

L'espace infirmier. Visions et divisions d'une profession

Philippe Longchamp, Kevin Toffel, Felix Bühlmann, Amal Tawfik

Neuchâtel, Livreo-Alphil, 2020, 258 p.

*Lu par Lucile Girard**

Avec cet ouvrage collectif, les auteurs proposent de rendre compte de la structure du groupe professionnel infirmier. Ils nous entraînent dans une plongée à l'intérieur de ce groupe, bien loin de la vision homogénéisante présente dans l'imaginaire collectif. Ils proposent de le considérer à la fois dans sa diversité – due notamment à l'expansion des modes d'exercices extra-hospitaliers – et dans sa hiérarchisation interne, croissante en raison de l'accès progressif des infirmier·es aux fonctions d'encadrement et au statut de cadres. En s'appuyant sur l'exploitation d'entretiens puis sur celle d'un questionnaire diffusé à un échantillon représentatif de la population des infirmier·es de Suisse romande, les auteurs souhaitent mettre en lumière les tensions internes à la profession. Pour mener à bien ce projet, ils ont choisi d'ancrer leurs recherches dans la théorie des champs développée par Pierre Bourdieu¹. L'ouvrage s'organise en trois grandes parties, subdivisées en douze chapitres, écrits dans un style fluide qui simplifie l'accès à des néophytes, même si un minimum de connaissances de la théorie des champs facilite la compréhension des analyses. Par ailleurs, si les annexes sont les bienvenues pour comprendre les choix opérés, un certain nombre de tableaux statistiques auraient pu être accompagnés d'une note de commentaire précisant la façon de les lire.

La première partie est consacrée à la hiérarchisation interne du groupe professionnel. Cette hiérarchisation interne est pensée à partir de la position dominée occupée par les infirmier·es dans le champ médical. Après avoir donné quelques éléments pour comprendre les liens de subordination entre infirmier·es et médecins (chapitre 1) et les caractéristiques des infirmier·es en Suisse romande (chapitre 2), les auteurs expliquent, de façon très pédagogique, comment ils ont construit la représentation de l'espace infirmier (chapitre 3). Considéré par les auteurs comme insuffisamment autonome vis-à-vis des médecins, le groupe professionnel infirmier est analysé comme un espace social en partie déterminé par l'organisation du champ médical. Cet espace s'organise

* LIR3S – UMR 7366 CNRS.

1. Dans cette grille de lecture, les positions des individus sont déterminées par les types et le volume de différents capitaux, c'est-à-dire par des ressources matérielles et symboliques détenues par chacun·e. L'une des particularités de cette approche théorique consiste à considérer que les champs sont des espaces de lutte dans lesquels les individus convoient les positions dominantes.

ainsi autour de deux types de capitaux inégalement distribués entre les infirmier·es : le capital médical (identifié principalement par l'utilisation d'appareils techniques et la mobilisation de connaissances en physiopathologie) et le capital infirmier (identifié notamment par la mobilisation des modèles théoriques infirmiers², de compétences relationnelles, de valeurs personnelles ou encore de l'intuition). Les auteurs dégagent ainsi une représentation graphique associant un type de capital et un volume de capital, qui augmente avec la détention de diplômes spécifiques, ou la participation à des congrès et formations. Ils montrent ensuite que chaque secteur d'activité est associé à un type et un volume de capital : par exemple, les infirmier·es travaillant en anesthésie ou au bloc opératoire font partie de la fraction mobilisant un fort volume de capital médical, tandis que celles et ceux exerçant dans les établissements socio-éducatifs ou en tant qu'indépendant·e, font partie de la fraction ayant un faible volume de capital infirmier³. Ils complètent ensuite cette analyse en s'intéressant au prestige que les infirmier·es attribuent aux différents secteurs d'activité (chapitre 4) : les infirmier·es dans leur ensemble ont intériorisé une hiérarchie de prestige, dite « par procuration », puisque les services considérés comme les plus prestigieux sont ceux dans lesquels les gestes techniques, effectués sur délégation médicale, sont les plus nombreux. Or ces services sont également ceux dans lesquels les infirmier·es ont le moins d'autonomie. La forte adhésion des infirmier·es à cette hiérarchisation est alors, selon les auteurs, le symptôme de leur position dominée vis-à-vis des médecins.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, les auteurs analysent le lien entre les positions qu'occupent les infirmier·es dans l'espace infirmier et les représentations qu'ils et elles ont de leur métier. L'espace infirmier est divisé en quatre fractions – les dominantes médicales ; les dominées médicales ; les élites infirmières ; les hétérodoxes – détaillées respectivement dans les chapitres 5, 6, 7 et 8. Les stratégies mises en œuvre par des infirmier·es de trois des quatre fractions pour s'autonomiser du champ médical sont mises en lumière grâce à des encadrés centrés sur le parcours et les prises de position de certaines de leurs membres⁴, considérées comme des cas typiques. On regrettera que les auteurs n'aient pas réalisé ce type d'encadré pour la catégorie des « dominées médicales », renvoyant à la place à d'autres études d'orientation microsociologique. Mettant en garde contre une lecture trop rigide de ces fractions, ils soulignent que l'espace infirmier, dynamique, est constitué d'un continuum de positions (chapitre 9). En s'intéressant aux trajectoires individuelles des infirmier·es, les auteurs montrent que les passages entre les différentes fractions de l'espace infirmier sont en grande partie liés aux caractéristiques sociodémographiques des infirmier·es. Ainsi, les plus jeunes se situent plus souvent du côté du pôle médical de l'espace, celui-ci étant

2. Produits par des infirmier·es, il s'agit de savoirs qui permettent de théoriser les pratiques, de leur donner une dimension scientifique. En France, le plus connu de ces modèles est la théorie des quatorze besoins, élaborée par Virginia Henderson, une infirmière américaine.

3. Bien qu'ils et elles mobilisent des compétences relationnelles, ces infirmier·es se réfèrent peu souvent aux modèles théoriques infirmiers, leur préférant des savoirs en psychologie ou en développement personnel par exemple. Ils et elles sont également moins souvent membres de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).

4. Les portraits présentés dans les encadrés sont tous des portraits de femmes.

considéré comme le point de passage obligé en début de carrière. Les auteurs relèvent également la dissociation entre trajectoires sociale et professionnelle, au sens où pour un·e infirmier·e, occuper une position de cadre (socialement valorisée) est symboliquement déconsidéré par les autres membres de la profession.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à l'analyse de l'ethos infirmier, c'est-à-dire aux valeurs intériorisées par l'ensemble des membres de la profession. Les auteurs s'intéressent pour cela aux motivations sous-jacentes des infirmier·es (chapitre 10) et aux conceptions de leur profession dont ils et elles ont fait part (chapitre 11). Ils montrent que les membres des classes populaires ont intégré un univers des possibles plus restreint, dans lequel le métier d'infirmier·e occupe une place valorisante. Ces derniers expriment plus volontiers que les autres une motivation « vocationnelle » liée à une forte adhésion à l'ethos professionnel. Les membres des classes moyennes et supérieures, du fait de leurs opportunités plus nombreuses, selon les auteurs, considèrent plutôt le métier d'infirmier·e comme un déclassement acceptable. Rejetant l'idée même de la vocation, ils ont une conception « désenchantée » de la profession qui valorise les savoirs scientifiques. Les auteurs insistent cependant sur le fait que ces clivages sociaux ne sont pas les plus déterminants au sein de la profession. Ce sont plutôt ceux ayant trait au type de capital (médical ou infirmier, cf. *supra*) et à son volume qui définissent plus nettement les prises de position des infirmier·es sur la définition légitime des soins, les types de savoirs nécessaires au métier et les rapports avec les patient·es et les autres professionnel·les des soins. Pour terminer, les auteurs étudient l'opposition classique au sein de la profession entre relationnel et technique (chapitre 12). Alors que la technique est perçue comme un attribut du pouvoir, le relationnel sert de socle commun pour fonder l'identité professionnelle. Toutefois, si la nécessité de la dimension relationnelle de l'activité est reconnue par l'ensemble des infirmier·es, deux conceptions de ce que peut être cette dimension relationnelle coexistent : considérant la relation avec le ou la patient·e comme un objectif en soi, la première prend appui sur le rapport au corps pour atteindre le psychisme de l'individu et l'aider à mieux vivre avec ses souffrances ; la seconde prend la relation avec le ou la patient·e comme un moyen au service de la prise en charge médicale. Ces deux conceptions peuvent coexister chez un·e même infirmier·e.

Cet ouvrage représente un important travail, et propose une grille d'analyse d'ensemble de la profession, tout à fait utile et inédite à ce jour. Il donne à voir les hiérarchies et les dynamiques internes, en les documentant de manière solide. Il questionne également l'ethos professionnel et les oppositions récurrentes dans les représentations qu'a le groupe professionnel de lui-même. C'est là tout l'apport de la théorie des champs appliquée à ce groupe professionnel. On peut toutefois se questionner sur l'importance accordée au champ médical dans l'analyse, notamment au regard du dernier chapitre. La dimension relationnelle ressort comme un aspect structurant du groupe, alors qu'elle n'apparaît que très peu dans la représentation de l'espace infirmier proposée par les auteurs. Peut-être faut-il voir ici l'une des limites du modèle théorique qui, en mettant l'accent sur les hiérarchies des positions, donne

beaucoup de place aux rapports de dominations bien établis, sans nécessairement toujours prendre en compte de manière plus fine les dynamiques historiques sur le temps long. Sur ce point, on pourra également regretter des passages un peu rapides à propos du lien entre religieuses et infirmières, notamment au chapitre 12. Faire le parallèle entre la dimension relationnelle des soins aujourd'hui et l'inscription religieuse de l'activité au siècle dernier semble faire fi des évolutions internes au groupe professionnel et notamment de tout l'effort de constitution d'un savoir infirmier. Il n'en reste pas moins que les apports de cet ouvrage sont importants et qu'ils ouvrent des pistes intéressantes en matière de comparaisons internationales, y compris au sein de l'Europe. Ainsi, si en Suisse la formation académique, fortement intégrée à l'université, peut être considérée – voir la conclusion de l'ouvrage – comme un levier pour l'autonomisation du groupe professionnel, cela semble moins évident en France où l'intégration à l'université est encore récente et se fait parfois sous l'égide des médecins, qui contrôlent les savoirs dispensés et l'organisation de la formation. C'est ainsi le cas pour le diplôme d'« infirmier-e de pratiques avancées » (IPA), qui existe depuis 2019 et permet d'assurer des missions qui étaient jusque-là dévolues aux seuls médecins. En la matière, la comparaison permettrait d'éclairer les dynamiques des relations de pouvoir entre ces deux groupes dans les deux pays, la formation ne pouvant mener à l'autonomie du groupe infirmier que si elle se soustrait, à terme, au contrôle des médecins.