

# L'avenir de la profession infirmière. Pour une différenciation sans balkanisation

Kevin Toffel, Philippe Longchamp

Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse

## Correspondance :

Kevin Toffel, Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse.  
[kevin.toffel@hesav.ch](mailto:kevin.toffel@hesav.ch)

Accepté le 15 mars 2021  
Disponible sur internet le :  
29 mars 2021

## Mots clés

Sociologie  
Soins infirmiers  
Autonomie  
Risque

## Keywords

Sociology  
Nursing care  
Autonomy  
Risk

## Résumé

S'appuyant sur une enquête sociologique menée en Suisse, cet article se penche sur les conséquences du processus de différenciation qui caractérise la profession infirmière dans l'ensemble des pays occidentaux. L'avènement d'une nouvelle fraction professionnelle en charge de la production d'un savoir scientifique spécifique représente un pas important vers davantage d'autonomie. Mais cette évolution comporte aussi le risque de dévaluation de l'activité clinique au lit du patient et de soumission aux logiques managériales .

## Summary

### The future of the nursing profession. For a differentiation without balkanization

*This article is based on a sociological survey conducted in Switzerland. It analyses the consequences of the differentiation process that characterizes the nursing profession in all Western countries. The emergence of a new fraction within the profession, that ensures the production of a specific scientific knowledge, represents an important step towards increased autonomy. Such an evolution also carries the risk of devaluing the bedside clinical activity and of submitting the nursing profession to managerial logics.*

## Introduction : une profession en tension

Tiraillée entre les trois rôles fondamentaux de son exercice que sont la technique, la relation, et la coordination, la profession infirmière ne cesse d'être en tension ; une tension susceptible d'engendrer un « malaise structurel » [1], chaque infirmière cherchant à établir le fragile équilibre entre ces trois rôles. Cette

tension peut aussi se manifester au niveau des collectifs de travail, lorsque les membres d'une même équipe se trouvent en désaccord quant au rôle qu'il s'agit de privilégier [2].

Mais de quelle façon cette tension se manifeste-t-elle à l'échelle de la profession dans son entier ? Cette question s'avère fondamentale puisqu'elle recouvre de véritables enjeux pour l'avenir d'une profession qui vit actuellement un double mouvement

de différenciation dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) :

- une différenciation horizontale, avec la multiplication des secteurs extrahospitaliers consécutifs au processus de « rationalisation » des soins, au vieillissement de la population et à la multiplication des maladies chroniques ;
- une différenciation verticale, avec la mise en place d'une hiérarchie soignante propre et un processus d'académisation, aujourd'hui généralisé en Europe [3], qui conduit à de nouvelles spécialisations, tant dans la clinique que dans la recherche.

Tout porte à croire que ce double mouvement de différenciation est susceptible de brouiller les pistes dans l'équilibre entre les trois rôles fondamentaux de la profession. Qui plus est, ces deux mouvements présentent *volens nolens* une certaine cohérence, les voies empruntées par l'académisation de la profession pouvant renforcer les objectifs des lois comptables en raison d'une socialisation professionnelle à l'ethos managérial. À l'heure où les politiques dites de « rationalisation » des institutions sanitaires pèsent comme jamais sur les systèmes de santé, l'avenir de la profession infirmière revêt un enjeu majeur.

Cet article poursuit un double objectif. Basé sur les résultats d'une étude sociologique menée en Suisse, il montre d'abord comment les trois rôles évoqués se distribuent au sein de différentes fractions professionnelles. Il trace ensuite les contours d'une évolution possible de la profession, en pointant les risques associés et certaines pistes pour les prévenir.

### Quatre fractions d'infirmières

Souvent pensée comme une entité homogène, la profession infirmière est en fait une réalité hétérogène, traversée par des

conceptions de l'activité qui varient selon les individus et les lieux d'exercice ; des perceptions plurielles que le double processus de différenciation, évoqué en introduction, renforce. Basée sur une approche structurale de la profession, nos résultats révèlent l'existence de quatre fractions d'infirmières, chacune se caractérisant par des représentations et pratiques spécifiques, que ce soit concernant la pratique des soins, de la production de savoirs, ou de la relation avec la profession médicale. Si l'on trouve des infirmières de ces différents profils dans tous les secteurs de la profession, il reste que chaque fraction tend à se concentrer dans certains secteurs plutôt que d'autres.

La première fraction est composée des infirmières que nous qualifions de « dominantes » en raison du haut degré de technicité et de spécialisation de leur pratique, dimension qui demeure la plus valorisée dans la profession. Elles exercent prioritairement dans les soins aigus (e.g. soins intensifs, urgences, bloc opératoire), rendant nécessaire une certaine indifférenciation des rôles entre infirmières et médecins. Bien qu'étant peu autonomes, ces infirmières retirent néanmoins un prestige de la proximité physique et symbolique entretenue avec les médecins. Si elles peuvent avancer des revendications, ces dernières portent davantage sur les conditions du travail que sur son contenu : il s'agit avant tout de lutter pour l'obtention d'une meilleure place au sein d'une hiérarchie médicale non contestée. Les « dominées », ainsi caractérisées en raison de leur polyvalence et de leur moindre spécialisation en comparaison de leurs homologues des services aigus, composent la deuxième fraction identifiée. Disposant d'un niveau moins élevé de formation que les autres, ces infirmières exercent plutôt dans des services hospitaliers semi-aigus (e.g. pédiatrie, chirurgie, médecine). En dépit de leurs interactions fréquentes avec les médecins, elles demeurent à bonne distance symbolique de ces derniers et présentent un faible sentiment d'autonomie. Si leur activité clinique les rapproche du rôle de technicienne, ces infirmières n'incarnent toutefois pas ce rôle avec autant de force que les « dominantes ».

La troisième fraction est composée des infirmières « hétérodoxes », qui s'opposent aux « dominantes » et aux « dominées » tant par leur position au sein de la profession que par leurs représentations et pratiques du métier qui repose surtout sur l'éducation et le suivi du patient. Exerçant le plus souvent dans des secteurs extrahospitaliers auprès de patients souffrant de maladies chroniques, ces infirmières s'appuient sur des savoirs souvent issus des médecines complémentaires (e.g. sophrologie, méditation, hypnose, art-thérapie) ou des sciences humaines et sociales. En proposant une prise en charge alternative du patient, elles remettent en question la hiérarchie médicale par l'instauration d'une logique spécifiquement infirmière à l'aune de laquelle elles réfèrent le contenu de leur activité. L'importance accordée à la dimension relationnelle du métier apparaît comme une caractéristique distinctive de ces infirmières.

### Les points essentiels

- Le processus de différenciation de la profession infirmière a donné lieu à l'émergence de quatre fractions : les « dominantes », les « dominées », les « élites », et les « hétérodoxes ».
- Favorisée par l'académisation de la formation, la fraction des « élites » (qui produit des savoirs scientifiques spécifiques et qui endosse les tâches de coordination des soins et de formation) sera sans doute amenée à se renforcer à l'avenir.
- Le renforcement des « élites » est bénéfique à l'autonomie professionnelle et à la qualité des soins. Mais il comporte aussi le risque d'une dévaluation de l'activité clinique au lit du patient, d'un recul de la culture critique issue des sciences sociales, et d'une soumission à la logique managériale.
- Le rôle de « pratique infirmière avancée » auquel sont destinées les infirmières titulaires d'un Master pourrait contribuer à limiter le risque de déconnexion entre les « élites » et les autres fractions.

Qualifiées d'« élites », les infirmières de la quatrième fraction sont le plus souvent au bénéfice de formations en management ou de niveau académique en sciences infirmières, ce qui les conduit à exercer dans les institutions d'enseignement et de recherche ou à endosser des fonctions de cadre dans les institutions sanitaires. Elles tentent d'appuyer leurs pratiques sur un savoir scientifique produit *par* et *pour* les infirmières, d'une part, sur des connaissances managériales, d'autre part. En investissant les terrains scientifique et managérial, elles s'éloignent quelque peu de la prise en charge clinique. Ces infirmières incarnent typiquement le rôle de coordinatrices.

### Un avenir risqué

Quelle sera l'évolution de ces quatre fractions, et en quoi va-t-elle influencer l'équilibre entre les trois rôles historiques de la profession ? Déjà délicate dans les sciences de la nature, les prédictions s'avèrent périlleuse en sciences sociales. Moyennant quelques précautions, il est néanmoins possible de dégager des tendances probables.

Tout indique que le double processus de différenciation de la profession est appelé à se poursuivre. Tandis que les politiques de raccourcissement des séjours hospitaliers continueront à renforcer la différenciation horizontale en augmentant le poids relatif des secteurs extrahospitaliers, l'académisation des formations contribuera à accentuer la différenciation verticale, par la hiérarchie qu'elle instaure entre les infirmières n'ayant suivi que la formation initiale d'un côté, celles qui ont complété cette formation par des formations de niveau plus élevé de l'autre. Les « élites » se distinguant précisément par leur haute qualification, ainsi que par leur rôle de formatrices dans les institutions d'enseignement et de recherche ou d'encadrement des équipes sanitaires, on comprend que le renforcement de cette fraction sera l'une des conséquences majeures du double processus de différenciation. Il fait peu de doute que le renforcement de cette fraction entraînera des bénéfices, tant au niveau d'une certaine autonomie professionnelle via la production d'un savoir propre, que concernant la qualité des soins [6]. Mais cette évolution entraînera aussi un certain nombre de risques. Nous en identifions quatre en particulier.

En premier lieu, le processus de différenciation entraîne un risque d'éclatement de la profession. Le relatif éloignement des « élites » du lit du patient pourrait remettre en question ce qui constitue le cœur historique de la profession. Le maintien de liens forts entre l'ensemble des fractions représente donc un défi pour la profession, afin que différenciation ne rime pas avec balkanisation.

Le deuxième risque se cristallise autour des « dominées ». Notre enquête montre que ces infirmières souffrent le plus de la hiérarchisation qui caractérise la profession. Car à la pénibilité physique que représentent les soins de confort et d'hygiène s'ajoute un sentiment de déclassement lié à la proximité qu'elles entretiennent avec leurs collègues « dominantes »,

considérées comme plus « prestigieuses ». Or, l'éloignement des « élites » du lit du patient pourrait encore renforcer la dévaluation des « dominées » qui, aux prises directes avec des corps malades, sont parfois péjorativement qualifiées d'« infirmières de base » conduisant, à terme, à la délégation croissante du « sale boulot » à des professions subalternes.

C'est du côté des « hétérodoxes » que se manifeste le troisième risque. En appuyant leurs pratiques sur des savoirs, notamment issus des sciences humaines et sociales, ces infirmières incarnent une voix critique, certes marginale, mais qui s'avère indispensable au dévoilement et à la condamnation des rapports de pouvoir (de genre et de classe) qui impactent cette profession. Cependant, le renforcement des « élites » pourrait se faire au détriment de cette culture critique. De fait, la possibilité pour les infirmières de suivre des formations académiques spécifiques à leur profession devrait diminuer leur intérêt pour les formations en sciences humaines et sociales. Or, on sait la faible culture critique des sciences infirmières [7], culture qui demeure pourtant indispensable à l'identification et à l'analyse des rapports de pouvoir et, par conséquent, à une prévention de toute nouvelle mise sous tutelle.

Une nouvelle mise sous tutelle, voilà le quatrième risque—sans doute le plus préjudiciable—auquel se trouve exposée la profession. La fraction des « élites » en est le révélateur. Ces infirmières, tant par leur fonction d'enseignante que d'encadrement des équipes soignantes, sont aux avant-postes de la socialisation professionnelle de leurs collègues. Or cette fraction entretient une relation ambivalente avec le management, ce qui la rapproche de la fraction « réformatrice » identifiée par Pinell [8] au sein de la profession médicale, avec une tendance à asseoir son pouvoir en contrôlant l'ajustement à des normes imposées de l'extérieur et censées assurer l'adaptation de la profession à « l'évolution de la société ». Et l'on peut se demander si les « élites » ne courent pas le risque d'être récupérées par le pouvoir managérial en voulant échapper au pouvoir médical [9]. La manière dont le *New public management* s'insinue dans le monde de la santé se révèle notamment dans une certaine conception de l'autonomie du patient ; que l'on pense à l'automédication, mantra d'une démocratie sanitaire censée favoriser l'« empowerment » des patients [10], ou à l'éducation thérapeutique consistant à transférer certaines compétences au patient afin qu'il devienne son propre médecin [11]. Des conceptions sanitaires qui favorisent un processus d'externalisation des coûts ; processus dont les patients—en particulier les plus démunis—font les frais, économiques comme sanitaires.

### Conclusion

La proximité que les infirmières entretiennent avec les patients leur confère une position unique parmi l'ensemble des professions de santé. C'est d'ailleurs cet élément qui revient le plus souvent lorsqu'elles sont interrogées quant à la spécificité de leur activité. Et c'est autour de cette dimension que se jouera

une partie de l'avenir de cette profession, de plus en plus tiraillée entre le soin au lit du patient et d'autres activités qui l'en éloigne. Dans cette perspective, l'académisation devra être observée avec attention, car les infirmières au profil scientifique (master et doctorat) pourraient cristalliser les enjeux entourant la pratique clinique. Le rôle de « pratique infirmière avancée » auquel sont destinées ces infirmières semble pleinement intégrer cette activité par la mise en avant du soin direct aux patients en situation complexe. Ce nouveau rôle infirmier pourrait contribuer à limiter le risque de déconnexion entre les « élites » et les autres fractions. Mais il suppose des mesures concrètes, comme le refus de déléguer aux professions subalternes certaines tâches au nom d'un supposé manque d'inté-

rêt (ou de rentabilité) de ces dernières, ou encore le refus d'un système de formation à plusieurs vitesses.

Dans la mesure où l'absence d'un savoir propre légitime et formalisé a longtemps constitué un frein à son autonomie, l'engouement suscité par l'académisation des formations est pleinement compréhensible. Il faudra toutefois veiller à ce que ce processus ne se fasse pas au détriment de l'activité clinique au lit du patient.

**Remerciements :** La recherche sur laquelle s'appuie cet article a été financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique, subside no 146042.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## L'enquête

L'enquête sur laquelle reposent les données et réflexions qui suivent a été menée par une équipe de la Haute École de Santé Vaud (Lausanne, Suisse) de 2012 à 2017. Elle associe une série d'entretiens ( $n = 31$ ) avec un questionnaire distribué auprès d'un échantillon représentatif de la profession en Suisse romande ( $n = 2923$ ).

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les données du questionnaire ont d'abord fait l'objet d'une analyse des correspondances multiples (ACM) permettant de dégager les principaux facteurs de structuration de la profession. Dans un deuxième temps, les facteurs issus de l'ACM ont fait l'objet d'une analyse de classification permettant d'identifier différentes fractions d'infirmières.

Le lecteur trouvera les résultats détaillés de cette enquête dans un article publié dans la *Revue française de sociologie* [4] et dans un ouvrage publié aux Éditions Livreo-Alphil [5].

## Références

- [1] Dubet F. Le déclin de l'institution. Collection L'Épreuve des faits. Paris: Seuil; 2002.
- [2] Véga A. Les infirmières hospitalières françaises: l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé* 1997;15:103-32.
- [3] Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. Nursing education in the European higher education area - variations in implementation. *Nurse Educ Today* 2014;34:1040-7.
- [4] Longchamp P, Toffel K, Bühlmann F, Tawfik A. L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue Fr Sociol* 2018;59:219-58.
- [5] Longchamp P, Toffel K, Bühlmann F, Tawfik A. L'espace infirmier. In: *Visions et divisions d'une profession*. Collection La République des idées. Neuchâtel, Suisse: Livreo-Alphil; 2020.
- [6] Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383:1824-30.
- [7] Browne AJ. The influence of liberal political ideology on nursing science. *Nurs Inq* 2001;8:118-29.
- [8] Pinell P. Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical? *Savoir/Agir* 2008;5:57-63.
- [9] Toffel K, Tawfik A. Le *New Public Management* et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles. *Revue française d'administration publique (RFAP)* 2019;172:1077-91.
- [10] Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris: Presses Universitaires de France (PUF); 2012.
- [11] Grimaldi A. L'éducation thérapeutique en question. *Le Journal des psychologues* 2012;295(2):24-8.