

# Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

14 | 2017 :  
Varia

---

## Importer, transformer, diffuser les savoirs infirmiers.

Trois figures de la lutte pour l'autonomisation d'une profession

*Importing, transforming, spreading nursing knowledge. Three figures in the struggle for the empowerment of a profession*

KEVIN TOFFEL ET PHILIPPE LONGCHAMP

---

### Résumés

Français English

S'il existe de nombreuses recherches sur la profession infirmière, les effets que produit le social à l'état incorporé sur les représentations et pratiques des individus n'y sont que partiellement abordés. Cet article montre ce que certaines prises de position infirmières doivent aux dispositions incorporées au cours de leurs trajectoires sociales et professionnelles. Pour ce faire, les portraits de trois figures d'infirmières particulièrement engagées dans la lutte pour une autodétermination professionnelle y sont présentés.

Although considerable research exists about the nursing profession, the effects of the social sphere as incorporated in individuals' representations and practices are only partially covered. This article shows what some nurses' stances owe to the dispositions they have incorporated during their social and professional trajectories. To this end, the portraits of three figures of nurses particularly engaged in the fight for professional self-determination are presented.

---

### Entrées d'index

**Mots-clés** : infirmières, professionnels de santé, dispositions, trajectoires, portraits sociologiques, Suisse

**Keywords** : nurses, health professionals, dispositions, trajectory, sociological portraits, Switzerland

---

### Texte intégral

# Introduction

- 1 Parmi les recherches sociologiques sur la profession infirmière, il est possible de distinguer trois perspectives. La première regroupe les recherches qui, dans la lignée des travaux interactionnistes de E. C. Hughes (2008), considèrent que l'étude de la profession infirmière passe par une nécessaire description des autres professions avec lesquelles elle est en contact, notamment la profession médicale. Ces études révèlent ainsi la position clé qu'occupent les infirmières<sup>1</sup> entre les exigences de l'institution hospitalière, les médecins et les patients (Grosjean & Lacoste, 1999). Elles montrent aussi que la relation entre infirmières et médecins est marquée par la domination, qu'elle soit sociale (Rosenstein, 2002) ou de genre (Hughes, 2010). La relative perte de pouvoir de la profession médicale (Orfali, 2002) est alors considérée comme un facteur important de changement pour la profession infirmière. Dans cette même perspective, l'autonomie à l'égard du corps médical apparaît comme un objectif majeur (Acker, 1991), objectif que la profession tente d'atteindre par le développement d'un rôle propre fondé « sur une approche globale de la personne dans le soin » (Lert, 1996 : 103). La deuxième catégorie regroupe des travaux qui, mettant en exergue les rapports sociaux qui tendent à diviser les individus concernant la définition même de l'activité et de la relation au corps médical, livrent une image moins consensuelle de la profession. Anne Véga distingue ainsi trois figures de l'infirmière – la technicienne, la relationnelle et la religieuse – qui « sont le terreau de stratégies de pouvoir informel dans de nombreuses unités de travail » (Vega, 1997 : 10). De son côté, Françoise Acker (1995) montre la façon dont les infirmières chargées de l'introduction de l'informatique dans les services se voient rejetées par leurs paires en raison de leur éloignement des patients. Quant à Isabelle Feroni et Anémone Kober (1995), elles analysent la façon dont la délégation médicale dite « hors normes » divise les infirmières en Grande-Bretagne. Enfin, les travaux qui s'inscrivent dans la troisième perspective sont ceux qui tentent d'articuler les divisions internes de la profession avec les caractéristiques sociales des infirmières. Danièle Sénotier montre qu'en France, l'opposition entre les religieuses et les laïques recouvre des origines sociales opposées dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, et que cette hétérogénéité sera redoublée suite à l'ouverture de différentes écoles de formation, pour finalement constituer, de nos jours, l'« un des clivages les plus importants de la profession » (Sénotier, 1992 : 24). En France toujours, Christian De Montlibert (1980) fait apparaître la division qui, au sein de la spécialisation de puéricultrice, oppose les « modernistes » issues de la petite bourgeoisie d'ascension aux « traditionalistes » issues de la bourgeoisie en déclin. Articulant les dimensions de classe et de genre, Geneviève Picot (2005) signale que les jeunes générations sont davantage masculinisées et se recrutent davantage parmi les classes populaires, introduisant ainsi de nouveaux types de rapports sociaux. Quant à Joëlle Droux (2000), elle montre que la lutte qui oppose, en Suisse romande durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les filières de formation de la Croix-Rouge Suisse à celle de l'Alliance Suisse des Gardes-Malades recouvre une lutte des classes, les premières recrutant exclusivement parmi les classes moyennes et supérieures, alors que l'Alliance recrute avant tout parmi les classes populaires.
- 2 Si ces travaux sont importants pour la compréhension de cette profession, deux aspects ne sont que partiellement abordés. Premièrement, l'articulation des différents secteurs d'activité de la profession, hospitaliers autant qu'extrahospitaliers, à l'échelle d'un territoire national ou régional. Deuxièmement, les effets que produit le social à l'état incorporé sur les représentations et pratiques des infirmières.

## De la structure aux dispositions

- 3 Dans des textes publiés par ailleurs, nous avons mobilisé la théorie des champs de Pierre Bourdieu pour l'étude de la profession infirmière (Longchamp & Toffel, 2016 ;

Longchamp *et al.*, 2016). Nous y avons montré les avantages d'analyser la profession dans une perspective structurale et avons alors identifié un *espace infirmier* dans lequel les différentes positions professionnelles sont tendanciellement associées à des prises de position. Ces prises de positions dessinent un espace de luttes qui ont pour enjeu la définition du capital légitime. Deux principales espèces de capital y ont été distinguées : le capital médical d'une part, compris comme l'ensemble des ressources acquises par la pratique autant que par la formation, et relatives à la physiopathologie, à la pharmacologie et à la maîtrise de gestes techniques impliquant le plus souvent la manipulation d'instruments ou de machines<sup>2</sup> ; le "capital infirmier" d'autre part<sup>3</sup>, compris comme l'ensemble des ressources issues des sciences humaines et sociales, des sciences infirmières ou des savoirs paramédicaux, acquises par la pratique autant que par la formation et dont la mise en œuvre permet non seulement une prise en charge des patients, mais aussi une meilleure autodétermination professionnelle. On peut donc schématiquement opposer les infirmières ayant une structure patrimoniale à dominante médicale à celles qui présentent une structure patrimoniale inverse. Les premières exercent le plus souvent au pôle médical de l'espace infirmier, à savoir dans des services hospitaliers fortement médicalisés. Ces infirmières se caractérisent par une forte mobilisation des connaissances en physiopathologie et en utilisation de machines, et par des formations à orientation médicale. Pour ces infirmières, la mobilisation de valeurs personnelles, de compétences relationnelles et de connaissances en modèles infirmiers est relativement rare. On notera enfin qu'elles revendiquent une certaine proximité avec les médecins et valorisent les tâches médico-déléguées. Les secondes exercent le plus souvent au pôle infirmier de l'espace, dans des services extrahospitaliers et moins médicalisés. Elles se caractérisent par une faible mobilisation des connaissances en physiopathologie et une utilisation rare des machines et, en revanche, par une forte mobilisation des compétences relationnelles, des valeurs personnelles et de l'intuition dans la prise en charge des patients. Elles sont par ailleurs plus promptes à remettre en question la légitimité des tâches médico-déléguées et à valoriser leur « rôle propre ». Occupant les positions dominées de l'espace infirmier<sup>4</sup>, ces infirmières participent à une lutte visant à renverser l'ordre symbolique issu du champ médical par une forte valorisation de leur "capital infirmier".

4 Alors que nos articles précédents avaient pour objectif de montrer la structuration de cet espace professionnel, il s'agit ici d'aborder ce que certaines prises de position infirmières doivent aux dispositions incorporées au cours de leurs trajectoires sociales et professionnelles. Pour ce faire, nous présentons, sous la forme de portraits, trois figures d'infirmières particulièrement engagées dans la lutte pour une autodétermination professionnelle. Prenant acte du fait que l'on retrouve à l'échelle individuelle du « social à l'état plié » sous la forme de dispositions (Lahire, 2002), nous considérons ces trois portraits comme autant de « cas » nous permettant, par recensement et articulation de leurs traits distinctifs, d'établir des propositions de portée générale (Passeron & Revel, 2005).

## Méthode

5 Notre enquête a été menée en Suisse romande, région où la profession infirmière a connu de profondes transformations au cours de ces quinze dernières années, telles que l'académisation de sa formation avec l'ouverture de filières *Bachelor* dès 2002, Master et Doctorat dès 2009. Outre qu'elle pourrait entraîner des conflits intergénérationnels entre les soignantes, cette transformation implique aussi une restructuration des formations subalternes qui pourrait mener à certaines tensions interprofessionnelles, particulièrement pour les tâches peu médicalisées. Par ailleurs, il faut prendre en compte la multiplication des postes extrahospitaliers suite au raccourcissement des séjours hospitaliers (Jaccard Ruedin *et al.*, 2009).

6 Les trois infirmières dont nous proposons ici un portrait sociologique ont été sélectionnées parmi 21 infirmières (16 femmes et 5 hommes), âgées de 24 à 55 ans et

exerçant dans les secteurs les plus diversifiés de toute la Suisse romande (milieu hospitalier : soins intensifs, anesthésie, urgences, médecine, psychiatrie, etc. ; et extrahospitalier : établissement pour personnes âgées, soins à domicile, centres socio-éducatifs, etc.). Deux critères ont présidé à leur sélection : leur position professionnelle d'une part (elles exercent au pôle infirmier de l'espace professionnel présenté plus haut), leur engagement dans la lutte pour une reconnaissance de la profession d'autre part. En début d'entretien, il était demandé aux enquêtées de faire le récit de leur entrée dans la profession. Puis, elles étaient invitées à faire la description d'une journée type de travail. En plus des données objectivables que le récit du quotidien permettait de recueillir (lieu(x) d'exercice(s), horaires de travail, nombre et types de collègues, types de patients, etc.), ce procédé permettait d'avoir accès à des données subjectives au travers des prises de position sur le contenu et les conditions de travail. Afin de saisir les représentations relatives à la profession, des questions étaient posées sur les formations continues, le rapport aux autres professionnels, l'attrait des lieux d'exercices ou encore la conception de la prise en charge des patients.

- 7 D'une durée comprise entre 1 et 2 heures, les entretiens ont été effectués sur les lieux professionnels. Ils ont été entièrement retranscrits et soumis à une analyse thématique catégorielle.

## Trois figures de la lutte pour un renversement de l'ordre symbolique

- 8 Notre enquête nous a permis d'identifier trois figures qui, présentant une structure patrimoniale à dominante infirmière, exercent dans la région la plus hétérogène de l'espace. Bien qu'agissant de façon non concertée, ces trois figures ont en commun de lutter pour une définition légitime de la pratique des soins infirmiers. C'est par la valorisation de leur "capital infirmier" qu'elles luttent pour l'autonomisation de l'espace infirmier à l'égard du champ médical. On sait que l'autonomie d'une profession est notamment adossée à sa capacité à contrôler et évaluer sa pratique spécifique (Freidson, 1970). Bien que partiellement contestés<sup>5</sup>, les travaux de Freidson demeurent intéressants pour saisir les contours d'une profession pour laquelle l'autonomie constitue un enjeu central. Si la profession infirmière jouit aujourd'hui d'une autonomie légale (par exemple maîtrise d'une formation spécifique, reconnaissance par l'État d'un diplôme certifiant, hiérarchie propre), sa pratique quotidienne demeure cependant partiellement déterminée par la profession médicale. Raison pour laquelle la question de l'autonomie est particulièrement prégnante, tant pour les infirmières que pour les chercheurs qui s'y intéressent. Rappelons toutefois que, dans la perspective structurale qui est la nôtre, « l'agent n'est jamais complètement le sujet de ses pratiques » (Bourdieu, 1997 : 166). Partant, les stratégies d'autonomie mises en œuvre par les infirmières sont ici considérées comme « étant le produit de dispositions façonnées par la nécessité immanente du champ [qui] tendent à s'ajuster spontanément, sans intention expresse ni calcul, à cette nécessité » (Bourdieu, 1997 : 166). Comme nous le montrerons, les modalités de lutte que mobilisent les infirmières sont non seulement liées à la position qu'elles occupent dans l'espace infirmier, mais aussi à leurs trajectoires sociales et professionnelles, ainsi qu'à leur appartenance générationnelle.

### Monique Emery, une infirmière « hétérodoxe »

- 9 La première des trois figures que notre enquête nous a permis d'identifier est la figure de l'« hétérodoxe ». Situées dans des régions de l'espace infirmier faiblement médicalisées, ces infirmières présentent des dispositions subversives qui les encouragent à se montrer très ouvertes à toutes les approches exogènes au champ

médical, qu'il s'agisse de médecines parallèles ou de savoirs issus des sciences humaines et sociales.

« Les chats ne font pas des chiens »

- 10 Mme Emery<sup>6</sup> a 55 ans. Fille d'une mère souffrant de troubles psychiques et d'un père inconnu, elle grandit avec ses grands-parents. C'est principalement sa grand-mère, couturière de profession, qui s'occupera de son éducation. Infirmier en psychiatrie, son grand-père n'a pas suivi de formation particulière : « *Il a fait ça à une époque où il n'y avait pas d'école, où, en fait, on prenait les infirmiers parce qu'ils étaient baraqués* ». Mme Emery termine sa scolarité obligatoire à la fin des années 1970 et entreprend alors une formation d'infirmière-assistante. Plusieurs éléments contribuent à cette orientation. Il y a d'abord la pression qu'exerce sur elle le désir d'ascension sociale de sa grand-mère qui coupe court à son souhait initial de devenir courtépoinrière : « *Elle a dit : "C'est exclu, tu ne feras jamais ça !" Ma grand-mère voulait que j'aille à l'Université (...) On était un peu en conflit perpétuel* ». La formation d'infirmière-assistante, qui ne dure que 18 mois, peut ainsi être considérée comme un moyen de souscrire à moindre frais à cette pression : « *Je me suis dit : "Vite fait, bien fait, dix-huit mois, et hop on va faire ça ! (...) après j'aurai la paix !"* ». Il faut deuxièmement considérer les antécédents familiaux de Mme Emery qui la mettent en contact direct avec le milieu des soins. Sa mère d'abord qui fait des séjours réguliers en milieu psychiatrique ; son grand-père ensuite : « *Mon grand-père, c'était un exemple. Mais je pense que ce n'est jamais un hasard si on fait telle ou telle profession. (...) Les chats ne font pas des chiens* ».

Une évolution lente

- 11 Dès l'obtention de son diplôme d'infirmière-assistante, Mme Emery éprouve une vive attirance pour la profession : « *ça m'a passionné ; c'est un métier qui m'a passionné !* ». Cependant, et malgré cet enthousiasme, son évolution professionnelle est particulièrement lente : elle travaille dix-huit ans dans un service de médecine comme infirmière-assistante avant d'obtenir un diplôme d'infirmière. Plusieurs éléments permettent de comprendre ce parcours. Il faut d'abord considérer que le statut d'infirmière-assistante représente la « petite porte » d'entrée dans l'espace infirmier, ce qui contribue dès le départ à ralentir sa progression<sup>7</sup>. Il faut ensuite prendre en compte son lieu d'habitation, une zone périphérique dans laquelle les possibilités pour les infirmières-assistantes d'entreprendre une formation d'infirmière diplômée ne seront mises en place que tardivement. Or, comme Mme Emery élève seule ses trois enfants durant cette période, elle ne dispose ni du temps ni des ressources financières pour effectuer les déplacements qu'auraient exigés une formation située loin de son domicile.
- 12 Ce n'est qu'en 2000 qu'interviendra une progression au niveau institutionnel avec un diplôme obtenu en soins infirmiers. Elle quitte alors le service de médecine où elle avait exercé jusqu'alors pour se diriger vers un service de chirurgie où elle ne travaillera que quelques années : « *Au bout de trois, quatre ans, je me suis dit : "Ou bien je change, je fais quelque chose d'autre, ou bien je reste là jusqu'à la retraite"* ». Elle décide alors de quitter la chirurgie et hésite entre la pédiatrie et la psychiatrie :

*Il y avait deux choses qui m'intéressaient, la pédiatrie et la psychiatrie. J'avais fait un stage de pédiatrie. J'aimais énormément la pédiatrie, mais c'est hyper méticuleux ; tous les soins qui sont faits sont vraiment très, très précis à la goutte près ; et avec l'âge, la vue qui se taille, ça me faisait peur. Je me suis dit : "il faut pas se tromper...". Enfin, bref. Ce qui fait que j'ai choisi la psychiatrie parce que ça me passionnait depuis longtemps.*

- 13 L'hésitation de Mme Emery entre deux domaines relativement opposés est révélatrice d'un certain clivage dispositionnel : l'attirance pour la technique et le concret liée à ses origines populaires d'une part<sup>8</sup> ; l'attirance pour le "relationnel", et la psychiatrie en particulier, liée à son héritage familial d'autre part. Son choix, qui se porte finalement sur la psychiatrie, s'explique ainsi par une véritable attirance qui s'est manifestée dès ses premières années comme infirmière-assistante durant lesquelles elle

avait déjà entrepris des formations dans ce domaine : « *J'ai fait énormément de cours au niveau psy, parce que j'aimais bien le développer. J'ai fait beaucoup de cours de communication, de choses comme ça* ». La psychiatrie lui apparaît dès lors comme « *le bon plan pour exploiter un peu ça* ». Mais ce choix pour le domaine psychiatrique relève sans doute aussi d'une nécessité faite vertu qui renvoie encore aux origines populaires de Mme Emery et à ses conditions de vie actuelles. Élevant seule ses trois enfants, elle doit en effet composer avec une double contrainte, celle de diminuer son taux d'activité sans renoncer à son activité professionnelle. Une double contrainte qui, on le sait, n'est que difficilement réalisable dans les services hospitaliers, et qui pousse nombre d'infirmières ne pouvant ni continuer à taux plein ni cesser leur activité professionnelle à se diriger vers les secteurs extrahospitaliers<sup>9</sup>.

- 14 Au final, on s'aperçoit que les origines populaires de Mme Emery ne sont pas étrangères à la durée de sa carrière professionnelle. Elle observe d'ailleurs elle-même que cette durée est assez rare :

*Ben là, dans mon unité, il y a Jules, il y avait Françoise ; oui, on est deux-trois rescapés de [l'époque], mais pas tellement plus. Et à [l'hôpital régional], je pense qu'il y en a une dizaine sur deux cents.*

### Des formations exogènes

- 15 Présentant une trajectoire semblable à ces *oblats* « qui, voués dès l'enfance à l'institution scolaire, lui sont totalement dévoués » (Bourdieu, 1984 : 305), Mme Emery accorde une importance primordiale à la formation qui apparaît à ses yeux comme déterminante à tous les niveaux de soins. Cette soif de connaissances, qu'elle a assouvie en suivant de nombreuses formations tout au long de sa carrière parallèlement à son activité professionnelle, s'est pourtant souvent heurtée à une offre limitée dans l'espace infirmier et à une absence de reconnaissance de la part de ses employeurs. Durant ses premières années d'exercice comme infirmière-assistante, Mme Emery se voit ainsi contrainte de payer elle-même ses formations : « *A cette époque-là, la formation continue, souvent, on la payait soi-même. On allait à droite, à gauche faire des cours* ». Tout se passe comme si cette situation de relative errance formative révélait un certain décalage entre l'envie de formation de Mme Emery et l'état historique d'un espace infirmier qui n'offrait pas encore de formations longues de type académique. Ce décalage entre ses aspirations et l'offre de formation, qui renvoie à une appartenance générationnelle, forme l'un des schèmes générateurs des représentations et pratiques de l'« hétérodoxe », puisqu'il pousse ces infirmières à se diriger vers des formations externes à l'espace infirmier. Sitôt son diplôme de soins infirmiers en poche, Mme Emery se lance ainsi dans une formation de quatre ans en analyse transactionnelle, formation autofinancée qu'elle mène parallèlement à son activité professionnelle.

### Dispositions subversives et capital potentiellement disqualifiant

- 16 L'offre limitée de formations au sein de l'espace infirmier d'alors explique en partie le fait que Mme Emery se tourne vers des formations externes à la profession. En partie seulement, car cette démarche est également sous-tendue par la présence de dispositions subversives qui renvoient, là encore, à son appartenance générationnelle. Parvenue à l'âge adulte durant les années 1970, Mme Emery appartient en effet à une génération sociale marquée par une profonde remise en question du système institutionnel. Tout comme ces « *médecins des ouvriers* » qui, le plus souvent issus des classes populaires et occupant les positions les plus dominées du champ médical (médecine générale et médecine du travail), défendaient à cette époque une conception militante de leur pratique (Marichalar & Pitti, 2013), Mme Emery fait montre de fortes dispositions subversives qui s'expriment par une critique du système économique et des inégalités qu'il produit :

*Les assurances, je les porte pas vraiment dans mon cœur. Je pense que c'est eux qui nous dirigent maintenant, et c'est pour ça que c'est le bordel absolu quoi. (...) J'ai vu le début de la prise de pouvoir des assurances. (...) Le début, finalement peut-être, de la médecine à deux vitesses, ces choses-là quoi. Clairement une ingérence.*

- 17 Et c'est précisément pour lutter contre cette « médecine à deux vitesses » que Mme Emery a recours à l'analyse transactionnelle fondée par le psychiatre américain Eric Berne. Cette approche lui semble en effet davantage accessible aux classes populaires, et ceci dans une double perspective. Sociale d'abord, puisqu'en tant que vulgarisation de l'analyse freudienne, elle rend accessible aux classes populaires une approche conçue par et pour les classes supérieures :

*Si vous analysez les gens qui font de l'analyse [freudienne], ce sont la moitié du temps des profs, des gens qui ont de l'argent (...) Je veux dire, une mère de famille, elle pourra jamais faire de l'analyse. Il faut pas se leurrer. Et ça, Berne, il avait compris ça rapidement (...) [L'analyse transactionnelle] repose sur une philosophie en fait humaniste où il y a un concept d'égalité. Et moi, c'est ça que j'aime.*

- 18 A cette accessibilité financière s'ajoute une accessibilité cognitive rendue possible par des « concepts vraiment très clairs » dont la mise en œuvre, contrairement à l'analyse psychanalytique, produit des effets rapides et visibles : « Quasiment n'importe qui emploie ça [les techniques de l'analyse transactionnelle]. Vous expliquez ça à un patient, en trois secondes il a saisi la combine ! ».

- 19 Cette mise en œuvre de savoirs exogènes a cependant un coût non négligeable. De fait, ces savoirs ne sont pas nécessairement reconnus par les employeurs, et peuvent même être frappés d'interdiction. Lors de son embauche dans un hôpital psychiatrique, Mme Emery s'est ainsi vue signifier par son employeur qu'il ne souhaitait pas qu'elle ait recours à l'analyse transactionnelle avec les patients. Mais, tout comme ces « médecins des ouvriers » qui effectuaient des contrôles médicaux dans les usines à l'insu des patrons, Mme Emery n'hésite pas à braver cette interdiction, optant pour une mise en œuvre clandestine de cette approche dans laquelle elle a énormément investi<sup>10</sup> :

*Ils m'ont pris en me disant que je ne pouvais pas faire de l'analyse transactionnelle. Ce qui m'a bien fait rigoler parce qu'en fait l'analyse transactionnelle est un langage : quand c'est intégré, c'est intégré !*

- 20 « Tactique » plus que « stratégique »<sup>11</sup>, cette mise en œuvre clandestine révèle le fait que le « capital infirmier » peut fonctionner comme capital potentiellement disqualifiant. Les formations exogènes que suivent les infirmières « hétérodoxes » s'opposent ainsi à celles qui, nombreuses au pôle médical de l'espace infirmier, sont la plupart du temps financées et reconnues par l'employeur.

### Une technicisation du relationnel

- 21 Si les modalités par lesquelles Mme Emery investit sa position professionnelle peuvent s'expliquer pour partie par son appartenance générationnelle, elles semblent également s'expliquer par son origine populaire. Bien qu'elle ait occupé des positions situées aux deux pôles de l'espace infirmier, tout semble indiquer que Mme Emery a toujours eu une propension à privilégier les dimensions somatiques et techniques plutôt que les dimensions psychiques et relationnelles. C'est ainsi que, décrivant la fonction d'infirmière-assistante, elle l'aborde exclusivement sous sa dimension technique :

*C'est une place un peu... bien définie par ce qu'on pouvait faire. On avait le droit de distribuer les médicaments, on avait le droit de faire les injections IM [intramusculaires] et sous-cutanées. (...) Tout ce qui était prise de sang, voie veineuse, tout ça, on n'avait pas le droit de le faire. La définition était claire.*

- 22 Plus révélateur encore, Mme Emery semble investir le secteur de la psychiatrie dans lequel elle exerce aujourd'hui avec ces mêmes schèmes techniques. Si elle croit particulièrement en l'efficacité de l'analyse transactionnelle, c'est parce qu'il s'agit selon elle d'une approche très concrète qu'elle compare à une « boîte à outils » :

*Par exemple, vous avez un conflit avec quelqu'un, la plupart du temps, le conflit vient parce que l'autre il se situe en parent, et il vous prend pour un enfant ; c'est le même genre de rapport qu'on a à la maison. Papa qui gueule et l'enfant qui dit : "Oui papa". (...) Simplement, en se mettant les deux dans la position d'adulte,*

*le conflit s'enlève. Mais comment se met-on dans la position d'adulte ? C'est ce genre de techniques qu'on apprend.*

- 23 « Boîte à outils », ensemble de « techniques » permettant de faire changer « très rapidement les choses », l'analyse transactionnelle telle que présentée par Mme Emery semble ainsi répondre à l'une des conditions de la pleine reconnaissance des interventions des professionnels de santé par les membres des classes populaires : le résultat immédiat et visible qui, ramenant « brutalement du côté de la santé et de la vie active » (Boltanski, 1969 : 98), permet de constater qu'on en a pour son argent.
- 24 Au final, la psychanalyse de Freud et l'analyse transactionnelle de Berne cristallisent une série d'oppositions homologues dans le discours de Mme Emery : Freud/Berne, inaccessible/accessible, lent/rapide, abstrait/concret, toutes oppositions secondaires pouvant être rapportées à l'opposition fondamentale entre classes supérieures et classes populaires.

## Claire Pasche, une « élite infirmière »

- 25 La deuxième figure que nous avons identifiée est celle de l'« élite infirmière », dont la principale caractéristique réside dans le travail de conversion de savoirs exogènes en savoirs endogènes et, partant, de leur légitimation. Caractérisée par la même soif de connaissances que l'infirmière « hétérodoxe », elle bénéficie cependant d'un double avantage sur cette dernière. Social d'abord : issue des classes moyennes ou supérieures, elle a généralement suivi la filière scolaire la plus prestigieuse qui permet une entrée par la « grande porte » dans la profession. Générationnelle ensuite : née trois décennies après l'« hétérodoxe », elle rencontre un état historique de l'espace infirmier dont l'offre de formation s'est considérablement étoffée. L'« élite infirmière » peut ainsi assouvir sa soif de formation sans avoir à importer des savoirs et savoir-faire exogènes. Impliquée dans la recherche, elle contribue par ailleurs à la conversion de savoirs importés en savoirs reconnus comme appartenant en propre à la discipline des sciences infirmières.

### Une trajectoire ascensionnelle

- 26 Mme Pasche a 28 ans. Se définissant elle-même comme « studieuse », elle entreprend des études de soins infirmiers directement après sa scolarité obligatoire et en sort diplômée quatre ans plus tard, à 22 ans. Après seulement deux ans d'activité professionnelle, elle commence une formation de praticienne formatrice<sup>12</sup> avant d'entreprendre un Master en sciences infirmières à l'université. En attendant d'avoir son Master et d'exercer comme infirmière clinicienne spécialisée<sup>13</sup>, elle travaille à temps partiel dans un service de médecine d'un hôpital universitaire, où son statut de future détentrice d'un diplôme universitaire lui permet de participer à une recherche.
- 27 La trajectoire ascensionnelle de Mme Pasche peut s'expliquer par différents éléments qui renvoient tant à sa trajectoire qu'à un état historique de l'espace infirmier. Son origine sociale d'abord : fille d'un père employé de banque et d'une mère enseignante, Mme Pasche est issue des classes moyennes et a pu compter sur un soutien familial durant ses études. Sa situation géographique ensuite : résidant dans un centre urbain, le coût d'accès à la formation s'en est trouvé réduit. Son appartenance générationnelle enfin : née près de 30 ans après Mme Emery, Mme Pasche rencontre un état de l'espace infirmier très différent de cette dernière puisque, entretemps, sont apparues des formations qui permettent aux infirmières d'avoir accès à des diplômes de niveau supérieur. Ainsi, et contrairement à Mme Emery, Mme Pasche est entrée dans l'espace infirmier par la « grande porte », ce qui a sans doute contribué à accélérer sa trajectoire professionnelle.
- 28 Ce qui sépare les « élites infirmières » des infirmières « hétérodoxes », c'est donc avant tout un état de la structure de l'espace infirmier au moment de leur entrée dans la profession. Par conséquent, on peut dire que c'est « [un] espace des possibles, qui agit comme révélateur des dispositions » (Bourdieu, 1992 : 326), et qui permet à la figure de l'« élite infirmière » d'exister aujourd'hui alors que cela eut été impossible 30 ans



auparavant.

### Dispositions dominantes et ambition réformatrice

- 29 Mme Pasche est issue de la filière supérieure des études secondaires. Ainsi, son diplôme lui aurait offert la possibilité de suivre des études de médecine. Ce qu'elle ne manque d'ailleurs pas de relever : « *J'ai de toute façon pas essayé de faire médecine alors que j'aurais pu m'y inscrire* ». Cette entrée dans l'espace infirmier par la « grande porte » contribue à déterminer ses prises de position, puisqu'elle lui permet de vivre son choix de la profession comme étant le produit d'une véritable élection. Et, loin de se contenter de vouloir être « *proche du patient* », Mme Pasche semble avoir été motivée dès son entrée dans la profession par un projet réformateur visant à rectifier « *l'image de l'infirmière dans la société* » :

*Ce qui me dérangeait, c'était l'image de l'infirmière dans la société, qui est souvent plutôt négative. (...) Je trouve que c'est assez contrasté avec l'image qu'on a du médecin, qui est presque un dieu ! Je trouvais que c'était assez extrême les deux images.*

- 30 Alors que nombre d'infirmières pâtissent de cette « image négative » (Chaves, 2005), Mme Pasche a très vite pour ambition d'agir sur la profession. Issue des classes moyennes et de la filière supérieure de l'enseignement secondaire, elle ambitionne de reproduire une position dominante dans l'espace infirmier. Ça n'est d'ailleurs qu'une fois après avoir été rassurée sur les possibilités d'évolution professionnelle qu'elle se décide à entreprendre ses études en soins infirmiers :

*Je me suis inscrite [pour le Bachelor]. Il n'y avait pas encore de Master ou de Doctorat en Suisse. (...) Quand je me suis posée ces questions lors de l'entretien de candidature, l'enseignante m'a dit : "Ce n'est pas parce que vous êtes infirmière que vous ne pourrez pas continuer à vous spécialiser, à progresser dans votre profession (...)". Et là, j'ai été plus convaincue, parce que j'ai eu un moment d'hésitation.*

- 31 Au final, si elle a choisi la profession d'infirmière en « renonçant » à celle de médecin, Mme Pasche s'est auparavant assurée qu'elle pourrait y occuper une position dominante lui offrant la possibilité de participer au projet réformateur auquel elle aspire.

### Capital légitime et stratégies d'inversion de la domination symbolique

- 32 À la différence du capital hétérogène qui caractérisent les « hétérodoxes » et dont la mobilisation implique le plus souvent un exil vers le pôle infirmier ou des « tactiques » d'invisibilisation, le capital en possession des « élites infirmières » bénéficie d'une légitimité qui permet à ses détentrices d'en tirer profit jusque dans les régions les plus médicalisées de l'espace. En témoigne le fait que Mme Pasche n'envisage aucunement d'exercer sa profession à l'extérieur de l'hôpital :

*C'est pas que ça m'attire pas, mais c'est vrai que pour le moment je suis bien dans l'hospitalier. (...) C'est assez effervescent, je veux dire, ça va souvent assez vite, j'aime bien.*

- 33 Dans la lutte visant à inverser la domination symbolique de l'espace infirmier, les « élites infirmières » sont en effet les mieux armées, notamment en raison de la dimension théorique de leur capital qui, si elle peut produire certaines réticences parmi les anciennes générations encore en exercice, tourne cependant très vite en faveur de celles qui le possèdent. Ainsi, et bien qu'elle déclare que ses collègues ne l'ont pas tout de suite perçue d'« *un très bon œil* » en raison de sa formation, Mme Pasche n'hésite pas à revendiquer la dimension théorique comme l'un de ses « *points forts* » :

*Je sais que les premiers mois (...), mes collègues expérimentées, elles me voyaient sûrement pas d'un très bon œil parce qu'il me fallait beaucoup de temps pour faire les choses et pis pour être efficace. Et pis peut-être... peut-être qu'elles disaient que c'était parce que j'étais HES [Haute École Spécialisée]. C'est possible que ce soit le cas, parce que c'est sûr qu'on avait moins de formation pratique ; on était plus théorique. Et c'était aussi un de mes points forts d'être*

*théorique.*

- 34 La valorisation du “capital infirmier” passe en effet par une entreprise d’inversion de la hiérarchie symbolique visant à arracher la profession à son statut de mise en œuvre pratique pour la faire accéder au rang d’activité noble sous-tendue par un arsenal conceptuel. Ce qui se manifeste d’abord chez Mme Pasche par un refus de limiter la description de l’activité des infirmières à une succession de « tâches » :

*On pourrait décrire une journée en termes de tâches mais aussi en termes de processus, de qu’est-ce qu’on met en place ; ça dépend... Voilà. Souvent on se limite à décrire la profession infirmière en disant des tâches, et justement c’est quelque chose qui pourrait être réducteur.*

- 35 En associant explicitement sa manière d’appréhender la profession à sa formation, Mme Pasche laisse entrevoir un certain clivage générationnel avec les infirmières plus âgées qui, ne disposant pas des « mots » pour décrire le « rôle infirmier », ne peuvent véritablement participer à la lutte de positionnement dans laquelle elle se trouve elle-même engagée :

*(...) le rôle infirmier, tout de ce qui est de l’évaluation de la situation, de déterminer les objectifs avec la personne, de l’accompagner par rapport à ça, et pas de favoriser des résultats positifs, ben ça, personne d’autre [que l’infirmière] peut le faire. (...) Mais souvent, l’infirmière il lui manque des mots pour dire ça, déjà. Donc si elle n’a pas de bonnes bases théoriques déjà dans sa formation de Bachelor, elle ne pourra pas dire ça, elle ne pourra pas se positionner.*

- 36 L’entreprise d’inversion de la domination symbolique se manifeste encore par la propension de Mme Pasche à se positionner comme *alter ego* des médecins ; une propension qui se manifeste par le regard qu’elle pose sur eux dans le cadre de certaines formations communes :

*Là, je suis en train de faire un cours sur l’éducation thérapeutique dans le cadre du Master, mais je le fais avec des étudiants en médecine. (...) On pourrait dire que c’est différent ; on pourrait dire que souvent l’infirmière a comme objectif d’accompagner, et le médecin c’est souvent de poser un diagnostic et après de soigner, guérir souvent dans le terme guérir. Mais après, quand on discute de manière plus individuelle avec les médecins (...) quand on parle vraiment des motivations profondes, ils ont souvent les mêmes.*

- 37 Ramenant les médecins sur « son » terrain<sup>14</sup>, elle participe d’une véritable *stratégie* d’inversion de la domination symbolique, échappant ainsi aux *tactiques* auxquelles se trouvent réduites les infirmières « hétérodoxes ». Elle se distingue par la même occasion des infirmières situées au pôle médical de l’espace, plus enclines à valoriser leur position en situant leurs pratiques sur le même terrain que celui des médecins (Longchamp & Toffel, 2016).

#### Une réformiste accommodante

- 38 Si l’émergence de la figure de l’« élite infirmière » peut être rapportée aux changements structurels qui caractérisent l’espace infirmier, ces changements doivent à leur tour être inscrits dans l’évolution du champ médical. Nombre d’auteurs s’accordent à penser que la très forte autonomie qu’avait atteint ce champ durant les Trente Glorieuses tend à s’affaiblir depuis quatre décennies suite à l’intervention de logiques exogènes (Orfali, 2002 ; Pinell, 2008). Cette perte relative d’autonomie du champ médical participe sans nul doute à la valorisation du “capital infirmier”. On sait en effet que la prise de distance face à l’objectif thérapeutique suite à l’augmentation des maladies chroniques (Orfali, 2002) d’une part, la prise en compte de logiques profanes d’autre part, font partie intégrante de ce que Paillet (2007) qualifie de « mission » de la profession infirmière. Si Mme Pasche peut ramener les médecins sur son propre terrain, ça n’est donc pas seulement en raison de la position qu’elle occupe, mais aussi parce que ces derniers s’y aventurent plus volontiers que par le passé.

- 39 L’apparition de la figure de l’« élite infirmière » peut donc aussi se lire comme un indice de la relative perte d’hégémonie du pouvoir médical. Il convient toutefois de ne

pas livrer un bilan unilatéral de ce processus, en rappelant que le pouvoir de réfraction du champ médical est loin d'être épuisé. Ainsi, la formation des « élites infirmières » n'échappe pas au contrôle du champ médical, puisqu'elle se déroule en son sein<sup>15</sup>. Dans la même veine, il convient de préciser, avec Patrice Pinell, que l'intervention de logiques exogènes au champ médical ne remet pas fondamentalement en question le pouvoir de ses élites, certaines y voyant même l'opportunité de renforcer leur position. De fait, « la question des ajustements nécessaires à "l'évolution de la société" devenue un enjeu dans les luttes de concurrence au sein des élites hospitalières a favorisé l'accession aux positions de pouvoir de nouvelles fractions "réformatrices" qui vont contrôler l'adaptation aux normes imposées de l'extérieur » (Pinell, 2008 : 63). Et l'on peut se demander si la figure de l'« élite infirmière » n'est pas en passe de se mettre au service, au moins partiellement, de cette nouvelle fraction de l'élite médicale. Alors que les logiques managériales de la « nouvelle gestion publique » mises en place dans le secteur de la santé entraînent une forte pression sur les soignants (Belorgey, 2010), on sait par ailleurs que l'accélération de la prise en charge qui en découle est traditionnellement vécue par les infirmières comme une atteinte à la norme professionnelle d'écoute et d'accompagnement des patients (Acker, 2005). Or, Mme Pasche fait au contraire preuve d'une certaine complaisance à l'égard de ces changements. Elle présente ainsi les nouvelles formations académiques offertes aux infirmières non pas comme des outils permettant de contester l'ordre établi, mais au contraire comme le meilleur moyen de s'y adapter :

*On perd du temps à se plaindre, mais on pourrait très bien faire quelque chose de bénéfique au lieu de se plaindre dans le même temps. Moi je pense qu'il faut être très bien formé, et pis même si on a peu de temps, ben si on a des compétences développées ben on peut les mettre en application auprès des patients, et pis avoir des résultats.*

- 40 Au final, la figure de l'« élite infirmière » apparaît peut-être comme l'incarnation de l'ambivalence des rapports sociaux entre soins infirmiers et médecine. L'émergence de cette figure semble résulter à la fois d'une évolution de la structure de l'espace infirmier, de la perte relative d'autonomie du champ médical et de l'apparition, dans ce dernier, de nouvelles formes d'assujettissement, moins visibles. Si l'« élite infirmière » apparaît donc bel et bien comme une réformatrice, ces réformes s'accommodent toutefois des évolutions en cours.

## Jacques Crettaz, un infirmier « conformiste »

- 41 La troisième figure est celle de l'infirmière « conformiste ». Elle se distingue de l'infirmière « hétérodoxe » en raison d'un relatif éloignement du lit du patient d'une part, et parce qu'elle ne participe pas au processus d'importation de savoirs et savoir-faire exogènes d'autre part. Elle se distingue également de l'« élite infirmière » en raison de sa formation non académique qui l'exclut du processus de conversion du capital non académique en capital académique. L'infirmière « conformiste » est particulièrement investie dans le processus de diffusion de ces savoirs auprès des autres professionnelles et des étudiantes.

### Une entrée dans la profession « par défaut »

- 42 M. Crettaz a 43 ans. Fils d'un père dentiste et d'une mère assistante dentaire, il appartient à une famille dont de nombreux membres travaillent dans la santé. Ainsi, bien qu'il la présente comme le fruit du hasard, son entrée dans la profession infirmière était particulièrement probable. Cette trajectoire professionnelle n'allait pourtant pas de soi pour M. Crettaz. Peu scolaire, il a « *de la peine à avoir un peu des idées* » quant à son orientation professionnelle au terme de sa scolarité obligatoire. C'est finalement sur les conseils d'une sœur médecin qu'il entreprend un stage d'infirmier-assistant.

- 43 L'entrée de M. Crettaz dans la profession est ainsi comparable à celle de Mme Emery. Comme cette dernière, M. Crettaz est ancré dans la profession de par sa famille et y

pénètre par la « petite porte ». De plus, leurs motivations sont semblables : alors que Mme Emery entreprend une formation « pour avoir la paix », M. Crettaz entreprend quant à lui un stage pour « avoir quelque chose ». Et tout comme Mme Emery, c'est durant sa formation que M. Crettaz développera un véritable intérêt pour la profession, au point de s'investir fortement dans la lutte pour son autonomie.

#### Une trajectoire professionnelle favorisée par l'origine sociale et le genre

44 Diplômé infirmier-assistant au début des années 1990, M. Crettaz travaille trois ans dans un hôpital régional où il commence par faire « *un petit peu de soins aigus* » avant de se diriger vers un service de réadaptation. Il reprend alors assez vite une formation en vue de l'obtention d'un diplôme en soins infirmiers. Après avoir travaillé dix ans en soins à domicile, il intègre en 2006 un service d'oncologie dans lequel il exerce actuellement comme infirmier consultant :

*Notre rôle ici, donc comme consultant,... en fait, notre client c'est le soignant et pas le patient. Alors, on est toujours là pour le patient ; la finalité c'est le bien-être du patient qu'on soit clair ; mais vraiment ce que j'essaie de faire avec les équipes, c'est que les équipes soient bien, partant un peu du précepte : "Pour bien soigner, ben il faut être bien soi-même" ».*

45 M. Crettaz travaille donc moins au chevet du patient et prodigue surtout des conseils et du soutien aux équipes de soins.

46 Si les débuts de M. Crettaz dans la profession ressemblent à ceux de Mme Emery, leurs parcours respectifs prennent très vite des orientations différentes. Alors que Mme Emery conserve le statut d'infirmière-assistante durant 18 ans, l'évolution de M. Crettaz est nettement plus rapide puisqu'il éprouve le besoin de changer de statut après trois ans seulement. Le fait que M. Crettaz entreprenne aussi rapidement un diplôme en soins infirmiers afin de s'arracher à un univers d'infirmière-assistante qu'il estime « *assez réduit* », et ce malgré une trajectoire scolaire moyenne, s'explique sans doute pour partie par son origine sociale. Issu des classes moyennes supérieures, il présente, si ce n'est une forte disposition promotionnelle, du moins la propension à s'inscrire dans une logique familiale de reproduction. À cet effet de l'origine sociale, il faut ajouter celui du genre qui s'avère ici déterminant. Alors que le « plafond de verre » demeure une réalité pour les femmes dans la plupart des secteurs d'activité (Blanchard *et al.*, 2009), l'« escalator de verre » favorise les carrières masculines dans les professions féminisées (Williams, 1992), où le seul fait d'exercer à un taux élevé et de ne pas interrompre sa carrière en raison de charges familiales constitue un atout majeur pour accéder aux postes à responsabilités. Ainsi, à la différence de Mme Emery qui a été contrainte de réduire son taux d'activité pour s'occuper de ses enfants, M. Crettaz a toujours exercé à 80% ou plus, en dépit du fait qu'il est père de trois enfants.

47 Cependant, et bien qu'il sente la nécessité de « *se positionner pour le futur de la carrière* », M. Crettaz éprouve une aversion pour tout ce qui est relatif à la scolarité, ce qui lui interdit toute forme de projection dans des études de type académique : « *Je suis quelqu'un du terrain (...). Je crois que j'ai vraiment un blocage au niveau de la validation [rires]* ».

48 Cette association entre une ambition professionnelle liée à l'origine sociale et un complexe scolaire lié à une entrée dans la profession par la « petite porte » est centrale pour saisir les prises de position de l'infirmière « conformiste » : diffusant des savoirs auxquels elle voue une reconnaissance dénuée de la connaissance que lui procurerait le fait d'avoir elle-même contribué à leur production, elle se retrouve en porte-à-faux, tant vis-à-vis de l'« élite infirmière » qu'elle imite sans l'égaliser, que vis-à-vis des infirmières de terrain aux yeux desquelles elle a perdu une partie de sa légitimité professionnelle en raison de son éloignement du lit du patient.

#### Le garant d'une certaine orthodoxie infirmière

49 Au cours de sa formation en soins infirmiers, M. Crettaz effectue un stage dans un service de médecine. Il constate alors avec une certaine amertume que la profession telle qu'il la conçoit n'est que peu développée, en raison d'une forte prépondérance des tâches médico-déléguées. Et c'est une tout autre expérience qu'il vit dans le cadre d'un

stage en soins à domicile, notamment en raison du « *lien avec le patient* » qu'il peut y développer :

*Je me suis éclaté dans les soins à domicile parce que de nouveau, y avait un problème de santé qu'on identifiait avec un médecin, avec le patient et pis après on construisait quelque chose avec le patient. (...) Il y avait un lien avec le patient que je trouvais... qui était assez extraordinaire. On voyait qu'avec ce lien, on arrivait à aller vers autre chose.*

- 50 Fort de cette double expérience, M. Crettaz développe un schème de perception qui le mène à opposer les infirmières qui mettent en œuvre des « projets de soins » à celles dont le rôle se cantonne à une prise en charge médico-déléguée. Et il ne cesse alors d'être confronté à ce qu'il perçoit comme un dangereux écart entre l'être et le devoir être :

*Je leur ai proposé [aux infirmières], pour amener les situations cliniques, qu'elles nous parlent certes du diagnostic médical, mais qu'elles nous parlent aussi de quel est le projet dudit patient, donc ces notions de valeur essentiellement, et après quel est le projet de soins. Et j'ai été juste halluciné de réaliser que ces infirmières ne savent plus ce que c'est (...) Je crois que 80 % des gens ne savent pas, les infirmiers savent très peu ce que c'est.*

- 51 Mais plutôt que d'expliquer cette situation par les rapports de force inter et intraprofessionnels qui caractérisent les différents secteurs d'activité, il les rapporte à l'investissement professionnel plus ou moins fort des infirmières. La prédilection pour les actes médico-délégués lui apparaît dès lors comme une forme de capitulation professionnelle contre laquelle il entend lutter par la valorisation du modèle de soins développé par Virginia Henderson qui peut être considérée comme la première incarnation historique de l'« élite infirmière » :

*Pour avoir une pratique de soins infirmiers cohérente, on doit se référer à un modèle de soins. Donc quand je construis ma pensée, ma pratique, je me réfère toujours à ça. Si je gère un projet de pratique de soins, je pense à une situation clinique, j'ai analysé cette situation clinique au travers d'un modèle de soins, je vais rechercher l'Evidence based practice, je l'intègre toujours en me référant à ce modèle de soins et pis je propose des choses qui vont permettre de faire une évolution de la qualité des soins. Voilà, pour moi, c'est là autour. Après, le modèle de soins, (...) ici à [l'hôpital], on n'a pas le choix, c'est Virginia Henderson, ça c'est très clair.*

- 52 Afin de lutter contre ce qu'il perçoit comme une dérive professionnelle, M. Crettaz entreprend une formation de clinicien généraliste<sup>16</sup> qui le mène à encadrer les équipes de soins. Fort de cette formation qui lui donne « *d'autres ressources pour réussir à réorienter différemment le débat* », il ambitionne de diffuser le modèle de Virginia Henderson auprès de ses pairs, en les encourageant à « *se décentrer de soi pour se recentrer sur le patient* ».

### Un rapport « docte » aux savoirs infirmiers

- 53 L'infirmière « conformiste » se distingue de l'infirmière « hétérodoxe » quant à son statut autant qu'à la nature des savoirs qu'elle mobilise : alors que la première s'est éloignée du patient pour endosser le rôle de diffuseur de savoirs infirmiers auprès de ses paires, la seconde maintient une activité clinique ; alors que la première diffuse des savoirs qui, tels le modèle de Virginia Henderson, ont déjà subi un travail d'endogénéisation permettant de les formuler dans des termes propres à la profession<sup>17</sup>, la seconde mobilise des savoirs exogènes à l'espace infirmier. L'infirmière « conformiste » ne contribue cependant pas elle-même à la conversion/production des savoirs qu'elle diffuse. Et c'est là sans doute le point essentiel qui la distingue de l'« élite infirmière ». Alors que cette dernière peut être comparée à la figure de l'« *auctor* », la « conformiste » s'apparente davantage à celle du « *lector* (...) cantonné dans le commentaire réitéré et réitérable des autorités, [qui] professe (...) un message qu'il n'a pas lui-même produit » (Bourdieu & Passeron, 1970 : 73). M. Crettaz entretient ainsi un rapport relativement *docte* aux savoirs infirmiers, typique de ceux dont le

réveil scolaire a été tardif. En témoignent ses attentes à l'égard des « *nouveaux paradigmes* » qui devraient selon lui être davantage enseignés aux infirmières pour permettre à la profession d'« *être en mouvement* » :

*Je pense que c'est inévitablement qu'on doit être en mouvement, mais il faut nous aider à être en mouvement, il faut nous donner des... enfin qu'on ait des moments de formation, des... qu'on nous présente, je sais pas, des nouveaux paradigmes.*

- 54 Au final, cette figure infirmière se pose comme la gardienne d'une certaine orthodoxie professionnelle, en enjoignant les infirmières à mobiliser leur « capital infirmier » plutôt que leur capital médical. Tout dans le discours de M. Crettaz contribue ainsi à dénoncer l'écart entre ce que devrait être la profession selon les « modèles de soins » infirmiers d'une part, et les comportements qu'il observe chez certaines infirmières d'autre part.

## Conclusion

- 55 La lutte pour le renversement de l'ordre symbolique de la profession infirmière est principalement portée par trois figures que nous avons ici présentées sous la forme de portraits. On peut établir que ces trois figures participent à trois étapes distinctes et complémentaires de la lutte pour l'autonomie de la pratique infirmière : l'« hétérodoxe » importe les savoirs exogènes ; l'« élite infirmière » les convertit et leur confère une légitimité ; la « conformiste » les diffuse. Ces trois figures sont donc objectivement solidaires d'un projet qui, bien que partagé, n'est pas nécessairement le fruit d'une conscience.
- 56 Cela dit, il ne faudrait pas céder à une vision par trop fonctionnaliste qui réduirait les rapports qu'entretiennent les infirmières à un système de coopération entre des agents ayant des valeurs partagées et des rôles bien définis ; vision que la théorie des champs nous permet précisément de dépasser. Car loin de n'entretenir que des relations de coopération, ces trois figures entretiennent également des rapports sociaux de concurrence qui reposent tant sur leurs positions que sur leurs dispositions. Cette compétition oppose notamment les infirmières « hétérodoxes » aux « élites infirmières » puisqu'en raison de l'évolution de l'espace infirmier, ces dernières sont appelées à remplacer les premières. Les « conformistes » occupent quant à elles une position fragile, d'une part en raison de leur relatif éloignement de l'activité clinique qui peut s'avérer disqualifiant, et d'autre part en raison de l'absence de « capital infirmier » académique qui leur permettrait de compenser cet éloignement.
- 57 Si l'inscription de ces trois figures dans un espace de positions révèle les traits saillants qui les opposent, leurs dispositions et leurs prises de positions nous permettent en retour d'apercevoir le processus de transformation de l'espace infirmier. Dans un précédent article (Longchamp & Toffel, 2016) nous avons fait l'hypothèse que l'apparition des « élites infirmières » pourrait contribuer à une autonomisation de l'espace infirmier. Nos récentes analyses nous poussent cependant à mieux spécifier cette hypothèse. Car, en dépit des changements qui le traversent, l'espace infirmier continue à se heurter au pouvoir de réfraction du champ médical. Aussi, plutôt que de faire advenir une relative autonomisation de la pratique infirmière vis-à-vis du champ médical, l'« élite infirmière » pourrait, au contraire, incarner un agent au travers duquel le champ médical s'insérerait dans l'espace infirmier. Inscrites dans le processus de légitimation d'un nouvel ordre gestionnaire issu des politiques managériales toujours plus présentes dans la « nouvelle gestion publique », les « élites infirmières » pourraient bien faire partie de ces « nouvelles fractions « réformatrices » » dont parle Patrice Pinell.

---

## Bibliographie

ACKER F., 1991. « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, 9 : 123-143.

DOI : 10.3406/sosan.1991.1192

ACKER F., 1995. « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé*, 13, 3 : 69-92.

DOI : 10.3406/sosan.1995.1337

ACKER F., 2005. « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 161-181.

BELORGEY N., 2010. *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*. Paris, La Découverte.

BEZES P. et DEMAZIERE D., 2011. « Introduction. New Public Management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 53 : 293-305.

BLANCHARD S., LE FEUVRE N. et METSO M., 2009. « Les femmes cadres et dirigeantes d'entreprise en Europe. De la sous-représentation aux politiques de promotion de l'égalité dans la prise de décision économique », *Informations sociales*, 151 : 72-81.

BOLTANSKI L., 1969. *Prime éducation et morale de classe*. La Haye, Mouton & Cie.

BOURDIEU P., 1984. *Homo Academicus*. Paris, Editions de Minuit.

BOURDIEU P., 1989. *La noblesse d'Etat. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris, Editions de Minuit.

BOURDIEU P., 1992. *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*. Paris, Editions du Seuil.

BOURDIEU P., 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris, Editions du Seuil.

BOURDIEU P. et PASSERON J.-C., 1970. *La Reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris, Editions de Minuit.

CHAVES G., 2005. *Etude sur l'image que la profession "infirmière" a d'elle-même*. Lausanne, Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud.

DE CERTEAU M., 1980. *L'invention du quotidien*. Paris, Gallimard.

DE MONTLIBERT C., 1980. « L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 32-33 : 65-76.

DROUX J., 2000. *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (XIXe-XXe siècles)*. Unpublished Thèse, Université de Genève.

FERONI I. et KOBER A., 1995. « L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne », *Sciences sociales et santé*, 13 : 35-68.

DOI : 10.3406/sosan.1995.1336

FREIDSON E., 1970. *Professional dominance: The social structure of medical care*. New Brunswick, New Jersey, Transaction Publishers.

GROSJEAN M. et LACOSTE M., 1999. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris, Presses Universitaires de France.

HUGHES A., 2010. « The challenge of contributing to policy making in primary care: the gendered experiences and strategies of nurses », *Sociology of Health & Illness*, 32 : 977-992.

DOI : 10.1111/j.1467-9566.2010.01258.x

HUGHES E. C., 2008 [1984]. *The Sociological Eye*. New Brunswick, Transaction Books.

JACCARD RUEDIN H., WEAVER F., ROTH M. et WIDMER M., 2009. *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

LAHIRE B., 2002. *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*. Paris, Nathan.

LERT F., 1996. « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 14 : 103-115.

DOI : 10.3406/sosan.1996.1370

LONGCHAMP P., 2009. « Des infirmières scolaires dans l'espace social ». *Carnets de bord en sciences humaines*, 16 : 45-66.

LONGCHAMP P. et TOFFEL K., 2016. « Un espace infirmier ? Éléments pour une analyse structurale de la profession infirmière », Working paper no 1, HESAV. Disponible sur :

<https://www.academia.edu/20161837>

/Un\_espace\_infirmier\_%C3%89l%C3%A9ments\_pour\_une\_analyse\_structurale\_de\_la\_profession\_infirmi%C3%A8re

LONGCHAMP P., TOFFEL K., BUHLMANN F. et TAWFIK A., 2016. « De la sociologie de l'innovation à l'imagination sociologique. La théorie des champs à l'épreuve de la profession infirmière », *Les Cahiers de recherche sociologique*, 59-60 : 135-156.

DOI : 10.7202/1036790ar

MARICHALAR P. et PITTI L., 2013. « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des

mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 196-197 : 114-131.

ORFÀLI K., 2002. « L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique », *Revue Française des Affaires sociales*, 3 : 103-124.

PAILLET A., 2007. *Sauver la vie, donner la mort*. Paris, La Dispute/Snédit.

PASSERON J.-C. et REVEL J., 2005. *Penser par cas*. Paris, Editions de l'EHESS.

PICOT G., 2005. « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue Française des Affaires sociales*, 1 : 83-100.

PINELL P., 2008. « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? », *Savoir/Agir*, 5 : 57-63.  
DOI : 10.3917/sava.005.0057

ROSENSTEIN A. H., 2002. « Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention », *The American Journal of Nursing*, 102, 6 : 26-34.  
DOI : 10.1097/00000446-200206000-00040

SENOTIER D., 1992. « Les infirmières, image d'une profession. Cent ans d'évolution de la profession », In KERGOAT D., IMBERT F., LE DOARE H. et SENOTIER D. (dir.), *Les infirmières et leur coordination*. Paris, Editions Lamarr, 23-55.

VEGA A., 1997. « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15, 3 : 103-132.  
DOI : 10.3406/sosan.1997.1405

VONARX N., 2010. « De Bronislaw Malinowski à Virginia Henderson : révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers », *Aporia*, 2, 4 : 19-28.

WILLIAMS C. L., 1992. « The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the "Female" Professions », *Social Problems*, 39, 3 : 253-267.  
DOI : 10.2307/3096961

## Notes

1 Compte tenu de la large surreprésentation de femmes dans la profession – 89% en Suisse (Jaccard Ruedin et al., 2009) – le mot « infirmière » désigne également le masculin dans l'ensemble de l'article.

2 Sous le terme « machines » nous englobons tous les appareils qui permettent la prise en charge des patients : par exemple les appareils de mesure et d'aide à la respiration, ou encore les défibrillateurs, scopes, électrocardiogrammes, etc.

3 Précisons que ces deux types de ressources ne sont pas de même statut. Alors que le capital médical dispose de la légitimité que lui confèrent ses origines, le « capital infirmier » est à considérer comme un capital en devenir, son accession au statut de capital étant conditionnée à l'existence d'un véritable champ infirmier qui, comme nous l'avons montré (Longchamp & Toffel, 2016), n'est pas encore d'actualité. Dans cet article, ce statut particulier du « capital infirmier » est indiqué par l'usage systématique des guillemets.

4 Un indice de la domination des secteurs médicalisés peut être trouvé dans les représentations qu'ont les infirmières du prestige des différents secteurs d'activité de la profession. Un continuum se dessine des services hospitaliers fortement médicalisés très prestigieux (par exemple soins intensifs, urgences, anesthésie) aux secteurs extrahospitaliers et moins médicalisés peu prestigieux (par exemple secteur socio-éducatifs, institutions pour personnes âgées) (Longchamp et al., 2016).

5 L'autonomie des professions liées à l'État est en effet entamée par la mise en œuvre du *New Public Management* (Bezes & Demazière, 2011).

6 Par souci d'anonymisation, les noms et prénoms ont été remplacés.

7 Sur l'opposition entre « petite porte » et « grande porte » d'entrée dans un espace social, voir Bourdieu (1989).

8 Concernant le lien entre le rapport à la santé et l'appartenance sociale, voir Longchamp (2009).

9 Si les trajectoires professionnelles des trois infirmières dont nous dressons le portrait s'expliquent en partie par la lutte qu'elles mènent pour le renversement de l'ordre symbolique, il faut rappeler qu'il ne s'agit pas d'une généralité. La trajectoire professionnelle typique allant du pôle médical vers le pôle infirmier de l'espace s'explique en effet le plus souvent par la possibilité qu'elle offre d'une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle d'une part, d'un allègement de la pénibilité physique d'autre part (Longchamp et al., 2016).

10 Les entretiens ont révélé d'autres pratiques faisant l'objet d'une invisibilisation par les infirmières, telles le recours à l'homéopathie ou à l'intervention de « guérisseurs ».

11 Nous reprenons ici la distinction établie par De Certeau (1980).

12 Les praticiens formateurs sont des professionnels de terrain responsables des étudiants



durant leurs périodes de formation pratique.

13 Le rôle des infirmières cliniciennes spécialisées consiste principalement à s'assurer de la qualité des soins prodigués dans un service, notamment concernant la sécurité des patients et l'utilisation efficace des ressources.

14 Si l'éducation thérapeutique est pratiquée, souvent en interdisciplinarité, par l'ensemble des soignants, la profession infirmière est particulièrement impliquée dans ce processus d'accompagnement du patient.

15 Les deux Instituts de sciences infirmières des Universités de Bâle et de Lausanne sont rattachés à la faculté de médecine pour le premier et de biologie et médecine pour le second.

16 Formation post-grade d'une durée d'environ deux ans ayant lieu en cours d'emploi. Il revient principalement à ces infirmières de prodiguer conseils et soutien aux équipes soignantes ainsi que d'encadrer le personnel en formation.

17 Le modèle de soins proposé par Virginia Henderson est largement inspiré de l'anthropologie fonctionnaliste de Malinowski (Vonarx, 2010).

---

## ***Pour citer cet article***

### *Référence électronique*

Kevin Toffel et Philippe Longchamp, « Importer, transformer, diffuser les savoirs infirmiers. », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 01 avril 2017, consulté le 14 décembre 2017. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2536>

---

## ***Auteurs***

### **Kevin Toffel**

Enseignant-chercheur, Haute École de Santé Vaud (HESAV) ; HES-SO, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale ; Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse, [kevin.toffel@hesav.ch](mailto:kevin.toffel@hesav.ch)

### **Philippe Longchamp**

Professeur, Haute École de Santé Vaud (HESAV) ; HES-SO, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale ; Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse, [philippe.longchamp@hesav.ch](mailto:philippe.longchamp@hesav.ch)

### *Articles du même auteur*

#### **Ce qu'écouter veut dire** [Texte intégral]

Les infirmières scolaires face à la parole enfantine

Paru dans *Anthropologie & Santé*, 8 | 2014

---

## ***Droits d'auteur***



*Anthropologie & Santé* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.