme de sage-femme, on retrouve le mot *sage* qui vient de *sapiens* au sens de la connaissance et de l'expérience, source de la sagesse. C'est donc la personne qui a la connaissance de la femme pour l'accoucher. Historiquement, nous avons préalablement exposé le développement de la profession de sage-femme lors de l'état de l'art. De cet exposé, il apparaît qu'avant de devenir une profession, la pratique réalisée maintenant par les sages-femmes se transmettait de mère en fille et se développait chez les femmes lorsqu'elles devenaient mère. Ces *matrones* aidaient ensuite les autres femmes dans leur parcours de grossesse. C'était une « *affaire de femme pour les femmes* » (Knibiehler, 2000) qui se déroulait dans l'ombre au sein des foyers domestiques. Si certaines sages-femmes interrogées expliquent un changement dans leur

manière de prendre en charge la périnatalité après être devenues mère à leur tour, elles restent réticentes à l'idée que leur profession est une « *affaire de femme pour les femmes* ». La majorité estime d'ailleurs que la venue des hommes dans la profession serait un plus tant pour promouvoir le métier que pour repenser les bases relationnelles avec les couples dans la notion de parentalité qui sort d'une notion genrée en terme de mère-père pour être progressivement remplacée par la notion de co-parent. La définition du terme *sage-femme* n'est donc plus en lien étroit avec le fait d'être une femme, même si la profession reste presque exclusivement féminine. On ne retrouve des hommes que dans les institutions de soins et plus particulièrement sur les plateaux techniques comme le bloc d'accouchement. Aucun homme *sage-femme* n'est installé en profession libérale en Province de Liège. Cependant, malgré l'évolution vers une idée moins genrée de la profession, les *sages-femmes* interrogées restent dans une dynamique de définition essentiellement féminine en terme de pratiques professionnelles. F11 nous dit qu'« *une sage-femme est une accompagnatrice et une éducatrice d'une patiente qui va avoir un bébé* » et qu'« *il s'agit d'une étape de la vie qui est une sorte de passage initiatique pour la femme qui accouche* », ce qui rejoint cette idée d'« *affaire de femme* ». Elle ajoute que sa maternité n'a pas fondamentalement changé sa manière de travailler et de se définir professionnellement mais bien personnellement en tant que femme. F11 témoigne également de questions régulièrement posées par ses patientes sur le fait de savoir si elle est elle-même mère, et qu'avant sa maternité, elle « *noyait le poisson* » de peur que les patientes manquent de confiance ou pensent ne pas être comprises par cette absence de maternité, ce qui peut être discriminant pour un homme qui voudrait développer cette pratique libérale. Ceci reflète encore cette notion de *matrone* qui travaille dans l'ombre *aux affaires des femmes pour les femmes*. M14 nous dit que la naissance de son premier enfant a changé sa manière de se définir et qu'avant sa naissance elle avait « *fait une petite préparation à l'accouchement, toute gentille, et que j'avais l'impression que je savais mais, en fait, on n'est plus vraiment sage-femme, on est patiente ! Et maintenant, je peux mieux comprendre ce qui arrive aux patientes. J'ai aussi pris conscience qu'on a fort médicalisé la grossesse* ». Enfin, F6 exprime même une sorte de revendication féministe et de filiation entre femmes, qu'elle qualifie de « *sœurs* », dans le fait d'être une *sage-femme*.

Lorsqu'il s'agit de savoir de quelle profession, autre que *sage-femme*, elles se sentent le plus proche, deux se disent psychologue, pédiatre et infirmière puis après un temps de pause, M1 dit « *à une grand-mère* ». F2 se dit aide-ménagère. Elles relèvent que *sage-femme* est une profession du sensible, de l'affect des femmes avec les femmes. Paradoxalement, elles répondent par l'affirmative à la question sur la place des hommes dans cette profession mais surtout au bloc et dans les actes techniques. Toutes n'en connaissent qu'un ou deux en Province de Liège, lequel exerce en institution dans un service de néonatalogie. A5 se définit également comme chanteuse ou poète car « *il y a des textes qui aident parfois beaucoup les choses* », textes qui constituent un outil communicationnel et sentimentale utile à la pratique de la profession de *sage-femme*.

Il n'y a donc pas une définition homogène claire et précise de leur activité professionnelle et de leur identité propre et spécifique. Les SFL construisent leur définition en lien avec leur pratique, lesquelles varient en fonction de leur région d'activité, de leur expérience, de leur patientèle et des besoins de celle-ci, ainsi qu'en fonction du réseau professionnel dans lequel elles s'inscrivent. Cependant, certains thèmes récurrents et homogènes, comme le lien relationnel et le sens du métier, ressortent des entretiens pour se définir.

5.2 Le sens et l'identité

La question du sens de son action et de son existence est primordiale dans la construction identitaire d'un individu tant dans ses dimensions relationnelles que biographiques (Dubar, 2015). Si notre vie n'a pas de sens à nos yeux, ni au regard de l'autre, nous vivons une situation d'inconfort psychologique menant à des situations psychopathologiques plus ou moins importantes car cela peut engendrer une véritable crise identitaire.

La question du sens au travail relève du rapport expressif que nous entretenons avec notre activité professionnelle (Ferrerias, 2007). Nous avons donc interrogé les sages-femmes sur ce rapport expressif qu'elles entretiennent avec leur travail. Toutes les sages-femmes interrogées témoignent d'une perte de sens de leur travail réalisé en institution. Elles soulèvent l'idée que se mettre en activité libérale leur permet de retrouver ce sens perdu.

Pour S7, être une SFL permet d'aller plus loin qu'au sein d'une institution de soins de manière à devenir un véritable « *pilier* » pour les patientes. Quant à F11, elle fait le choix d'exercer en profession libérale car « *l'institution ne répond plus aux besoins* » tant du personnel de santé que des patientes. Donc, travailler, dans un domaine non-marchand, en faisant abstraction des besoins est considéré comme une perte de fondement idéologique touchant le sens de son action et amenant une perte d'identité.

Les SFL enquêtées expriment cette tension exacerbée par les soucis de rentabilité institutionnelle, d'une part, et d'autre part, l'hyper-médicalisation de la grossesse qui semble les exclure de leur rôle premier de suivi eutocique au profit de la corporation médicale qui est la profession dominante. Cette idée rejoint le mouvement historique d'institutionnalisation de la pratique des sages-femmes au début du XXème siècle mis en évidence par Yvonne Knibiehler en 2000.

Pour M1, retrouver du sens c'est « *prendre le temps pour faire ce pourquoi les sages-femmes sont faites* » et de préciser « *l'éducation, le relationnel, la parentalité, l'allaitement [...] et ainsi déterminer seule ce qui est le mieux* ». L'autonomie et le relationnel rendent ici du sens à M1. Quant à F2, elle développe son activité libérale suite à un burn-out, psychopathologie spécifique de la perte de sens de son travail, développé après 30 ans de pratique institutionnelle où « *il était devenu impossible de faire*

ce pourquoi je suis faite, je travaillais contre moi [...] en institution, la patiente était l'enclume et l'institution avec le médecin était le marteau ; j'étais entre les deux ! »

S3 exprime être désabusée de l'hôpital suite à la crise sanitaire du Covid et aux conditions de travail qui se dégradent par une pression et un rythme croissant aboutissant à une perte de sens dans la pratique institutionnelle. Et d'ajouter sur la gestion de la crise sanitaire par les autorités politiques et les institutions de soins « *j'ai l'impression qu'on se fout de nous. C'est comme la floche sur les carrousels ; on te promet des meilleures conditions de travail et une meilleure reconnaissance et quand tu vas l'attraper, hop ! on tire sur la corde et la floche s'en va, et toi, tu restes avec ta frustration !* ». Il y a chez S3 une perte de confiance dans les institutions et les autorités qui les gèrent. L'activité libérale, et l'autonomie qui l'accompagne, lui permettent de prendre les orientations professionnelles qui font sens pour elle. Par rapport aux représentations qu'elle a de sa pratique sage-femme.

Le sens de l'activité se trouve, pour C8, dans le fait d'accompagner et de guider les femmes, qui auront peu d'enfants (un ou deux), « *à bien le réussir en prenant le temps de manière centrée sur la patiente, de répondre à ses besoins* », ce qui nous semble intégrer un modèle libéral et consumériste de la parentalité avec l'injonction de « *réussir* ». C8 pose également le problème des « *violences obstétricales* » qu'elle relie aux notions de médicalisation technique et de rentabilité qui dominent les pratiques institutionnelles. Les valeurs des sages-femmes enquêtées s'éloignent totalement de cette notion de « *violence obstétricale* » qui est déjà perçue comme constituée par le fait d'être décentré de la patiente. Dans ce cadre, F11 dit d'ailleurs que « *l'accouchement, c'est comme si leur corps ne leur appartenait plus, qu'il n'y a plus d'intimité* » et elle voudrait apporter « *autre chose* » pour rendre cette intimité. F11 trouve également du sens dans l'apport d'un « *autre chose* » que la péridurale face à la douleur.

Le sens pour V13 est une sorte d'*effet miroir* dans l'accompagnement et le développement de l'autonomie des patientes à travers quoi elle peut se développer personnellement et en apprendre sur elle-même. De cet apprentissage de soi, qui est intrinsèquement lié à sa construction identitaire pour *soi*, elle peut ensuite le ramener à l'intérêt des autres patientes. Nous analysons ce propos comme une mécanique identitaire où lorsque l'identité pour *autrui*, que renvoie les patientes à V13, fait sens, l'identité pour *soi* se construit à son tour et est ensuite utilisée pour se renforcer dans les liens professionnels ultérieurs. C'est donc un mécanisme de construction et renforcement identitaire professionnel par la socialisation dans la relation patient-soignant à travers le sens.

Cependant, en cas de perte de sens, c'est une véritable crise identitaire personnelle qui émerge et peut alors devenir la cause d'une remise en question globale et plus spécifiquement professionnelle allant jusqu'au changement de carrière. L'entretien avec D4 étaye ce propos. D4 a réorienté sa carrière

professionnelle après avoir travaillé plusieurs années en institution sans trouver de sens. Elle a ensuite développé une carrière libérale, d'abord à temps partiel puis à temps plein durant 4 ans. D4 exprime une grande fatigue et considère que les autorités de santé ne démontrent aucune reconnaissance de la profession de sage-femme, « *on est toujours oublié [...] on paie de sa personne pour peu* » et d'ajouter « *si on veut bien faire les choses, on ne peut pas en vivre* ». La non-reconnaissance perçue aboutit à une perte de sens déstructurante sur le plan identitaire comme décrit par Dubar et El Akremi.

L'importance du rapport expressif chez les sages-femmes enquêtées prend le pas sur le rapport instrumental sans pour autant l'exclure. La majorité des personnes ayant répondu ont une pratique professionnelle mixte entre profession libérale et institutionnelle car il est très difficile de vivre d'une pratique exclusivement libérale à moins d'y associer une pratique plus commerciale, et donc non conventionnée, orientée vers les soins de bien-être. Toutes les sages-femmes interrogées sont conventionnées et évitent de facturer des suppléments pour les soins relevant de l'assurance-maladie afin de garantir le meilleur accès possible aux soins pour la population. Cette valeur de santé publique développe le rapport expressif au détriment du rapport instrumental. Certaines vont d'ailleurs utiliser un soin technique pour valoriser le champ relationnel où se développe le sens de l'action, comme M1 qui nous dit : « *Je garde le soin vulvaire comme acte technique pour valoriser le temps à autre chose [...] le soin vulvaire n'est pas médicalement indispensable, une douche peut suffire, mais il permet d'entrer en contact et de créer du lien dans l'intime avec les patientes* ».

Nous pouvons temporairement conclure qu'il y a une ambivalence dans le rapport expressif que les sages-femmes entretiennent avec les soins en institution. D'une part, elles sont majoritaires, voire unanimes, pour témoigner de l'importance capitale d'avoir des institutions de soins, surtout plateau technique, de qualité où la sécurité des patientes sera garantie au maximum durant l'accouchement qui peut toujours présenter des complications majeures imprévisibles, mais, d'autre part, elles déplorent la sur-médicalisation de la périnatalité et les soucis de rentabilité économique qui ne permettent plus de répondre aux besoins des parents. Cette situation éloigne donc les sages-femmes de leur rôle d'accompagnement et de suivi. L'exercice en profession libérale, par leur autonomie d'action dans le champ relationnel et de bien-être, leur permet de retrouver ce sens perdu. Mais ce sens retrouvé se fait séparément de l'art de guérir relevant du médical et remet la sage-femme dans une pratique domestique. Ainsi, le rapport expressif se développe en inverse du rapport public et politique du travail de sage-femme. C'est en rentrant dans l'intime et le caché que les sages-femmes retrouvent le sens premier qui fonde leur identité pour *soi*. Mais le fait de retourner dans l'invisibilité du domestique diminue, selon nous, les capacités d'exprimer ce qu'elles sont pour construire l'identité pour *autrui* favorable à la revendication et à la reconnaissance que nous développerons par la suite.

5.3 La formation et l'identité

Selon Claude Dubar, Le choix de formation et trajectoire professionnelle s'intègre dans un processus de « *construction personnelle d'une stratégie identitaire* » (Dubar, 2015 : 114). Pour Catherine Paradeise, « *la formation occupe une place stratégique pour régler l'accès aux emplois* » et est « *conçue comme socialisation au travail, à l'entreprise et à la carrière dans la gestion de l'emploi* » (Dubar, 2015 : 168 – 169). La formation s'intègre donc dans l'identité pour *autrui* et permet d'accéder au segment du marché du travail protégé par une licence et un mandat. La formation développe ainsi la légitimité du professionnel tant auprès des usagers que des autorités et trouve son aboutissement dans la certification de la qualification pour obtenir un titre.

De notre recherche, nous avons identifié deux grands types de formations : la formation initiale et la formation continue.

5.3.1 La formation initiale en Belgique

Cette imbrication entre la formation infirmière et la formation sage-femme renforce le flou identitaire des sages-femmes qui sont souvent perçues comme des infirmières spécialisées dans les accouchements. Ce flou ne permet pas de cerner les spécificités des pratiques professionnelles sur l'ensemble du suivi de la périnatalité. Sur ce point d'ailleurs, les sages-femmes diplômées avant 2012 ont la possibilité d'obtenir, par assimilation, un numéro INAMI de praticien de l'art infirmier en plus du numéro de sage-femme. L'inverse n'est pas possible. Cette représentation infirmière renforce également le lien entre sage-femme et institution de soins dans une dynamique de délégation d'actes médicaux au détriment de l'autonomie professionnelle inhérente à la pratique en profession libérale de la fin du XIX^{ème} siècle. Ceci place la sage-femme dans une position de para-professionnelle réalisant des actes de type « *dirty job* » (Hughes in Dubar, 2015 : 132) délégués par la profession médicale dominante.

La formation suivie par les enquêtées change les représentations sociales et professionnelles sur le travail de sage-femme. F2 s'est formée dans les années 1980 et a obtenu un diplôme d'infirmière accoucheuse graduée qu'elle a complété par plusieurs formations spécifiques dont la spécialisation en soins infirmiers pédiatriques. Trois sages-femmes enquêtées ont poursuivi leur parcours de formation à l'université pour obtenir un Master en Sciences de la Santé Publique et ont ensuite occupé des postes de management dans des institutions de soins hospitaliers.

À ce titre, le parcours de F11, en lien avec les représentations sociales sur la profession de sage-femme, peut être considéré comme un idéal-type. Vers l'âge de 15 ou 16 ans, F11 travaille dans le domaine de la petite enfance. Son attrait pour ce milieu l'amène à penser sa carrière professionnelle à venir. C'est

son médecin traitant qui la met sur la piste menant au choix de la profession de sage-femme. Elle assistera ensuite à son premier accouchement, à l'âge de 17 ans, avec son gynécologue à qui elle avait fait part de sa probable future orientation. Cet accouchement « *est la plus belle chose que j'ai jamais vue et donc il n'y avait plus de doute [...] je me suis inscrite en première année d'accoucheuse* » et de préciser, « *mes parents pensaient qu'une accoucheuse c'était une infirmière spécialisée* ». Au terme de sa seconde année, F11 ne se sent pas capable d'être accoucheuse et décide de bifurquer vers la troisième année d'infirmière graduée. Après avoir terminé ce cursus d'infirmière, elle retourne dans la filière accoucheuse et termine aussi ce cursus. Ce parcours démontre les similitudes importantes du parcours de formation initiale des praticiens de l'art infirmier et des sages-femmes qui est à l'origine d'une identité pour *autrui* s'orientant vers une représentation sociale de la sage-femme comme étant une infirmière spécialisée, à savoir un sous-segment, une spécialisation de l'art infirmier. Cette identité partagée est encore très prégnante car récente. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce changement récent du parcours de formation d'accoucheuse vers sage-femme dans la partie de ce travail consacré à la reconnaissance.

Ou encore le parcours de formation de V13, formée comme infirmière puis accoucheuse dans les années 1990. Elle nous décrit le jour de son inscription : « *Quand je suis allée m'inscrire, c'était toujours la formation infirmière et puis accoucheuse ; accoucheuse était une spécialisation, on va dire comme ça. Et puis quand je suis arrivée au Barbou, j'ai dit que je voulais m'inscrire comme sage-femme et la dame m'a répondu "faites d'abord infirmière et puis vous verrez après ! " mais moi je ne voulais pas être infirmière. Je voulais travailler avec des bébés et faire des accouchements* ».

Les difficultés de reconnaissance et de construction identitaire des sages-femmes liées à la formation sont aussi décrites par la profession médicale dominante. Une médecin gynécologue, connaissant le terrain français et ayant enseigné en école de sage-femme, met en évidence que « *les sages-femmes belges n'ont pas grandi dans l'art de guérir [...] elles n'osent pas raisonner d'un point de vue médical* » et d'ajouter, que « *leur autonomie dans l'art de guérir passe par un "upgrading" de la formation initiale qui est actuellement insuffisante* ». Cette représentation de la sage-femme dans l'art de guérir est en écart des zones, des segments du travail dans lesquels les SFL développent leurs activités. Tant la formation initiale que la formation continue ne permettent pas de développer une réelle autonomie dans l'art de guérir et n'est donc pas favorable à une division technique du travail per-partum au profit des sages-femmes.

Certaines sages-femmes, comme F11, témoigne d'une capacité à prendre en charge en libérale les accouchements mais à condition d'avoir accès à un plateau technique. Cette capacité est autoévaluée à partir de l'expérience professionnelle acquise dans les institutions hospitalières et non au regard de la

formation initiale. Sur ce point, la profession médicale dominante est unanime pour dire qu'il est dangereux de faire des accouchements à domicile car il s'agit d'un acte qui peut très vite passer de l'eutocie à la dystocie et que si les SFL veulent plus d'autonomie dans ce domaine, elles doivent revendiquer une formation plus solide dans le domaine des connaissances médicales. Nous devons aussi, dans ce domaine particulier, mettre en évidence le rapport instrumental, expressif et public des médecins. L'accouchement rapporte tant financièrement que sur le plan de leur identité à travers le sens de leur profession et des liens qu'ils entretiennent avec leurs patientes. Nous développerons ce point ultérieurement.

5.3.2 La formation continue

Toutes les sages-femmes rencontrées en entretien ont poursuivi et poursuivent encore leur parcours de formation pour développer des compétences que la formation initiale se contentait, au mieux, d'aborder. Ces formations couvrent plusieurs domaines spécifiques en lien direct ou non avec la formation initiale. Les domaines de formation continue, dans lesquels les sages-femmes s'engagent, relèvent de la physiologie, du bien-être, du développement personnel et font appel aux capacités relationnelles plutôt que techniques. Ces domaines s'écartent donc de l'art de guérir et renforcent le rôle paramédical. À partir du matériau empirique récolté, nous pouvons citer comme formations continues les plus suivies : le portage, l'haptonomie, l'hypnose, l'allaitement, la sophrologie, le massage bébé, l'acupuncture, la nutrithérapie ou encore l'aromathérapie.

Il y a une homogénéité quant à ce positionnement vers le domaine du relationnel. F11 exprime : *« j'ai un lien très fort avec mes patientes et leur bébé. C'est même difficile de collaborer car il y a une sorte de filiation qui se développe »*, ou encore F6 qui qualifie les autres femmes de *« mes sœurs »*, et M14 qui estime que sage-femme *« c'est bien plus qu'un boulot ! »* pour mettre l'accent sur la dimension relationnelle qui prend le pas sur l'aspect technique et physiologique. Ceci nous semble placer, la prédominance de l'activité des sages-femmes en profession libérale, dans le champ de *l'agir prudentiel* (Champy, 2011), par son caractère incertain, délibératif et singulier, comme une activité professionnelle relevant du relationnel entre le praticien et son client, et qui permet de sortir de la polarisation entre « métier » et « profession » réglementée, mettant ainsi l'accent sur son caractère hybride renforçant par la même occasion le flou identitaire. Les sages-femmes libérales, en développant le champ relationnel, sortent de la profession réglementée pour investir un espace d'autonomie et d'incertitude où elles peuvent donner sens à leurs représentations sociales et personnelles de la périnatalité. De cette manière, elles développent le rapport expressif de leur travail et favorisent ainsi paradoxalement leur construction identitaire entre l'identité pour *soi* en lien avec leurs représentations et l'identité pour *autrui* par l'investissement du relationnel pour répondre à une demande des patientes en dehors de l'art de guérir.

Cependant, ces processus de formation continue qui touchent des domaines non règlementés et donc, non protégés par une licence et un mandat, sont ouverts à d'autres profils professionnels ce qui rend d'autant plus incertain l'identité pour *autrui* des bénéficiaires par les possibilités d'interférences d'autres professionnalités ou métiers. Nous reviendrons sur ce point de l'interférence dans la partie consacrée à l'autonomie.

5.3.3 Du compagnonnage comme transmission identitaire

Sous le prisme de cet *agir prudentiel* dans le cadre du travail relationnel et plus généralement l'ensemble des activités professionnelles des sages-femmes, l'expérience est une composante nécessaire aux processus délibératifs pour guider, accompagner et prendre des décisions lorsque les situations l'exigent. Toute sage-femme diplômée, en Belgique, a la possibilité de s'engager dans une activité libérale sans condition particulière.

Cependant, une majorité des SFL interrogées mettent en avant l'importance de construire un réseau de travail avec les gynécologues, les institutions de soins et les autres SFL. La construction de ce réseau de travail se fait par les échanges et des processus inter-évaluatifs pour garantir la confiance.

Un moyen efficace pour construire ce réseau et de développer une culture professionnelle ainsi que de l'expertise est le « compagnonnage ». Pour tenter de définir ce concept, nous nous référons aux Compagnons du Tour de France : « *Le compagnonnage a pour double but de former des hommes en même temps que des professionnels qualifiés. Il permet à chaque individu l'accomplissement de ses possibilités culturelles et professionnelles, grâce à l'exercice de son métier et à la transmission des savoirs. Le compagnonnage est un outil de promotion sociale, de formation et d'éducation. Autour du métier et de son apprentissage, il s'agit pour le jeune itinérant de se construire au mieux de ses capacités, pour devenir un bon professionnel et un acteur de la cité, sûr de sa valeur et de ses valeurs.* »¹⁰ Nous précisons d'emblée que le terme « homme » doit être sorti de son contexte genrée et s'entendre aussi pour « femme ». Le terme « éducation » met l'accent sur l'aspect culturel et, selon nous, rejoint le concept d'acculturation et d'affordances comme outils pour créer un « *esprit de corps* » (Dubar, 2015) par la formation des personnalités individuelles comme une incorporation progressive de la culture de leur société d'appartenance.

De cette définition, il ressort deux notions essentielles : l'apprentissage par la transmission et le développement culturel. Nous avons préalablement développé l'incomplétude de la formation initiale, selon les SFL interrogées, et leur besoin de compléter leur formation principalement dans des domaines relationnels et développementaux. Mais ce sentiment est aussi présent quant à leur expertise médico-

¹⁰ <https://compagnonsdutourdefrance.org> consulté le 7 mars 2022 à 13h40.

technique. Le compagnonnage a été mis en évidence comme mode d'apprentissage des SFL en Belgique par Claire Neukermans, France Merhan et Etienne Bourgeois en 2019. Cependant, notre étude qui porte sur un ensemble de douze SFL ne démontre pas la même situation pour la Province de Liège. Une seule sage-femme interrogée, C8, qui s'est installée directement en activité libérale déclare avoir bénéficié du modèle de compagnonnage durant trois ou quatre mois avec une « *ancienne du métier puis plus rien* ». Elle déplore même l'existence d'une concurrence entre les praticiennes. Il n'y a, en Belgique, aucune obligation de suivi des nouvelles SFL. Le mode de transmission le plus répandu, et faisant penser à du compagnonnage, est le suivi des nouvelles sages-femmes par les institutions hospitalières qui les engagent. Du fait que C8 débute directement sa carrière par l'activité libérale, elle n'a pas pu construire sa culture professionnelle par les affordances, propices à l'acculturation, qui se développent dans les hôpitaux. Elle n'a pas été non plus en mesure de construire un réseau professionnel de soutien et d'échange. D'autres SFL travaillent en association ou société pour faciliter la construction de ce réseau, le développement de la culture professionnelle et avoir une meilleure visibilité et légitimité auprès de la profession médicale dominante et des institutions hospitalières. Dans ce cadre, nous avons identifié des regroupements de fait ou officiels de certaines SFL interrogées. Ces regroupements avaient le plus souvent comme origine une ancienne collaboration hospitalière avec la poursuite de la culture de l'institution de soins originelles. Ces groupes de SFL continuent de s'identifier à un ou deux établissements et les établissements concernés orientent plus facilement les patientes vers ces SFL ou groupes de SFL. Il persiste ainsi un « entre-soi » lié par la culture professionnelle qui sert de ciment identitaire. Nous pouvons donc préalablement conclure qu'il n'y a pas une identité professionnelle des SFL mais des identités professionnelles en lien avec le lieu d'acculturation originel considéré comme un lieu de socialisation primaire conçu comme un entraînement à développer et maîtriser un « *ensemble d'instruments d'adaptation partagés avec les autres dans une société donnée* » (Kardiner, 1939 in Dubar, 2015) permettant de construire la « *personnalité de base* » professionnelle, laquelle détermine l'identité pour *soi*. La difficulté de cette construction est qu'elle peut se déterminer arbitrairement par la sélection individuelle des traits culturels qui rejoignent les représentations sociales de chacun. Ce mécanisme est source des identités multiples des sages-femmes libérales.

Enfin, un frein à la méthode de formation compagnonnique est l'augmentation importante et rapide du nombre de sages-femmes installées en profession libérale depuis l'entrée en vigueur de la législation sur le retour précoce au domicile des parturientes, source de perte de sens de l'activité hospitalière et de l'impensé structurel des soins de santé en Belgique. Il était donc impossible pour les SFL déjà installées d'assurer un suivi éducatif et formatif des nouvelles installées. Cela a amené un sentiment d'isolement des SFL diminuant ainsi les liens culturels forts et partagés où chaque SFL reconstruit, individuellement et non collectivement, son système de valeurs. C'est une forme de désocialisation source de flou identitaire pour *autrui* et de perte de visibilité sociétale, ce qui renforce la crise identitaire entre l'identité pour *soi* et pour *autrui*.

5.4 La parentalité et le « retour précoce » : opportunités ?

Dans l'état de l'art, nous avons développé la position d'Yvonne Knibielher, en 2000, qui place le rôle de la mère et de la maternité dans l'ombre, dans l'invisible, d'une société patriarcale où la « *production d'enfants* » est un enjeu de pouvoir d'un sexe sur l'autre. Ce pouvoir se manifeste par la médicalisation de l'accouchement puis du suivi périnatal par une profession médicale patriarcale et suspicieuse par rapport aux femmes. La féminisation de la médecine et l'évolution de la périnatalité maternelle vers la parentalité incluant le père, ou le co-parent, ont permis de changer le paradigme culturel dans lequel les sages-femmes évoluaient. Elles doivent donc redéfinir leur identité en lien avec leur pratique et ce changement culturel.

Le passage du paradigme de la maternité au paradigme de la parentalité s'inscrit dans une redéfinition de la notion de la famille. Ce changement constitue une opportunité pour les sages-femmes libérales car il répond à un besoin de démedicalisation et d'un retour de la grossesse, et plus généralement, de la construction parentale vers le relationnel et la physiologie. La « *compétence de genre* » (Schweyer, 1996), comme socle de l'activité des sages-femmes, se renforce mais évolue également vers la connaissance du couple et de ses liens, et plus uniquement la connaissance de la femme.

Plusieurs SFL interrogées mettent en avant l'accompagnement du couple dans une notion de parentalité qui remplace progressivement la notion de maternité. Selon elles, l'institution hospitalière est encore loin de réaliser cette évolution paradigmatique qui intègre le conjoint mais aussi l'enfant à naître ou nouveau-né dont témoigne l'augmentation des demandes de projets de naissance des couples auxquels les SFL apportent une réponse en toute autonomie. De ce fait, D4 amène les valeurs relationnelles dans le quotidien de la sage-femme et dans sa définition identitaire : « *Il faut prendre en compte la famille dans son ensemble, avec l'importance du rôle du père* » et « *Il faut prendre le temps et surtout écouter !* ». L'écoute est selon D4 la base de l'accompagnement et prend les trois quarts du temps d'occupation de la sage-femme. Pour appuyer cette notion d'accompagnement de la parentalité, F6 définit la SFL comme une « *sage-femme sans blouse blanche* », ce qui permet d'abolir les frontières entre le savoir, la connaissance de la sage-femme et la patiente ou le couple pour « *rendre le pouvoir au gens* ». Quant à S7, elle va plus loin dans cette notion d'accompagnement en se définissant « *comme un pilier sur lequel les femmes peuvent s'appuyer* ».

Dans l'entretien mené avec F2, la notion de « couple » revient régulièrement lorsqu'elle développe sa pratique professionnelle en libérale. Par contre, lorsqu'elle parle du suivi de la grossesse en institution hospitalière, elle parle des femmes : « *quand on est à l'hôpital, le pauvre homme (le père), il n'a quasi pas de place parce qu'on lui prend* » et d'ajouter, « *on lui dit "monsieur mettez-vous là dans le fauteuil et si vous voulez voir venez là, mettez-vous comme ça", il y a beaucoup de directif. Alors qu'à la maison*

ce n'est pas pareil. À la maison je vais toujours parler à la famille. Et je connais tout le monde [...] le rôle de la sage-femme (dans le couple), c'est de leur donner de l'autonomie, c'est à deux qu'ils vont le faire. Ils vont l'avoir à deux et ils vont rentrer à deux à la maison avec leur enfant. En plus, il y a les frères et les sœurs qui seront là ». F2 envisage sa pratique libérale au-delà de la connaissance de la femme. Elle intègre systématiquement la dimension parentale en incluant le rôle du père, ou du co-parent, et la dimension familiale avec la fratrie pour une meilleure préparation et une meilleure intégration de l'enfant à naître dans cet espace familial qui s'élargit et doit donc se redéfinir comme un nouvel ensemble cohérent.

Dans cette dimension familiale qui renforce les concepts de couple et de parentalité, F6 explique *« l'importance que le transgénérationnel et l'expérience individuelle peuvent avoir sur les représentations familiales. C'est une des premières questions que je pose aux parents, c'est "qu'est-ce qu'ils ont comme image de la parentalité, d'être père, d'être mère ? Et comment étaient leurs parents ? est-ce qu'on leur a raconté leur naissance ? " De manière à voir l'évolution de la parentalité à travers le temps ».* F6 travaille la construction identitaire de parent au sein du couple et plus largement de l'espace familiale. F6 s'inscrit dans une pratique professionnelle, de type relationnel, en redéfinition avec l'évolution sociétale de la notion de famille et de parentalité en pleine mutation. Sa profession libérale est donc en pleine reconstruction identitaire en dehors des contraintes institutionnelles et médico-techniques. Elle précise aussi *« je préviens toujours les parents qu'ils vont recevoir des conseils des proches tout en recontextualisant ces conseils en fonction des générations et des connaissances de l'époque »*, ce qui permet à F6 de conserver une méthode scientifique et professionnelle dans *« l'agir prudentiel »* pour s'extraire des activités intuitives partagées par les profanes et basées uniquement sur l'expérience. Enfin, elle termine sur ce sujet par un phénomène d'accroissement de l'isolement du noyau parental : *« il y a de plus en plus de parents isolés, qui ont peu voire plus de contacts avec leur entourage familial excepté un soutien matériel et des cadeaux, ou que les familles sont éloignées géographiquement alors qu'on n'est pas censé être parent, devenir parent seul ».* La sage-femme a donc aussi un rôle de substitution familiale et générationnelle dans l'accompagnement du couple et de sa construction d'identité de parent.

Les représentations des SFL sur cette notion de parentalité ne sont pas homogènes. F11 est plus ambivalente sur ce sujet. D'emblée, elle n'exprime que le point de vue de la femme et de son rôle de sage-femme en lien avec sa patiente : *« je suis comme une éducatrice, une accompagnatrice d'une patiente qui va avoir un bébé [...] sorte de passage initiatique ».* Elle définit la sage-femme comme une praticienne avec une dualité complémentaire de fonctions, une technique dans l'art médical, et une compétence relationnelle et psychologique. Elle met la focale sur son identité de femme en lien très fort avec son identité professionnelle qui s'est précisée et renforcée en devenant à son tour mère de famille.

Elle met ainsi en avant la construction de la sage-femme selon la notion de « matrone ». Cependant, lorsque nous abordons le rôle des hommes dans la profession de sage-femme et le rôle des pères dans la parentalité, le discours de F11 devient plus nuancé. Elle précise : « *si j'avais été un homme, j'aurais sûrement travaillé à l'épanouissement de la femme et du père [...] Je pratique l'haptonomie dont le but est de travailler avec le couple, d'accompagner le couple, donc le papa doit toujours être avec la maman. Donc ça reste un passage rituel pour la femme mais aussi l'homme qui passe du jeune garçon insouciant à l'homme responsable. Mais les hommes sont plus timides et réservés, il y a encore persistance d'un patriarcat où l'homme doit surtout apporter le confort matériel à la femme, même si ça change avec les hommes plus jeunes* ». Cette hétérogénéité est représentative des mutations paradigmatiques en cours.

C'est donc une véritable société en mutation qui devient particulariste et libérale où la vie privée se retranche derrière les murs de la maison familiale (Kuty, 2007) dans une dynamique de redomestication de l'activité humaine. Ce mouvement est caractérisé par le développement des projets de naissance, le souci de réussir sa grossesse et la naissance de l'enfant à venir (Gender reveal party, Baby Shower, Fête de naissance...), la peur des violences obstétricales (par la libération de la parole féminine suite au mouvement #MeToo), l'hôpital perçu comme dangereux car lieu pour les malades (amplifié par la crise sanitaire du Covid). C'est aussi une véritable perte de la toute-puissance et du paternalisme du médecin. Ce phénomène où l'autorité paternelle laisse la place à la liberté, la tendresse, le familial est caractéristique des sociétés démocratiques qui mettent à mal les héritages des sociétés aristocratiques et paternalistes (Kuty, 2007).

C'est dans ce tableau de la parentalité et du retour précoce, qui ouvre un champ des possibles, que les sages-femmes retrouvent, par l'activité libérale, une part importante d'autonomie professionnelle en s'écartant du suivi strictement médicalisé et institutionnalisé de la périnatalité. Elles reprennent ainsi un rôle déterminant en replaçant leurs activités au centre de la préparation et du suivi péri-natal en réponse aux préoccupations particularistes des parents et futurs parents. Cependant, cette autonomie se développe à l'écart du segment médical où les sages-femmes restent en « *autonomie relative conditionnée par la tutelle de la profession médicale* » (Carricaburu, 1987 in Schweyer, 1996). Ces modalités d'activités autonomes et leurs croisements conflictuels entre médicalisation et relationnel proviennent du souci de réussir sa grossesse. Là où la grossesse et l'accouchement étaient, pour la femme, un rite de passage initiatique la faisant passer de fille à mère et donc à femme, la maternité devient un élément de la parentalité qui se vit en couple et doit être réussi. C'est une forme de marchandisation de la parentalité où la sage-femme prend un rôle de coach dans le processus d'épanouissement du couple face à l'enfant en développement. Sur ce point, F11 se compare à une sorte d'agence immobilière dont le but est d'aider un couple à trouver ou de les accompagner à construire leur projet commun, « *leur bébé à soi !* ».

5.5 L'autonomie ou la quête d'identité entre tensions et interférences disciplinaires

Sur le plan identitaire, M1 éprouve des difficultés à définir son rôle et la plus-value de sa profession entre les praticiens de l'art infirmier et les praticiens de l'art médical. Elle dit « on est un peu tout », mais trouve qu'en profession libérale « *je suis autonome car je peux décider de tout, ce qui est impossible à l'hôpital* ».

À priori, les SFL définissent leur spécificité et autonomie par des actes ne relevant pas de l'art médical comme la promotion de l'allaitement maternel, le portage, la nutrition... Ensuite, les SFL plus anciennes, et avec une grande expérience en institution après une formation initiale d'infirmière accoucheuse, mettent l'accent sur « *le suivi en autonomie de la périnatalité des grossesses eutociques uniquement puis d'orienter vers un gynécologue-obstétricien en cas de doute sur l'eutocie* » mais dix SFL sur douze déplorent la réalité du terrain où la corporation médicale a tendance à les considérer comme des infirmières. Néanmoins, cinq SFL disent « *je suis connue dans le milieu et j'ai acquis la confiance des médecins* » pour que ceux-ci leur permettent une plus grande autonomie dans les actes relevant de l'art médical. Les SFL les moins expérimentées et disposant d'un réseau professionnel moins étendu, expriment disposer de peu d'autonomie dans l'art médical. Cependant, quatre SFL précisent que l'autonomie des sages-femmes doit être relative et subordonnée à la profession médicale dominante : « *une autonomie totale dans l'art médical est dangereux ; chacun son métier !* » (A5).

Il existe également des listes de praticiennes SFL dans les institutions hospitalières de la Province de Liège vers qui renvoyer les patientes dans le cadre des suivis de périnatalité à domicile lorsque ces dernières n'ont pas entamé spontanément ce suivi, le plus souvent, par manque de connaissance. Ces listes sont construites en fonction des liens avec les SFL qui y sont reprises. Ces liens sont tributaires d'une activité passée de la SFL dans l'institution concernée. Cela entraîne une poursuite de la dépendance institutionnelle, surtout pour les jeunes SFL qui ne peuvent pas encore compter sur le bouche-à-oreille, et qui maintient une forme de subordination non favorable au développement d'une autonomie réelle. Sur ce point, F2 déclare « *le niveau d'autonomie dépend de la confiance des patientes, des médecins et des institutions* ».

Dans les entretiens, la notion de liberté et d'universalité de la sage-femme est mise en avant. Cette profession peut être pratiquée partout et de la même manière car le langage de la parentalité est le même. Les enquêtées se rejoignent sur le fait que cette pratique universelle est de plus en plus difficile en institution aboutissant à une perte de sens et d'identité intenable. M1 et A5 se disent fatiguées de l'hôpital mais éprouvent le besoin d'y rester pour parfaire leur pratique et assurer des revenus réguliers. Quant à F2, elle a développé un burn-out en 2014, « *je ne me reconnaissais plus dans ce qu'on me demandait de faire* » et a été mise en retraite anticipée en 2018 après 30 ans de carrière. Elle a fait le

choix de reprendre une activité professionnelle dans le même domaine mais en profession libérale pour se retrouver dégagée des contraintes matérielles et assignations identitaires institutionnelles. Elle témoigne qu'elle ne pourrait pas vivre de sa seule activité libérale et que c'est grâce au complément de sa pension et de son conjoint qu'elle arrive à subvenir aux besoins matériels du ménage. Les autres enquêtées, à l'exception de D4 qui a quitté la profession, pensent qu'une réelle autonomie passera par la définition d'un statut clair et d'une revalorisation pécuniaire substantielle : « *une sage-femme libérale ne peut pas vivre de son métier si elle fait du bon travail alors que le médecin n'éprouve aucun problème* ». Deux enquêtées expriment également une inquiétude par l'arrivée des « Doulas »¹¹ qui prennent en charge tout l'aspect relationnel de leur profession sans formation particulière et sans licence. D4 dit : « *je ne les aime vraiment pas. Elles donnent aux femmes ce que les sages-femmes ne peuvent plus donner. C'est des gourous !* ». Elles perçoivent cela comme une interférence professionnelle et un manque manifeste de reconnaissance des autorités et de la profession médicale dominante. Pour les autres SFL interviewées, soit elle n'en parle pas, soit elles considèrent les « Doulas » comme des charlatanes sur lesquelles il n'y a pas lieu de s'éterniser.

Les enquêtées perçoivent l'exercice de leur métier en profession libérale comme la possibilité de s'affranchir des contraintes institutionnelles et corporatistes afin de faire le travail pour lequel elles sont formées de façon correcte par l'autonomie et ainsi rendre du sens dans un processus biographique pour soi tout en construisant un processus relationnel pour les autres. Leur vision identitaire reste floue et difficile à définir entre l'art infirmier et l'art médical ce qui les place dans une sorte de conflit interne et externe imposant des négociations constantes pour (re)définir leur rôle spécifique et sociétal.

5.6 L'appartenance au groupe professionnel

Nous avons déjà pu développer l'isolement relatif des sages-femmes libérales qui sont ainsi amenées à construire leurs représentations sociales et professionnelles de manière singulière en lien étroit avec leurs pratiques professionnelles hétérogènes. Ce constat n'est pas favorable à la construction d'une identité forte et communément reconnue pour *autrui*. Pour que cette identité trouve du sens commun et soit reconnue, elle doit passer par des représentations communément partagées par le corps professionnel (Dubar, 2015). Ce corps professionnel passe par le développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe professionnel que nous allons maintenant présenter.

¹¹ « La doula a pour vocation d'accompagner et de soutenir la future mère et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à son expérience et à sa formation, et cela uniquement en complément du suivi médical choisi par les parents (hôpital, clinique, sage-femme libérale...). Elle accompagne sans discrimination liée aux origines, à la religion ou à la préférence sexuelle des parents. Une doula n'a pas de fonction médicale, elle n'est pas thérapeute. Elle soutient le travail des sages-femmes. » <https://doulas.info/une-doula-cest-quoi/> consulté le 14 mai 2022 à 10h04.

À l'instar de la France, pays de référence en termes de comparaison pour les sages-femmes belges francophones, la Belgique n'est pas dotée d'une représentation officielle de la profession de sage-femme par un Ordre professionnel. Dans le cadre de ces revendications, les SFL interrogées n'ont que peu de socle. L'absence d'un Ordre des Sages-Femmes, distinct d'un Ordre des Praticiens de l'Art Infirmier (qui n'a pas encore été finalisé législativement), n'est absolument pas à l'ordre du jour. De ce fait, les SFL francophone ne peuvent se tourner que vers les deux associations représentatives que sont l'UPSFB (Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges) ou l'AFSFC (Association Francophone des Sages-Femmes Catholiques). Ces associations sont constituées sous forme d'A.S.B.L. et proviennent d'initiatives privées. Elles se donnent pour objectifs « *la promotion de la profession et la défense des intérêts moraux, sociaux et professionnels des sages-femmes* »¹². Il n'y a, pour les sages-femmes, aucune obligation d'adhésion à une association professionnelle.

Dans le cadre de notre recherche et après avoir mené les deux entretiens exploratoires, nous avons décidé d'ouvrir notre collecte de données aux deux associations susmentionnées. Les deux associations ont répondu positivement à notre requête. Nous allons mettre en articulation les données recueillies auprès des SFL et des deux associations concernant la représentativité.

Toutes les SFL interrogées sont affiliées à une association professionnelle et en particulier à l'UPSFB. Aucune n'est affiliée à l'AFSFC. Les raisons qui poussent les SFL à s'affilier sont essentiellement d'ordre instrumental. F2 exprime des relations tendues avec l'administration, en particulier l'INAMI, et déplore le manque de soutien des associations professionnelles et considère que le CNSF (Conseil National des Sages-Femmes) est quasi-inexistant pour défendre les intérêts de la profession. Elle est rejointe dans ce sens par D4 pour qui « *l'UPSFB ne sert à rien [...] les sages-femmes sont peu revendicatrices, on fait profil bas face aux autres professions* » et d'ajouter sur la représentation « *il nous faut un Ordre car l'UPSFB manque de représentativité [...] et ne peut pas revendiquer collectivement* ».

Quatre enquêtées ne se reconnaissent pas dans cette association qu'elles considèrent comme un organe de « copinage », dix enquêtées y adhèrent pour un tarif préférentiel dans le cadre de leur couverture en assurance responsabilité civile et professionnelle ainsi que lors d'inscriptions dans des formations continues. Le sentiment d'appartenance à un groupe dans la profession de sage-femme et plus particulièrement en SFL semble faible. Seule F6 parle de ses collègues, tant en institution qu'en libéral, avec un caractère filial et uni comme des « sœurs ». Quant à M9, elle pense que la masculinisation de la profession pourrait être porteuse de revendication plus forte car « *les femmes ne bougent pas assez [...] les mecs dans les usines obtiennent plus* ». Nous voyons ici que les représentations liées au genre

¹² <https://sage-femme.be/notre-association/> site de l'UPSFB consulté le 13 mars 2022 à 9h15.

dans une société toujours dominée par les hommes au niveau des institutions est un frein de revendication et de reconnaissance pour une profession quasi exclusivement féminine. V13 trouve la collaboration avec l'UPSFB positive pour organiser des remplacements de consœurs mais « *ne sait pas très bien ce qui se passe en termes de revendications* ». Pour F11 c'est « *notre sage-femme en chef (présidente et vice-présidente de l'UPSFB) qui revendique. L'association essaie de revendiquer mais c'est très compliqué* » mais à titre personnel, elle est affiliée essentiellement pour l'aspect utilitaire déjà décrit. Quant à l'intérêt d'un Ordre professionnel, « *je ne sais pas très bien !* ». Cependant, elle envisage l'évolution de la profession dans dix ans vers un regroupement car « *seule, on est faible et si on veut avoir la force il faudrait qu'on s'unisse. Le problème, c'est que l'Union amène d'autres soucis [...] il est difficile de collaborer entre SFL car on travaille différemment et moi j'ai un lien filial très fort avec mes patientes donc c'est encore plus difficile de collaborer* ». La singularité des profils professionnels et de formation ainsi que le besoin de liberté et de liens personnels avec la patientèle développent une pluralité des pratiques que nous avons déjà évoquée. Cette pluralité est cause de flou des frontières identitaires diminuant les liens communs entre les SFL et empêchant une culture professionnelle partagée favorable au développement d'un sentiment d'appartenance. Il nous semble que le choix de la pratique libérale pour s'extraire des contraintes institutionnelles et retrouver du sens pour soi se prolonge sur la culture professionnelle qui est vécu sur un mode plus singulier que collectif. Les SFL interrogées sont souvent ambivalentes car elles déplorent, d'une part, le manque de collectif et d'échange dans un sentiment d'appartenance peu développé au sein d'un groupe professionnel peu construit mais, d'autre part, elles freinent une évolution vers la construction d'un groupe car elles entretiennent des relations individuelles privilégiées avec leur patientèle dans un contexte de concurrence ainsi que de cultures et d'identités singulières, floues, multiples et morcelées.

Devant ce sentiment des SFL de ne pas être entendues en tant que corps professionnel par les autorités de santé et les autres disciplines professionnelles, dont principalement la profession médicale dominante, nous avons recueilli des données empiriques auprès de médecin gynécologues. V10, qui a travaillé en France durant sa formation de spécialisation en gynécologie, exprime de profondes différences entre les sages-femmes belges et françaises sur les plans de la culture identitaire et professionnelle, la formation, l'autonomie et la représentativité. En France, les sages-femmes sont plus solidement structurées car elles ont un Ordre et une formation de haut niveau (universitaire) au départ des facultés de médecine. Les échangeant avec les médecins sont plus collaboratifs qu'en Belgique et la division du travail est mieux définie entre la prise en charge par les sages-femmes, en toute autonomie, de l'eutocie et la prise en charge pathologique par les médecins. Elle déplore également l'esprit de compétition et de concurrence chez les sages-femmes en Belgique par rapport à la France où l'entraide et le projet du groupe professionnel est au centre des priorités. Pour V10, « *il n'y a pas, pour l'instant, de véritable profil de sage-femme libérale. Leur place est en train de se dessiner, tant dans les mentalités que d'un point de vue légale, mais elles partent dans tous les sens et n'ont pas un vrai projet*

professionnel de groupe structuré [...] il y a quelques sages-femmes figures qui font autorité mais qui occultent de ce fait la représentativité de l'ensemble » et d'ajouter « *Il serait important qu'elles aient un Ordre* ». Un autre représentant de la profession médicale, P17, explique l'importance pour une profession de former un groupe, « *un team* », tant avec les autres disciplines amenées à collaborer qu'entre membres d'une même discipline : « *les sages-femmes et les médecins n'ont pas la même vision et formation et sont donc complémentaires. Il faut que chacun trouve sa place au sein d'une équipe cohérente pour marcher ensemble* ». Les médecins interrogés considèrent que les sages-femmes sont entendues dans les différents Conseils et Cabinets politiques et sont donc en mesure de demander plus, surtout en termes de formation, pour assurer au mieux leur place dans la structure des soins en Belgique.

Du côté des associations professionnelles de sages-femmes, nous observons des points de convergence mais surtout des points de divergence, principalement d'ordre culturel. Nous allons exposer les éléments recueillis, en lien avec la construction d'un groupe professionnel, auprès de l'UPSFB puis de l'AFSFC. M12, qui représente l'UPSFB, nous explique l'histoire de la profession de sage-femme à travers le temps pour comprendre la situation actuelle. Nous avons déjà développé cette construction sociale de la profession. Elle déplore que, malgré la séparation de la formation entre sage-femme et infirmière, la crise sanitaire Covid a « *remis à terre les frontières qui se construisaient* ». Des sages-femmes ont dû travailler comme infirmière pour aider à l'effort collectif sans tenir compte de leur spécificité. Cet événement nous amène à considérer que les sages-femmes conservent une identité pour *autrui* d'infirmière ce qui est un frein supplémentaire à la construction d'une culture corporatiste propice à la constitution d'un groupe professionnel.

M12 déplore également le clivage identitaire entre les anciennes sages-femmes, ayant eu une formation initiale d'infirmière accoucheuse, qui se sentent infirmière et les nouvelles sages-femmes qui se définissent plus clairement comme sage-femme. Nous identifions ici un clivage identitaire et culturel qui polarise la constitution du groupe professionnel.

M12 nous explique que le rôle de l'UPSFB est d'assurer une représentation de la profession auprès de différents organes institutionnels et privés, nationaux ou internationaux, mais évoque des difficultés de faire « *corps* » avec les représentations flamandes. Il n'y a pas de réelle concertation car « *la formation en Flandre est différente, la représentation est différente, ce n'est pas la même profession et on a des difficultés de trouver des consensus sur le rôle de la sage-femme* », or les organes de travail sont les mêmes au niveau fédéral ce qui est à nouveau un frein à la constitution d'un groupe professionnel cohérent pouvant peser sur les décisions des autorités de santé.

L'UPSFB représente 983 sages-femmes affiliées. M12 est consciente des motivations premières de l'affiliation et qu'elle qualifie de « *services* » en termes de formations et d'assurances. Dans l'association, il y a un exécutif composé de trois sages-femmes et au total c'est douze représentantes et consultantes techniques dans les différents organes de travail. Les affiliés expriment, auprès des instances de l'association, comme points négatifs de l'action de l'UPSFB le peu d'avancées dans les

négociations à l'INAMI et l'impression que pas grand-chose n'est fait. M12 nous dit sur ce sujet « *les institutions sont lourdes et lentes, on s'épuise beaucoup dans nos combats [...] les affiliées ne se rendent pas compte du travail qui est effectué car, malgré la revue, Facebook, Instagram, nous communiquons peut-être trop peu sur nos actions mais on est peu et en partie bénévoles* » et d'ajouter « *on essaie de se professionnaliser avec, bientôt, une secrétaire salariée et une rétribution pour les actes de représentation afin d'être plus disponible et professionnelle* ». M12 ne pense pas que l'association et ses représentantes ont une forme d'autorité morale sur leurs affiliées qu'elle considère comme libres mais les postes de représentation sont soumis aux votes des affiliées puis sont actés par l'assemblée générale pour assurer une réelle représentativité.

Enfin, concernant la création d'un Ordre, « *on a un peu plus de poids politique et de représentativité mais il y a aussi beaucoup d'inconnues en termes de valorisation, de poids, d'obligations et de sanctions [...] c'est pas mal mais il y a un risque de dérive dictatoriale où tous les pouvoirs seraient dans les mêmes mains mais, correctement fait, l'UPSFB est demandeur d'un Ordre* ». Cependant, il faudrait être attentif à ce que les sages-femmes ne soient pas reprises dans un Ordre infirmier comme cela avait été envisagé dans des discussions au début des années 2010. En préambule à la formation d'un Ordre professionnel, M12 nous explique travailler dans le sens d'un rapprochement avec l'autre association francophone pour créer une seule association et mutualiser les forces de travail et de représentation « *mais c'est difficile !* ».

Représentante de l'AFSFC, A18 nous explique que son association a été créée par une Sœur qui constatait que les sages-femmes avaient un rôle subalterne et dont le but était de remettre cette profession « *à sa place !* » face aux infirmières qui étaient mieux organisées et géraient donc la profession de sage-femme. A18 déplore, qu'en Belgique, la médecine est très privatisée avec un éclatement culturel au point que la prise en charge, et donc le rôle des sages-femmes, varie d'une région à l'autre voire d'une province à l'autre, « *plus on se rapproche de la frontière française, plus l'influence française se fait sentir avec une plus grande autonomie et reconnaissance du groupe professionnel par les médecins, les institutions mais aussi les bénéficiaires [...] la province de Liège est très conservatrice avec une vision paternaliste du soins* ». Elle fait aussi le constat, dans la suite de la privatisation, d'une forme de clientélisme propice à la concurrence qui freine les vellétés de regroupement. Quant à la collaboration avec l'UPSFB, le travail se fait ensemble, les échanges sont réguliers. Enfin, sur la constitution d'un Ordre professionnel, « *ça c'est sur qu'il faudrait un Ordre car avec un Ordre, il y a déjà l'obligation de s'y inscrire et il peut garantir un cadre déontologique, vérifier les formations continues [...] ça fait longtemps qu'on le demande et par deux fois on a cru y arriver mais à chaque fois, je ne sais pas mais ça bloque. Je ne sais pas ce qui bloque dans les Gouvernements sur ce sujet* ».

Nous pouvons provisoirement conclure sur ce point de l'appartenance à un groupe professionnel, que la construction de ce dernier est en cours mais se trouve confronté à de grandes difficultés. Parmi ces difficultés et freins, nous mettons en avant la diversité des pratiques et des formations tant au niveau fédéral que régional voire provincial pour expliquer les différences de cultures professionnelles aboutissant à un faible sentiment d'appartenance à un groupe par manque de projet commun et de reconnaissance mutuelle. Sous ce prisme, l'échec relatif de la socialisation est à trouver dans sa définition de Piaget qui considère la socialisation comme « *l'apprentissage de la culture d'un groupe* » par une construction interactive des conduites sociales à la fois cognitive et relationnelle par le mécanisme de la coopération (Dubar, 2015). Ces freins sont exacerbés par une faible reconnaissance et légitimité des associations représentatives qui émergent d'initiatives privées et dont l'affiliation ne revêt aucune obligation. Cette absence d'obligation d'appartenance réduit l'adhésion à des motivations instrumentales laissant de côté les motivations publiques et politiques de revendications collectives pour lesquelles les SFL se résignent à ne jamais rien obtenir. Enfin, l'absence d'un Ordre professionnel et les faibles perspectives de voir sa création se réaliser réduisent encore les liens de socialisation propices à la construction d'une identité commune sur laquelle les SFL pourraient construire leur identité pour *soi* en lien avec une identité pour *autrui* socialement construite, acceptée et légitimée au sens de la socialisation de G.H. Mead comme une construction d'un soi dans la relation à *autrui* dans le cadre d'un processus dialectique entre le *moi* identifié par *autrui* et le *je* s'appropriant un rôle actif et spécifique au sein du groupe pour construire l'identité sociale (Dubar, 2015) qui est ici inachevée avec le risque de « *dissociation de soi* », décrit par Mead.

Ce collectif « faible » ne démontre pas suffisamment d'efficacité à porter les revendications dont la principale est celle de la « reconnaissance ».

5.7 La reconnaissance : de la visibilité dans l'invisibilité pour exister

La moitié des SFL enquêtées font le choix de l'exercice en profession libérale à temps partiel car elles sont conscientes qu'une activité libérale à temps plein ne leur permettra pas de vivre sur le plan économique. Les six autres SFL qui exercent leur activité à plein temps témoignent de devoir compléter leur offre de soins par des activités non reprises dans la nomenclature des soins de santé et ce pour pouvoir s'en sortir. Cette impossibilité est, pour les enquêtées, la conséquence des décisions de politiques de santé publiques et des décisions institutionnelles relevant des corporations de médecins et d'infirmiers qui pèsent de tout leur poids sur l'activité de soins. Elles sont unanimes sur la nécessité de sortir des considérations économiques pour prendre le temps d'écouter, entendre et répondre aux besoins liés à la parentalité. Prendre le temps leur permet également de « prendre soin d'elles-mêmes ».

Elles se sentent oubliées et non-représentées à tous les niveaux de décisions en matière de santé. Les enquêtées revendiquent plus d'autonomie et de considération des autres professionnels de santé ainsi

que de la population. Elles déplorent le manque de connaissance de leurs spécificités. Pour M1, « *on est un peu de tout [...] c'est le seul métier qu'on peut exercer partout dans le monde [...] Je vis mon utopie mais dans cette utopie, pour la vivre pleinement il faudrait être mieux payée !* ». Pour F2 : « *on est confronté au souci d'être rentable ou de faire du bon travail. Nous ne sommes pas reconnues suffisamment. Par exemple, il n'y a pas de barème spécifique aux sages-femmes. Ce sont des barèmes infirmiers auxquels on ajoute deux ans d'ancienneté pécuniaire* ». Puis C8 nous exprime pratiquer le tier-payant (comme toutes les SFL rencontrées) et être face à des patientes qui « *viennent parce que c'est gratuit, sans autre motivation* » et pense « *se faire payer, un tarif juste, c'est se faire reconnaître dans sa compétence. Un tarif plus élevé pourrait augmenter l'intérêt et la motivation des patientes. Lorsque c'est perçu comme gratuit, on vient juste voir et consommer* ». Elle est rejointe dans ce sens par trois autres SFL interrogées. Deux SFL interrogées, qui exercent une partie de leur activité libérale en cabinet privé de gynécologie, manifestent qu'elles se sentent parfois comme des secrétaires alors qu'une troisième, au même profil, se sent parfaitement reconnue dans son rôle par les gynécologues du cabinet : « *on s'accorde comme des paires de chaussures* » nous dit A5. Pour F6 il est important de « *communiquer et collaborer avec les autres professions et entre nous pour faire connaître le métier* » et d'insister sur le rôle relationnel de la sage-femme, « *la sage-femme aide à construire l'image de la parentalité mais quand on parle de profession médicale, on nous oublie toujours, on existe sans vraiment exister* ». Cependant, lorsque la relation de soins est construite avec les patientes, les SFL deviennent un pilier central de la préparation à la parentalité. Enfin, toutes les SFL entretiennent des liens avec les institutions de soins pour avoir des patientes. Elles témoignent de l'existence de listes de SFL dans les institutions, lesquelles renvoient les patientes vers les SFL de cette liste pour les préparations et suivis. Pour être sur ces listes, il est impératif de construire du lien de confiance avec ces institutions et donc d'être reconnue par elles en termes de compétences, de culture et de confiance. Autrement, l'autre moyen d'être sollicitée est le bouche-à-oreille et fait donc référence aux liens entretenus avec sa patientèle. Les liens relationnels et la construction d'un réseau professionnel semblent donc essentiels pour obtenir de la reconnaissance. Mais cette reconnaissance repose plus sur une dimension singulière, intrinsèquement liées à des personnalités dans le cadre d'activité à « *agir prudentiel* » qu'à une dimension collective portée par la profession dans son ensemble. Le manque de reconnaissance tient aussi à la diversité des pratiques individuelles et institutionnelles. Sur ce point, M1 exprime que « *la sage-femme existe au bloc d'accouchement, en-dehors personne ne connaît son utilité. On entend souvent les femmes venir en consultation parce qu'une sage-femme à l'hôpital leur a dit mais elles ne savent pas très bien pourquoi* ». Cependant, « *certaines patientes viennent spontanément, surtout celles qui ont déjà un enfant ou qui veulent préparer au mieux la naissance et qui ont lu* », il y a donc une dimension inégalitaire sur le plan cognitif dans l'accès aux soins des SFL. Les patientes, les couples les plus érudits et les plus orientés vers la médecine moins médicalisée, ont une meilleure connaissance du rôle des sages-femmes. M14 dit d'ailleurs que « *le changement viendra des patientes* »

et la reconnaissance se fera pour répondre aux besoins de ces patientes lorsqu'elles auront une vraie connaissance de la plus-value du travail des sages-femmes, libérales en particulier.

Du côté des médecins gynécologues, *« on sent que les sages-femmes veulent être plus visibles et reconnues, qu'elles ont besoin de revendiquer mais ça se fait souvent dans la confrontation [...] on sait que les sages-femmes ont une image pas très gaie des gynécologues comme on induit pour notre confort, on travaille que pour le fric, on césarise trop vite »*. De manière générale, les médecins interrogés rencontrent des difficultés à définir la sage-femme libérale. Ils ont principalement des contacts avec les sages-femmes en institution. Or, ce sont les médecins qui ont généralement le premier contact avec les mères en devenir et sont donc les plus à même d'orienter vers les SFL pour le suivi périnatal de l'eutocie. V10, nous explique, dans ce tableau, un conflit générationnel chez les gynécologues où les anciens ont difficile voire ne pensent même pas à transmettre une partie du suivi de leur patientèle aux SFL et les plus jeunes gynécologues qui envisagent le métier différemment dans une division du travail moins clôturée et segmentaire. Les jeunes gynécologues ont une vision plus positive du travail des sages-femmes et ont tendance à renvoyer plus facilement une partie du travail qui porte sur l'eutocie.

Les données recueillies auprès des associations (UPSFB et AFSFC) démontrent une conscience totale des déficits de reconnaissance de la profession et rejoint ainsi les déclarations des SFL, lesquelles, pourtant, pensent parfois que les associations ne font pas assez ou ne prennent pas pleinement conscience de ce problème. Pour l'UPSFB, *« il faut montrer au grand public qu'on est là et expliquer ce qu'est la sage-femme comme pour d'autres compagnes de santé publique par les autorités et donc il faut être dans tous les organes officiels pour défendre notre métier [...] mais la Commission sage-femme de l'INAMI est une institution "dynosauresque" qui manque de dynamisme. Lorsque le retour précoce s'est mis en place, on a pensé la restructuration hospitalière mais sans les structures extrahospitalières et donc le travail des SFL »*, ce qui témoigne d'un manque de reconnaissance de la profession et de ses difficultés. Pour cette association, la valorisation de la formation initiale est un outil primordial pour développer la reconnaissance des institutions et autres professionnels de santé. Quant à l'AFSFC, *« les sages-femmes sont dégoutées de la vision que les gynécologues ont d'elles, nous sommes mieux reconnues par les pédiatres. Lorsqu'elles sont engagées dans les cabinets, en statut libéral, elles sont en réalité considérées comme des secrétaires ou infirmières au service et non en autonomie »* et d'ajouter sur les solutions envisageables ainsi que l'avenir de la profession, *« il faudrait faire du lobbying auprès des kiné et des généralistes pour expliquer ce que fait une sage-femme [...] et l'évolution dépendra du trajet de soins et des volontés politiques de bosser dans le bien-être des familles plutôt que des professionnels [...] la clef, c'est l'interdisciplinarité »*.

Le déficit de reconnaissance de la profession de sage-femme tient essentiellement au manque de visibilité qui ne permet pas à *autrui* d'être en mesure de définir leur rôle actuel entre un médecin et une infirmière. Ce constat n'est pas favorable aux transactions objectives entre les identités attribuées et assumées. Cela pèse ensuite sur les transactions subjectives entre les identités héritées et visées. Les sages-femmes se trouvent alors en situation de crise identitaire par un écart important entre l'identité pour *soi* et pour *autrui* qui rend difficile les négociations identitaires « *entre les demandeurs d'identité* (les SFL) *en situation d'ouverture de leur champ du possible* (développement du retour précoce et de l'activité libérale en réponse structurelle) *et les offreurs d'identité* (les institutions, les autres disciplines de soins, la patientèle et la société) *en situation d'incertitude* » (Dubar, 2015). Tant pour la patientèle que les médecins et même certaines sages-femmes institutionnelles, une sage-femme est celle qui assiste le médecin lors de l'accouchement au bloc. En maternité, les sages-femmes sont souvent considérées comme des infirmières et en libérale, elles n'ont pas retrouvé le rôle qu'elles avaient avant la médicalisation de la grossesse et son institutionnalisation. Cependant, les réformes en matière d'organisation des soins, avec le séjour écourté, renvoient une grande part de leur travail dans l'invisibilité du foyer domestique et c'est là, paradoxalement, dans cette invisibilité qu'elles peuvent reconstruire les bases de leur rôle les rendant plus visibles et leur donnant accès à une meilleure reconnaissance pour l'exercice en profession libérale. Ce besoin de reconnaissance est unanimement partagé par l'ensemble des SFL et se trouve à plusieurs niveaux. La reconnaissance passe par une revalorisation pécuniaire des actes, la définition d'un statut clair et une division du travail médical où la sage-femme prend en charge l'eutocie et le médecin la pathologie, mais surtout de sortir de l'invisibilité pour développer, dans l'exercice de leur profession, un rapport public favorable à la construction identitaire pour *autrui*. De ces quatre éléments qui ressortent des entretiens menés, nous retrouvons les trois niveaux de reconnaissance développés par El Akremi, Sassi et Bouzidi (2009). Premièrement, la visibilité pour « être » et ainsi être identifié et ensuite s'identifier à la profession pour rencontrer la « *reconnaissance-identification* ». Deuxièmement, être reconnu comme professionnel répondant à un besoin social pour légitimer l'action et ainsi obtenir une « *reconnaissance-attestation de valeur* ». Et troisièmement, le développement de sens par le sentiment d'utilité d'une part, et d'autonomie large par la différenciation des autres disciplines en renforçant le segment soumis au mandat et à la licence pour rencontrer la « *reconnaissance-récompense* ».

6 Discussion

Nous tenterons, dans le cadre de cette discussion, au regard des éléments empiriques retenus et de l'analyse développée précédemment, d'apporter une réponse aux trois hypothèses qui ont guidé notre recherche. Nous présenterons ensuite les limites et biais de cette recherche ainsi que les pistes d'ouverture.

6.1 Réponses aux hypothèses de recherche

Les sages-femmes éprouveraient des difficultés à trouver le sens de leur activité professionnelle dans les institutions hospitalières dont la structuration bureaucratique met en avant l'efficacité et la rentabilité d'une part et l'hyper-médicalisation d'autre part, au détriment de l'épanouissement personnel du personnel de soin et des patientes. Les sages-femmes interrogées expriment que le travail à l'hôpital « *c'est travailler contre soi, contre ce qu'on est* » ce qui altère l'image de soi, l'appréciation de ses capacités et la réalisation de ses désirs mettant un frein à la construction personnelle d'une stratégie identitaire manifesté par une perte de sens. L'ensemble des SFL interrogées débute une activité libérale porteuse de sens pour « *faire ce pour quoi je suis faite* », « *prendre le temps de bien faire les choses* », en replaçant la patiente au centre des soins, en dehors des considérations instrumentales puisqu'il semble difficile d'en vivre économiquement. Les représentations sociales du métier évoluent selon la formation, l'âge, l'expérience et la maternité (« *avant la maternité on imagine, après on comprend* ») qui renforcent le besoin de « *bien faire les choses* ». Elles expriment clairement l'importance de la relation affective à leur métier mais éprouvent des difficultés à la définir. Cet état est étayé par les définitions hétérogènes de la profession ainsi que par la diversité des pratiques et des cultures construites isolément. Le développement du sens par les pratiques relationnelles s'écarte de la licence et du mandat liés à la formation et reconnus par les pouvoirs publics dans l'art de guérir. Il y a clairement, dans l'engagement dans la pratique libérale, un désir de rendre du sens à leur activité professionnelle et ainsi renouer avec l'essence même de leur profession décrite au XIX^{ème} siècle et qui est à l'origine de leur identité pour *soi*. Le rapport expressif à leur profession est surtout relationnel (elles se comparent à des psychologues, des coachs, des mamans...) ce qui met l'accent sur l'interaction avec l'autre (patientes et autres professionnels de santé) et ainsi rejoint la division interne de l'identité entre identité pour *soi* qui est secondaire et identité pour *autrui* qui prime car la construction identitaire passe obligatoirement par le regard d'Autrui (Dubar, 2015 : 104).

Nous pouvons donc affirmer que la question du sens comme rapport expressif est dominante dans la construction identitaire et prime sur les rapports instrumentaux, sans que ces derniers ne soient pourtant négligés. La première hypothèse de recherche formulée comme « ***la construction de l'identité pour soi des sages-femmes passe par l'engagement dans une activité libérale porteuse de sens*** » est vérifiée et confirmée.

Dans la définition de leur profession et la question du sens, les sages-femmes libérales se réfèrent à leur liberté personnelle ainsi qu'à leur autonomie professionnelle. Elles définissent leur autonomie par les soins de bien-être et relationnels plus que par les actes techniques relevant de l'art médical dont elles bénéficient par une licence octroyée par les autorités publiques. Elles expriment également l'autonomie reconnue légalement dans l'art de guérir qui est la traduction d'une division technique du travail obstétrical (le suivi périnatal de la grossesse eutocique) mais, paradoxalement, témoignent d'une rupture entre cette autonomie reconnue et la réalité de leurs pratiques tant institutionnelles que libérales. Cependant, le développement des pratiques libérales est consécutif aux retours précoces et répond ainsi à une rationalité instrumentalisée de l'activité hospitalière plutôt qu'au souci de développer la qualité des soins périnataux. Ce développement caractérisé par une augmentation de l'activité libérale répond à un impensé structurel dans le cadre d'une réforme des soins au sens de l'étude de Marie Raveyre et Pascal Ughetto. Les SFL interrogées revendiquent une plus grande autonomie économique et technique tout en déplorant les difficultés de se faire entendre. Elles se trouvent dans une situation d'autonomie relative et dépendante de la profession médicale dominante. Le caractère genré de cette profession semble également freiner les moyens de revendication d'autonomie. La culture et l'histoire de la reconnaissance professionnelle des sages-femmes, surtout en France et qui a influencé la Belgique, sont émaillées de délégations d'actes, d'autonomisations plus ou moins importantes ainsi que de « relégations » au sens de perte progressive d'autonomie, pour rationaliser et médicaliser la périnatalité. Une division morale et technique de délégation d'actes « subalternes » de la profession médicale, qui conserve chèrement l'acte d'accouchement et qui est renforcé par les croyances des parturientes que l'accouchement est affaire de médecin, ainsi qu'une méfiance historique de collusion entre femmes sur l'avortement mènent à restreindre les espaces d'autonomie. De plus, les clôtures du marché du travail sur lequel la sage-femme est opérationnelle sont « friables » et dépendantes des besoins du système de santé. L'identité pour *autrui* est ici empreinte d'une identité d'un travail « caché », d'histoires de femmes entre femmes se déroulant dans le foyer domestique et dans la suspicion patriarcale. Nous pouvons d'ailleurs penser que le développement de l'activité libérale renvoie la sage-femme dans la foyer domestique, et donc dans l'invisible, espace réelle d'autonomisation d'une profession presque exclusivement féminine et qui porte sur le relationnel ; le reste des actes restant sous contrôle sociétal et donc dans une autonomie relative. Pour revendiquer plus d'autonomie et provoquer des changements de paradigmes cognitifs aboutissant à une évolution de leur identité pour *autrui* favorable à plus d'autonomie, les sages-femmes ne peuvent collectivement se reposer que sur des associations privées sous forme d'ASBL et non sur un Ordre des Sages-femmes. Leur rapport avec les associations est le plus souvent motivé par des considérations instrumentales en termes d'intérêts économiques et formatifs qu'identitaires, culturels et corporatistes. Cette absence d'Ordre clairement et légalement établi peut nous porter à penser qu'il y a une volonté de maintenir cette profession dans une forme de dépendance. De plus, les changements réguliers dans le parcours de formation initiale, la diversité des pratiques et des cultures professionnelles, le faible sentiment d'appartenance à un groupe et le manque

de légitimité perçue des associations sont à la base d'un éclatement identitaire et d'une difficulté de voir ce qui rassemble. En l'absence d'un projet commun clair et coordonné, les SFL témoignent être dépourvues de structures organisationnelles et collectives suffisamment fortes pour porter leurs revendications d'autonomie. Ces freins à la construction d'un groupe professionnel reconnu et légitime est exacerbé par l'inscription de l'activité libérale dans cette restructuration rationnelle du paysage des soins, par le « retour précoce », dans un paradigme sociétal où le particularisme et la réussite dominent. La sage-femme devient le coach des co-parents qui veulent réussir la grossesse et la naissance de leur enfant comme tout autre projet. Cette inscription particulariste réduit d'autant plus les rapports collectifs au sein du groupe professionnel. Nous validons ainsi notre seconde hypothèse qu'« ***une représentation collective faible des sages-femmes libérales freine les perspectives de revendication d'autonomie professionnelle dans la construction de l'identité pour autrui*** ».

Les éléments que nous venons de développer dans les réponses apportées aux deux premières hypothèses ainsi que notre analyse nous permet de conclure à un échec relatif de la socialisation développée et définie par Piaget comme « *l'apprentissage de la culture d'un groupe* » par une construction interactive des conduites sociales à la fois cognitive et relationnelle par le mécanisme de la coopération (Dubar, 2015). Ces freins sont exacerbés par une faible reconnaissance et légitimité des associations représentatives qui émergent d'initiatives privées et dont l'affiliation ne revêt aucune obligation. Cette absence d'obligation d'appartenance réduit l'adhésion à des motivations instrumentales laissant de côté les motivations publiques et politiques de revendications collectives pour lesquelles les SFL se résignent à ne jamais rien obtenir. De plus, le développement de pratiques et cultures singulières font que ce processus de socialisation identitaire dans la relation à autrui est souvent qualifié de « *difficile* » tant au sein des équipes de soins que des institutions « *qui donnent l'impression de se moquer de nous* ». En termes de bénéficiaires, les patientes ne comprennent pas toujours l'intérêt d'avoir une sage-femme et un gynécologue. Les SFL expriment les difficultés de faire reconnaître par la population, surtout les primipares, l'intérêt et les spécificités de recourir aux services d'une sage-femme en plus du gynécologue. Le groupe interrogé considère que l'accouchement est un processus naturel où le médecin n'a sa place qu'en cas de pathologie. Ceci témoigne de tensions corporatistes et institutionnelles potentialisées par une absence culturelle de reconnaissance des spécificités des sages-femmes qui sont souvent associées à des infirmières dans un contexte de décalage des savoirs avec les autres praticiens de santé et le sentiment de « *toujours être oubliées* ». L'arrivée des « Doulas » et le développement de leurs activités dans l'indifférence généralisée des autorités et autres praticiens de santé témoigne de cette méconnaissance des spécificités de la profession de sage-femme et plus particulièrement en profession libérale. La reconnaissance des sages-femmes libérales se fait à titre individuel par la construction d'un réseau relationnel de confiance réciproque avec les professionnels et institutions de santé dont elles sont dépendantes limitant ainsi la construction identitaire du groupe professionnel dont les contours sont flous et éclatés. L'enjeu, ici, est de définir son « *identité comme le produit d'un processus conflictuel* ».

[...]» impliquant « [...] des pratiques sociales, des relations objectives et des représentations subjectives et passant par la reconnaissance réciproque comme point de départ obligé de la socialisation et non comme un point d'aboutissement » (Dubar, 2015 : 81). S'il y a bien une volonté des SFL d'obtenir une plus grande reconnaissance professionnelle dans la relation à Autrui (processus de socialisation avec le personnel de santé, les institutions et la population), nous ne pouvons pas affirmer que cela passe par des stratégies de socialisation au sens d'actions concertées et calculées. La socialisation est un élément primordial mais elle se fait de manière non concertée et non organisée, le plus souvent à titre individuel. La difficulté de cette construction est qu'elle se détermine arbitrairement par la sélection individuelle des traits culturels qui rejoignent les représentations sociales de chacun. Ce mécanisme est source des identités multiples des sages-femmes libérales. Cela a amené un sentiment d'isolement et d'invisibilité des SFL diminuant ainsi les liens culturels forts et partagés. C'est une forme de désocialisation source de flou identitaire pour autrui et de perte de visibilité sociétale, ce qui renforce la crise identitaire entre l'identité pour soi et pour autrui non favorable à la mise en œuvre de stratégies corporatistes pour revendiquer de la reconnaissance. Donc l'hypothèse selon laquelle « ***pour obtenir de la reconnaissance professionnelle, les sages-femmes libérales développent des stratégies de socialisation face aux tensions culturelles, corporatistes et institutionnelles de l'art médical*** » n'est pas validé en tant que telle. Il y a une volonté de triple reconnaissance au sens d'El Akremi mais aucune stratégie n'est clairement coordonnée au niveau des sages-femmes libérales qui se trouvent face à un groupe professionnel en construction par des associations représentatives privées et perçues, actuellement, comme peu légitimes. Cette dernière hypothèse, telle que formulée et invalidée, nous semble être la cause de la seconde. Elles sont mutuellement exclusives et par conséquent s'expliquent l'une par rapport à l'autre.

6.2 Limites, biais et ouvertures

Notre étude s'est limitée à rencontrer des sages-femmes libérales, des associations de sages-femmes et des médecins gynécologues. Nous n'avons pas ouvert notre collecte de données aux bénéficiaires pour avoir connaissance et compréhension des représentations sociales de la population et des bénéficiaires sur la profession de sage-femme. Pour déterminer l'identité pour autrui en lien avec le parcours de formation, nous développeront le discours des sages-femmes interrogées sur le retour de leurs patientes et le discours des médecins interrogés.

Concernant le terrain géographique de la Province de Liège, nous nous sommes limités à une étude de la partie francophone et avons laissé de côté la Région Germanophone, et dont il nous a été ramené, lors d'entretiens informels, une autre culture et identité professionnelle.

La question du genre, par la notion de « *compétence de genre* » (Schweyer, 1996), n'a pas été exploitée pleinement car elle pourrait faire l'objet d'une étude complète sur le sujet des sages-femmes et en particulier les sages-femmes libérales qui exercent leur activité dans l'intimité domestique.

Nous identifions également une limite qui porte sur les pratiques professionnelles. Nous n'avons pas rencontré des SFL qui pratiquent l'accouchement à domicile. L'accouchement eutocique, qui est l'acte sur lequel se développent une part importante des crispations et interférences entre les sages-femmes et la profession médicale dominante, est un élément important de construction identitaire et de revendication d'autonomie sous le prisme des pratiques professionnelles.

Comme spécifié en début de développement, notre choix d'étude s'est porté sur les sages-femmes et en particulier en profession libérale, car il existait peu de travaux sur le sujet, ce qui nous laissait un grand champ d'exploration. Cependant, les limites structurelles d'un travail de fin d'étude ou d'un mémoire ne nous ont pas permis d'être exhaustif sur le sujet de la construction identitaire des SFL en Province de Liège. Nos choix thématiques nous ont permis de cibler notre développement mais ont également ouvert d'autres pistes d'étude. Le champ de ce terrain de recherche reste très ouvert et sujet à débat. Ce point nous semble être à la fois le point fort et le point faible de ce travail de recherche.

Nous pourrions donc ouvrir cette recherche en abordant la question de l'identité professionnelle des SFL sous les prismes du genre et de la masculinisation de la profession, des représentations sociales et identitaires des bénéficiaires, des pratiques professionnelles sous le prisme de l'accouchement eutocique. Une étude comparative des cultures et pratiques des SFL entre provinces et régions permettrait également de compléter, et ainsi confirmer ou infirmer, certains éléments soulevés ici sur la diversité comme frein à la construction identitaire. Il serait aussi possible de poursuivre vers une étude de l'investissement des SFL vers les pratiques relationnelles et non vers les actes techniques de l'art de guérir sous le prisme d'une division du travail qui, après avoir touché la classe ouvrière, touche de plus en plus les métiers de service, y compris les professions libérales. Pour compléter de manière non-exhaustive ces pistes d'ouverture de recherche, une étude comparative des systèmes de formation initiale entre la Belgique et la France, et plus largement en Europe, permettrait de mieux appréhender les différences identitaires dans un espace géographique sensé être harmonisé. Les représentations politiques pourraient étayer ces recherches dans le sens d'un questionnement sur un éventuel désintérêt.

Enfin, nous objectivons comme biais, d'une part un début de recherche marqué par un manque de théorie sociologique et méthodologique au début de notre cursus responsable d'un début de recherche intuitive, et d'autre part nos représentations personnelles de la sage-femme comme corporation que nous côtoyons quotidiennement depuis plus de dix ans. Si ces représentations ont guidé au départ notre choix et donc notre recherche, nous espérons que notre rigueur scientifique nous a permis de nous extraire de toute

forme de préjugés pour produire un résultat valide et pertinent. Nous pensons également que nous avons corrigé les imperfections intuitives du début de recherche.

7 Conclusion

Pour ce travail de fin d'étude, nous avons soulevé la question de la construction identitaire des sages-femmes libérales et centré notre analyse sur le terrain de l'art médical en Province de Liège. Nous avons également exploré les possibles biais et limites de cette recherche.

Après notre phase exploratoire, nous avons opté, dans le cadre de notre analyse, pour les outils décrits par Claude Dubar dans « *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles* » (Dubar, 2015) que nous avons enrichi de nos lectures d'articles sur la profession de sage-femme (Schweyer, 1996 et Sage-Pranchère, 2014) les restructurations des structures de soins (Raveyre et Ughetto, 2003), de la maternité (Knibiehler, 2000) et les concepts de profession, d'identité de Bajoit et de reconnaissance d'El Akremi. Nous avons ensuite réalisé un ensemble d'entretiens semi-directifs en interrogeant douze sages-femmes libérales et quatre médecins gynécologues exerçant en Province de Liège ainsi que les deux associations francophones qui représentent les sages-femmes. Des éléments empiriques récoltés et articulés avec les éléments théoriques sélectionnés, nous avons formulé trois hypothèses de recherche. Premièrement, « *la construction de l'identité pour soi des sages-femmes passe par l'engagement dans une activité libérale porteuse de sens* ». La seconde étant qu'« *une représentation collective faible des sages-femmes libérales freine les perspectives de revendication d'autonomie professionnelle dans la construction de l'identité pour autrui* ». La dernière hypothèse formulant que « *pour obtenir de la reconnaissance professionnelle, les sages-femmes libérales développent des stratégies de socialisation face aux tensions culturelles, corporatistes et institutionnelles de l'art médical* ».

Lors de l'analyse, nous avons mobilisé les concepts de l'identité professionnelle que nous avons décomposé en identité pour soi et identité pour autrui dans les processus de socialisation. Nous avons développé le rapport expressif en questionnant la notion de sens. Nous avons replacé les pratiques professionnelles des SFL dans la division du travail et mis en évidence les interférences. Nous avons analysé les processus de formation et de construction culturelle. Nous avons terminé notre analyse en mobilisant les notions de tension et culture dans le cadre de stratégies de revendication pour obtenir de la reconnaissance professionnelle et ainsi développer l'autonomie professionnelle par la construction d'un groupe d'appartenance. Cette analyse nous a permis de confirmer ou infirmer nos hypothèses formulées et d'ouvrir de nouveaux champs d'exploration en lien avec les limites et biais objectivés.

Nous pouvons donc conclure que les sages-femmes libérales en Province de Liège se trouvent dans un processus de professionnalisation (construction d'une homogénéité culturelle, augmentation du niveau de formation, segmentation du marché du travail, etc...) entre un métier et une para-profession. Cependant, elles sont déjà définies légalement comme une para-profession et revendiquent une professionnalisation complète vers une profession pleinement autonome et segmentée à l'eutocie. Nous constatons une différence entre, d'une part, les réalités du terrain et de leurs pratiques, et d'autre part, leurs représentations sociales et personnelles quant à leur positionnement dans leur processus de professionnalisation.

La diversité des pratiques et des cultures des SFL, vécu sur un mode singulier plutôt que collectif, freine la construction du groupe professionnel par un faible sentiment d'appartenance identitaire. Or, le groupe professionnel est l'outil commun pour revendiquer de l'autonomie et obtenir une meilleure reconnaissance. Cela explique, en partie, le blocage actuel du processus de professionnalisation et cause les difficultés identitaires des praticiennes par défaut de frontières clairement définies et vécues par ces dernières. Il y a donc une dissonance entre l'idéal professionnel (l'identité pour soi) et la triple reconnaissance sociétale (l'identité pour autrui) ce qui aboutit à la crise identitaire des sages-femmes libérales.

Nous rejoignons donc El Akrimi selon l'idée que les identités personnelles et professionnelles sont incertaines, instables, subjectives car construites par les SFL de manière singulière, et non collective, aboutissant à un repli identitaire et social menant à un phénomène d'invisibilité non favorable à une reconnaissance sociétale et mutuelle ainsi qu'à une perte de sens. Les frontières identitaires floues et les représentations professionnelles collectives faibles ne permettent pas d'obtenir une reconnaissance attendue et porteuse d'identité pour soi et pour autrui. Par conséquent, ce déficit de reconnaissance entretient l'identité professionnelle en crise des sages-femmes libérales en Province de Liège.

Nous terminerons par deux citations :

« Il y a deux personnes absolument indispensables en ce bas mode. La sage-femme et le fossoyeur. L'une accueille, l'autre raccompagne. Entre les deux, les gens se débrouillent. » (Joël Egloff)

« Nous sommes sages-femmes. Nous sommes les gardiennes du normal. Nous sommes les descendantes d'une fière lignée qui exercent notre profession. Et tant que les femmes mettront au monde l'humanité, nous serons là pour les accompagner. » (Julie Pelletier)

8 Bibliographie

Bajoit Guy, 2013, *L'individu sujet de lui-même : Vers une socio-analyse de la relation sociale*, Paris, Armand Colin.

Cartier Marie, 2005, *Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold*, Le Mouvement Social, vol. n° 211, no. 2, pp. 37-49.

Champy Florent, 2011, *La diversité des pratiques : Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris, Presses Universitaires de France.

Dubar Claude, 2010, *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*, Paris, Presses Universitaires de France.

Dubar Claude, 2015, *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.

El Akremi Assâad, Sassi Narjes et Bouzidi Sihem, 2009, *Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail*, Département des Relations Industrielles de Laval, Vol. 64, n°4, pp. 662-684.

Ferreras Isabelle, 2007, *Critique politique du travail : Travailler à l'heure de la société des services*, Paris, Presses de Sciences Po.

Knobiehler Yvonne, 2016, *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Presses de l'EHESP, Rennes, France.

Kuty Olgierd, 2007, *La négociation des valeurs : Introduction à la sociologie*, Bruxelles, de Boeck, 2^{ème} édition.

Makdissi Hélène, Boisclair Andrée, Blais-Bergeron Marie-Hélène, Sanchez Claudia, Darveau Mélanie, 2010, *Le dialogue : moteur du développement d'une zone d'intersubjectivité littéraire servant la compréhension des textes écrits*, Québec, Presses de l'Université du Québec, une fenêtre ouverte vers la scolarisation (p. 145-182).

Neukermans Claire, Merhan France, Bourgeois Étienne, 2019, *Engagement et apprentissage en situation de travail. Le cas de sages-femmes libérales*. Le sujet dans la cité, actuels 8(1), 15-33.

Orianne Jean-François, 2019, *Petit précis de théorie sociologique*, Bruxelles et Paris, Ouvertures sociologiques, De Boeck supérieur.

Quivy Raymond, Van Campenhoudt Luc, 2011, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, quatrième édition, Dunod.

Raveyre Marie, Ughetto Pascal, 2003, *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières*, Revue française des affaires sociales, , 95-119.

Sage-Pranchère Nathalie, 2014, *L'appel à la sage-femme. La construction d'un agent de santé publique (France, XIX^e siècle)*. Annales de démographie historique, 127(1), 181-208.

Sainsaulieu Renaud, 2019, *L'identité au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.

Schweyer François-Xavier, 1996, *La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste*, Sciences sociales et santé. Volume 14, Rennes, France. Définitions et enjeux professionnels autour du soin, 67-102.

9 Annexes

Annexe 1 : Tableau des données anonymisées des personnes interrogées.

Prénom	Age	Enfants	Formation/Profil	Date	Lieu	Temps	Activités
M1	34	2	Bachelière Sage-Femme depuis 2010	25-11-20	Visioconférence	100 minutes	institution + SFL
F2	54	3	Sage-femme graduée depuis 1988	28-11-20	Visioconférence	80 minutes	SFL temps plein
S3	48	3	Bachelière Sage-Femme depuis 2011	04-02-21	Visioconférence	74 minutes	institution + SFL
D4	34	2	Bachelière Sage-Femme depuis 2011	19-02-21	Visioconférence	67 minutes	Stop SFL => travailleuse sociale
A5	33	2	Bachelière Sage-Femme depuis 2010	04-03-21	Visioconférence	69 minutes	institution + SFL
F6	37	2	Bachelière Sage-Femme depuis 2005	13-03-21	Visioconférence	85 minutes	institution + SFL
S7	28	0	Bachelière Sage-Femme depuis 2015	21-04-21	Visioconférence	52 minutes	institution, événementiel et SFL
C8	23	0	Bachelière Sage-Femme depuis 2019	19-10-21	Présentiel	64 minutes	SFL temps plein
M9	32	0	Bachelière Sage-Femme depuis 2011	27-10-21	Distanciel	60 minutes	SFL temps plein depuis
V10	49	2	Médecin gynécologue depuis 2003	02-11-21	Présentiel	58 minutes	
F11	41	1	Bachelier en Soins Infirmiers en 2002 puis Bachelière Sage-Femr	02-11-21	Présentiel	77 minutes	SFL temps plein depuis 2008
M12			Sage-Femme - Représentante UPSFB	05-11-21	Distanciel	99 minutes	SFL temps plein
V13	49	2	Sage-femme graduée depuis 1992	05-11-21	Distanciel	89 minutes	SFL temps plein depuis 2018
M14	39	2	Bachelière Sage-Femme en 2006	08-11-21	Présentiel	74 minutes	SFL temps plein depuis
N15	37	2	Médecin gynécologue	22-11-21	Présentiel	68 minutes	
F16	46	2	Médecin gynécologue	26-11-21	Présentiel	72 minutes	
P17			Médecin gynécologue	01-12-21	Présentiel	65 minutes	
A18			Sage-Femme - Représentante AFSFC	09-12-21	Distanciel	71 minutes	

Annexe 3 : Guide d'entretien 2.

Guide d'entretien 2 : « *Comment se construit l'identité professionnelle des sages-femmes libérales dans l'art médical en Province de Liège ?* »

Ce guide d'entretien doit permettre aux personnes interrogées de développer leurs choix de carrière professionnelle ainsi que les attentes qu'elles avaient. Il a également pour objectif de comprendre les interactions socioprofessionnelles et identitaires sous le prisme des pratiques de soins en profession libérale.

Nom : _____ Prénom : _____ âge : _____ Lieux d'activité : _____

1. Profils sage-femme

- a. En quoi consiste votre travail ?
- b. Pourriez-vous décrire votre parcours de formation et de vie professionnelle ?
- c. Qu'est-ce qui vous a amené à choisir la profession de sage-femme ?
- d. Comment aviez-vous imaginé ce travail ? Comment le définir maintenant ?
- e. Exercez-vous à temps plein en profession libérale ? Quelles sont vos autres éventuelles activités professionnelles ? Comment conciliez-vous ?
- f. Avez-vous des enfants ? Que vous a apporté la maternité ?

2. Profils patientes

- a. Quels sont les profils de vos patientes ?
- b. Comment décririez-vous votre région de pratique professionnelle et quels sont les raisons qui vous ont amené à vous installer dans cette région ?

3. Identité professionnelle

- a. Comment définissez-vous la profession de sage-femme et la profession libérale ?
- b. Qu'est-ce que l'art médical ? Comment définissez-vous la sage-femme dans l'art médical ? Quelles sont les spécificités de votre profession par rapport au médecin ?
- c. Comment percevez-vous l'arrivée des hommes dans la profession de sage-femme ?
- d. Qu'appréciez-vous ou non dans la pratique d'une profession libérale et en institution ?
- e. Qu'apporte une sage-femme libérale par rapport à une sage-femme en institution de soins ?
- f. De quelle autre profession vous sentez-vous le plus proche ?
- g. Quel est le sens, pour vous, de votre travail ?
- h. Comment est perçu votre travail par votre entourage (privé et professionnel) ?

4. Vie et environnement professionnel

- a. Pourriez-vous décrire une journée type de travail comme sage-femme indépendante ?
- b. Comment conciliez-vous vie privée et vie professionnelle ?
- c. Quelles sont les limites et les avantages à la prise en charge des patientes en profession libérale ?

5. Relations et collaborations

- a. Expliquez vos tâches professionnelles en autonomie et en collaboration ?
- b. Pourriez-vous décrire les relations entre patiente et sage-femme libérale ? Quelles différences avec les relations institutionnalisées ?
- c. Comment définissez-vous les relations que vous entretenez avec les organismes assureurs, les organes de représentation et de contrôle ?
- d. Pourriez-vous décrire les relations avec les institutions de soins ? les médecins ? les sages-femmes institutionnelles et libérales ? (Reconnaissance)

6. Conclusion

- a. Dans un monde idéal, quelle serait la manière idéale de travailler en qualité de sage-femme libérale ? Comment voyez-vous évoluer réellement votre profession dans 10 ans ?
- b. Quels sont les enjeux de votre profession et plus particulièrement en profession libérale (revendications) ?
- c. Quelles sont les menaces ? (ex : Doula)
- d. Comment revaloriser la profession ?
- e. Avez-vous quelque-chose à ajouter ?

Annexe 4 : Grille d'analyse des données empiriques par thématiques.

Grille d'analyse des données empiriques par thématiques						
Hypothèses	<u>Hypothèse 1</u> : La construction de l'identité pour soi des sages-femmes passe par l'engagement dans une activité libérale porteuse de sens.		<u>Hypothèse 2</u> : Une représentation collective faible des sages-femmes libérales freine les perspectives de revendication d'autonomie professionnelle dans la construction de l'identité pour autrui.		<u>Hypothèse 3</u> : Pour obtenir de la reconnaissance professionnelle, les sages-femmes libérales développent des stratégies de socialisation face aux tensions culturelles, corporatistes et institutionnelles de l'art médical.	
Thématiques	Identité pour soi		Identité pour autrui		Reconnaissance	
	Sens		Autonomie		Tensions	
	Métier		Groupe professionnel		Socialisation	
Sous-thématiques	Définition professionnelle		Formation		Culture	
	Définition de soi		Revendications		visibilité	
	Rapport expressif		Pratiques professionnelles		concurrence	
	Représentations sociales individuelles		Sentiment d'appartenance		interactions	
	Valeurs individuelles		Déontologie		domestication	
	Parentalité		Associations professionnelles		segmentation	
	Compétences		Représentations sociales collectives		légitimation	
	Genre		Licence et mandat		suspensions	
Division sociale		Division technique		division morale		