sciendo
Swiss Journal of Sociology, 46 (1), 2020, 73–95

Les enjeux symboliques d'un diplôme académique. Reconfiguration des rapports sociaux et nouvelles tensions au sein de la profession infirmière

Kevin Toffel*

Résumé : L'ouverture en 2009 à l'Université de Lausanne d'une formation de niveau master en sciences infirmières a entamé une nouvelle étape dans l'histoire de la profession en Suisse. Dotées de ressources inédites, l'apparition de ces infirmières bouscule les relations professionnelles, vis-à-vis des médecins comme au sein de la profession. Après avoir présenté les enjeux de l'académisation et de la scientifisation des savoirs, nous montrons quelques effets de ce diplôme, notamment les tentatives de redéfinition des rôles pratiques et symboliques auxquelles il donne lieu.

Mots-clés : Profession infirmière, rapports sociaux, académisation, scientifisation

The Symbolic Stakes of an Academic Degree. Reconfigurations of Power Relationships and New Tensions Within the Nursing Profession

Abstract: The opening in 2009 at the University of Lausanne of a master's degree program marked a new stage in the history of the profession in Switzerland. With new resources, the emergence of these nurses disrupting professional relationships, both with respect to doctors as well as within the profession. After having presented the issues of making knowledge more academic and more scientific in every sense, we show some effects of this diploma, in particular the attempt of redefinition of the practical and symbolic roles to which it gives rise.

Keywords: Nursing profession, power relationships, academisation, scientifisation

Die symbolischen Einsätze eines akademischen Titels. Rekonfigurationen der Machtbeziehungen und neue Spannungen im Pflegeberuf

Zusammenfassung: Die Eröffnung 2009 eines Masterstudiengangs in Pflegewissenschaft an der Universität Lausanne hat eine neue Etappe der Berufsgeschichte in der Schweiz eingeleitet. Mit neuen Ressourcen ausgestattet, stellen diese Pflegekräfte die beruflichen Beziehungen zu den Ärzten und innerhalb des Berufs in Frage. Nach einer Präsentation der Herausforderungen der Akademisierung und der Verwissenschaftlichung des Pflegewissens zeigen wir einige Auswirkungen der Einführung von Diplomen, insbesondere die Neuaushandlungen der praktischen und symbolischen Rollen.

Schlüsselwörter: Pflegeberuf, Machtbeziehungen, Pflegewissenschaften, Akademisierung, Verwissenschaftlichung

* HESAV Haute école de santé Vaud, HES-SO, CH-1011 Lausanne, kevin.toffel@hesav.ch

DOI 10.2478/sjs-2020-0004
© 2020. This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 License. (CC BY-NC-ND 4.0)

1 Introduction

La profession infirmière occupe historiquement une position dominée au sein des rapports de travail[1]. Alors qu'Everett C. Hughes relevait au sortir de la Seconde Guerre mondiale que leur rôle consistait « en toutes les choses qui doivent être faites à l'hôpital et qui ne doivent pas être faites par quelqu'un d'autre » (2008, 312, notre traduction) ; s'intéressant plus spécifiquement au pendant hiérarchique de cette division du travail, Eliot Freidson (1970) montrait que le corps médical détenant le monopole légal et symbolique de l'évaluation des maux dont souffrent les patients, les infirmières[2] demeuraient dénuées de pouvoir et d'autonomie dans leur prise en charge.

Bien qu'ancienne, la réalité décrite par ces travaux reste d'actualité. Dans leur prolongement, Isabelle Feroni et Anémone Kober ont montré que les médecins ayant le monopole du diagnostic, de la prescription et de l'incision du corps, les infirmières demeurent une « profession à autonomie limitée » (1995, 37). L'adoption d'une approche structurale nous a par ailleurs permis de montrer que l'inscription de la profession infirmière au sein du champ médical a pour conséquence que les rapports sociaux entre ces deux professions restent marqués par les dominations : notamment légale, symbolique et de genre (Toffel 2018).

Ce tableau ne doit cependant pas occulter le long processus d'émancipation qui a traversé la profession depuis ses débuts. Du côté des formations, les écoles de soins infirmiers se sont grandement défaites de la tutelle médicale durant la seconde partie du XX^{e} siècle. Du côté de la pratique, l'apparition d'une hiérarchie distincte dès les années 1950 (Feroni et Kober-Smith 2005), et d'un « rôle propre » dans les années 1970 (Lert 1996), ont pour partie affranchi les infirmières des médecins. L'émergence de « savoirs propres » – en particulier le développement des sciences infirmières – a en outre contribué à des possibilités d'émancipation pour la profession. Ces différents éléments ont participé à doter les infirmières d'une relative autonomie professionnelle. Des auteur·e·s ont alors été tenté·e·s de qualifier d'« ordre négocié », à la suite des travaux d'Anselm Strauss (1992), les relations qu'entretiennent, dans certains secteurs au moins, infirmières et médecins (Liberati 2017) ; d'autres vont jusqu'à considérer ces deux professions comme partenaires (Svensson 1996).

Cela dit, les deux étapes notables que sont la constitution d'une formation spécifique – d'abord autonome puis académique – et celle du développement de « savoirs propres » n'ont pas suffi à totalement émanciper la profession. On observe que là où elle s'est produite, l'académisation de la formation[3] n'a pas engendré l'autonomie

1 Cet article est issu d'une thèse de doctorat (Toffel 2018). L'auteur remercie David Pichonnaz pour ses commentaires et suggestions sur une version antérieure de cet article, ainsi qu'Amal Tawfik pour ses conseils quant aux données quantitatives mobilisées ici.

2 Compte tenu de la composition éminemment féminine de la profession, le mot « infirmière » désigne également le masculin dans l'ensemble de l'article.

3 Bien que les compétences et savoirs acquis par la formation professionnelle soient reconnus et qu'ils disposent d'une légitimité certaine, attendu la hiérarchie des titres proprement scolaires et des ressources que confère le capital culturel qui s'y acquiert – capital dont la prégnance sur l'éva-

escomptée, les infirmières demeurant sous domination médicale (Judd 2010 ; Sena 2017). Tributaire de son passé, la profession ne semble donc pas être pleinement en mesure de conjurer une assignation symbolique « paramédicale », qui la cantonne à demeurer une « *would-be profession* » largement subordonnée aux médecins comme aux hôpitaux (Freidson 1970, 21). Loin d'avoir renforcé la profession par un effet d'unification, l'émergence de « savoirs propres » a généré de multiples controverses au sein de la discipline, tant l'essence des sciences infirmières et leur rapport à la profession demeure débattue (Donaldson 2002 ; Manhart Barrett 2002).

La forte différenciation, verticale comme horizontale, que connaît l'« espace infirmier » (Longchamp et al. 2018) conduit à interroger la définition des aires de savoirs et des pratiques soignantes mobilisées au sein d'une profession dont les profils se sont multipliés ces dernières années. Tandis que la différenciation verticale à laquelle contribue l'académisation génère des tensions entre les différents profils d'infirmières (Chaves 2005 ; Ayala et al. 2014), la différenciation horizontale produit des conceptions différentes du métier, comme des modalités variées – parfois contradictoires – de la lutte pour son autonomie (Toffel et Longchamp 2017). Ces transformations s'inscrivent par ailleurs dans un contexte qui voit les frontières professionnelles se redessiner sous l'influence de facteurs tels que la féminisation de la profession médicale (Picot 2005) et le raccourcissement des séjours hospitaliers (Acker 2005) ; tout ceci prenant place dans un contexte néolibéral marqué par « des réformes rapides, pour ne pas dire brutales » qui touchent le secteur de la santé en Suisse (Giauque 2014, 101) comme ailleurs dans les pays de l'OCDE (Pierru 2008).

La Suisse romande présente un profil intéressant pour saisir quelques-uns de ces changements et leurs effets sur la profession infirmière. S'inscrivant dans un mouvement généralisé d'académisation de la profession en Europe (Lahtinen et al. 2014), l'ouverture en 2009 de filières master et doctorale à l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) de l'Université de Lausanne (UNIL) marque une nouvelle étape dans son histoire. C'est la première fois en Suisse romande qu'une formation en sciences infirmières est offerte[4]. Les infirmières y acquièrent des connaissances doublées d'une reconnaissance d'un type nouveau : scientifique. Or on sait l'importance de la scientifisation[5] des savoirs pour l'autonomisation des aires de savoirs professionnels (Abbott 1988 ; Elzinga 1990). Afin de saisir certains tenants de cette académisation pour la profession, c'est aux infirmières ayant acquis le

luation des positions sociales est établie (Bourdieu 1979a) – on peut considérer l'académisation, autrement dit le processus d'accession au champ universitaire, comme étant le stade ultime de l'évolution, tant scientifique que symbolique, d'une profession. Bien sûr, ces types de formation et les « savoirs théoriques » (vs. pratiques) qui s'y acquièrent ne manquent pas de susciter des débats dans la profession (Chaves 2005). Une enquête sur les tenants de l'académisation de la profession en Suisse reste à faire. Pour une réflexion menée à ce sujet dans les pays scandinaves, voir Laiho (2010).

4 Du côté Suisse alémanique, une telle formation est disponible depuis 2000 à l'Université de Bâle.

5 Entendue comme le tournant scientifique qui permet la légitimation d'une profession par la reconnaissance des savoirs et techniques qui la fonde, voir Abbott (1988, 195 et suivantes).

master en sciences infirmières de l'IUFRS que nous nous intéressons dans cet article. À la suite d'une analyse structurale qui nous a permis de distinguer des fractions ayant des représentions et pratiques particulières du métier ainsi que des intérêts spécifiques au sein de la profession (Longchamp et al. 2018 ; Toffel 2018), nous nous focalisons ici sur celles que nous avons appelé les élites scientifiques en raison de leur lieu d'exercice – le plus souvent en tant qu'infirmières cliniciennes spécialisées (ICLS) dans les hôpitaux universitaires ou dans l'enseignement au sein des hautes écoles spécialisées (HES) – et du prestige symbolique associé à leurs ressources[6]. Appelées à occuper des fonctions clés dans le transfert et la surveillance des « bonnes pratiques » cliniques lors de l'encadrement des équipes sur les lieux de soins ou dans la transmission des savoirs dans l'enseignement, ces infirmières ambitionnent de participer activement à la redéfinition de la profession. Après avoir énoncé les enjeux de l'académisation et de la scientifisation des savoirs, nous présentons quelques effets de ce diplôme académique, en particulier ceux d'une potentielle redéfinition des rôles pratiques et symboliques qu'il permet ; ce tant vis-à-vis des médecins et des professions subalternes, qu'au sein même de la profession.

Méthode

Les résultats présentés dans cet article sont issus d'une recherche menée en Suisse romande de 2012 à 2017. Une première phase a consisté en 21 entretiens semi-directifs menés au printemps 2012 avec les profils les plus variés de la profession en termes de sexe, d'âge, de statut et de lieu d'exercice. Une deuxième phase a consisté en une enquête par sondage sur les pratiques et les représentations des infirmières (EPRIS), menée de mai à septembre 2014. Au total, 3935 questionnaires ont été récoltés, dont 2923 ont pu être exploités. Une troisième phase, menée au cours de l'hiver 2016–2017, a consisté en dix entretiens semi-directifs avec des infirmières ayant un master de l'IUFRS. Ces infirmières ont été sélectionnées selon leur secteur d'activité, leur fonction et leur sexe. Ces entretiens abordaient entre autres les motivations à entreprendre le master, les conceptions du métier, le contenu du travail quotidien et l'avenir de la profession. C'est à partir des entretiens effectués avec ce dernier groupe d'interviewées, ainsi que sur une analyse quantitative du sous-groupe des élites scientifiques (N=44)[a] en regard du reste de la profession, que repose l'article.

a Chiffre élevé compte tenu des 60 masters décernés entre 2011 (première volée diplômée) et 2014 (récolte des données).

6 La notion d'« élite » peut désigner « les groupes sociaux qui, en raison de leur position ou de leurs ressources, sont en mesure d'influencer l'évolution de la société en participant aux décisions importantes de celle-ci » (Hartmann 2007, 17, notre traduction). Appliquant cette définition à la profession infirmière, nous mobilisons la notion d'« élite scientifique » pour caractériser les ressources spécifiques qui conduisent ces infirmières à occuper des positions de pouvoir. (Voir aussi A. Petitat (1989) qualifiant d'« élites » les infirmières canadiennes au profil universitaire en charge de l'encadrement d'une profession basée sur des savoirs proprement infirmiers).

2 D'une formation professionnelle à l'académisation d'une profession

Issu d'une longue tradition du « prendre soin », le métier d'infirmière ne s'est professionnalisé que tardivement, en particulier en Suisse (Droux 2000). En évolution constante tout au long du XX[e] siècle, la formation initiale a connu des changements fulgurants ces dernières décennies (Chaves 2005). Aux trois formations qui coexistaient jusqu'en 1992 en Suisse romande (soins généraux, hygiène maternelle et pédiatrie, psychiatrie), s'est substituée une formation généraliste (niveau I et niveau II). Ces diplômes ont à leur tour fait place dès 2002 à une formation de niveau tertiaire avec l'introduction du bachelor en HES et l'ouverture des filières master et doctorale dès 2009 à l'UNIL[7].

Si l'on peut dire que la profession s'est *de facto* académisée avec l'introduction du cursus de bachelor en soins infirmiers en HES, l'apparition des formations à l'UNIL ajoute une étape importante à l'offre de formation. Il est désormais possible d'obtenir au sein de la profession les plus hauts diplômes décernés par le système d'enseignement supérieur. Et le type de savoirs produits et enseignés dans cet institut marque sans doute un tournant plus fort encore, puisque ces infirmières enseignent et, surtout, produisent dès lors des savoirs scientifiques. A. Abbott (1988) a montré que la constitution et le maintien des frontières entre les groupes professionnels sont ancrés autour de luttes (*turf battles*) pour la construction et la conservation de savoirs experts afin de se constituer en *jurisdiction*[8]. L'académisation, autrement dit l'accession de la profession à la plus haute marche des titres scolaires – et la scientifisation des savoirs qui l'accompagne –, constitue donc un virage considérable. On sait que la conquête de nouvelles aires de savoirs professionnels repose en particulier sur la capacité à mobiliser des « savoirs abstraits ». Comme le relève Aant Elzinga : « professionnal groups look to academic research for the theorical core needed to validate their knowledge, and *obtain recognition* through the institution of degree programs » (1990, 151, nous soulignons). Cette volonté d'académisation est associée à un appétit de légitimation qui se décline, selon Elzinga comme Abbott, en deux types de stratégies. L'une « cognitive », consistant à démontrer la composition d'un nouveau type de savoirs ; l'autre « sociale », reposant principalement sur la capacité à alléguer la plus-value et l'utilité de cette (nouvelle) discipline. Ces deux pans stratégiques doivent être ici pensés dans leur articulation. La mobilisation de la science à des fins d'autonomisation professionnelle occupe, si ce n'est le cœur du dispositif de déploiement des sciences infirmières, du moins une place substantielle sur laquelle

7 Destinée aux seules infirmières (admission réservée aux détentrices d'un bachelor en soins infirmiers justifiant de deux ans de pratique dans les soins), la formation est en majorité dispensée par des infirmières. Cela dit, le rattachement de l'IUFRS à la Faculté de biologie et médecine et au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), la composition de son comité de gouvernance (deux infirmières de formation sur cinq membres) et le profil de son directeur (Dr en Lettres), rappellent l'autonomie limitée de la discipline.

8 Sur l'héritage et l'actualisation de la pensée d'Abbott sur les disciplines et les professions, voir Demazière et Jouvenet (2016).

repose l'affirmation de leur utilité sociale. Comprendre les moyens comme les fins que ces infirmières mettent en œuvre dans leur quête de reconnaissance nécessite de saisir les rapports sociaux que la profession entretient avec les professions environnantes, notamment avec celle par laquelle elle est dominée depuis ses débuts : la profession médicale.

Des infirmières au profil spécifique[a]

Les élites scientifiques travaillent principalement dans les hôpitaux universitaires et les hautes écoles de santé (respectivement 50 % et 29.5 % des répondantes) – soit des positions à fort capital symbolique. Si l'on considère les réponses données en comparaison du reste de la profession, ces infirmières désirent deux fois plus souvent développer des savoirs scientifiques propres à la profession (81.8 % vs. 41.8 %), ce qui peut être considéré comme un indicateur du projet émancipateur qui est le leur. Elles sont sensiblement plus jeunes (38.5 vs. 43 ans) et la proportion d'homme y est plus élevée (20 % vs. 15.5 %). Mesurées à la position du père, ces infirmières sont davantage issues des classes supérieures ; leurs pères sont respectivement 37.2 % et 27.9 % à détenir des diplômes issus du secondaire professionnel supérieur et de l'université contre respectivement 21.2 % et 13 % des pères des infirmières – un résultat qui va dans le sens des considérations émises par Elzinga (1990), qui remarque que son académisation est susceptible de faire advenir une petite bourgeoisie au sein de la profession.

a Cf. annexe 1.

3 Avec les médecins ? « On peut régater au même niveau »

D'après les infirmières interviewées, l'accès au master en sciences infirmières s'accompagne d'une certaine revalorisation de la profession. Celles-ci perçoivent notamment une plus grande reconnaissance de la part des médecins. Comme le relève Monsieur Sari[9] : « avec les médecins […] ça s'est tout de suite très bien passé, parce qu'ils ont vu tout de suite la plus-value qu'on [les titulaires du master] peut amener ». Madame Genoud parle même d'un renforcement des relations professionnelles :

– *Ça renforce de manière très favorable les relations qu'on a avec les médecins.*

– *C'est pas vecteur de tensions ?*

– *Pas du tout, avec ce groupe professionnel c'est même pour nous des facteurs facilitant (…). Donc il y a quelque chose d'un peu privilégié qui se joue dans les interactions de tous les jours.*

9 Par souci d'anonymisation, les noms et prénoms ont été remplacés. Pour un tableau synthétique des entretiens, voir l'annexe 2.

Par-delà la perception d'un resserrement des relations de travail, on voit poindre un sentiment d'élection de ces infirmières au profil académique qui se manifeste par les relations « privilégiées » qu'elles entretiennent avec les médecins. C'est que du point de vue de la reconnaissance – symbolique sinon institutionnelle –, ce titre issu de l'Alma mater représente un véritable tournant pour des infirmières dotée de ressources légitimes qui se sentent dès lors en capacité de se hisser au rang d'*alter ego* des médecins. Cette revalorisation passe par deux dimensions étroitement liées que sont une *manière de dire* et une *manière de faire* ; aptitudes qui semblent enfin permettre aux infirmières de « régater au même niveau ».

3.1 Des manières légitimes de dire

Une ressource acquise par les élites scientifiques repose sur l'effet proprement symbolique de l'acquisition d'un diplôme doté d'une reconnaissance légitime puisqu'universitaire. On peut dire que ces infirmières ont acquis l'*aisance* que procure l'accroissement d'un capital culturel associé à l'obtention d'un diplôme socialement reconnu (Bourdieu 1979a). Et l'on comprend alors sur quoi repose le sentiment de pouvoir « évoluer en parallèle des médecins » et « de ne plus être dévalorisées » qui revient fréquemment dans les entretiens. Opposant l'avant et l'après de l'obtention du diplôme de l'IUFRS, Madame Nicole mentionne qu'indépendamment de la valeur des savoirs acquis lors de la formation initiale et des actes prodigués, les infirmières demeurent dominées dans leurs rapports à la profession médicale :

– *On pouvait être bon dans ce qu'on faisait, mais à quelque part on était toujours quand même sur un niveau un peu, inférieur… où il y avait toujours une forme de, comment dire ça, soit d'humilité ou soit de… je trouve pas le mot mais, une forme un peu de complexe…*

– *D'infériorité ?*

– *Ouais, voilà. Et là j'ai l'impression que c'est plus le cas, qu'on peut régater au même niveau. Enfin voilà, ces masters c'est quand même ce que ça nous apporte aussi à quelque part. C'est quand même une reconnaissance au niveau académique.*

Ce que Madame Nicole rapporte ici à une dimension essentiellement psychologique – « l'humilité » ou le « complexe [d'infériorité] » – est la marque d'une violence symbolique qui, par la méconnaissance dont elle est constitutive (Bourdieu 1997), détermine de façon largement inconsciente le comportement à adopter par les infirmières en lien avec la position dominée qu'elles occupent[10]. Aussi, davantage qu'un

10 Certains ressorts de la domination qui s'exerce sur les infirmières reposent sur l'inégalité des titres scolaires et, par conséquent, d'une hiérarchie des professions auxquelles ces titres donnent accès ; effets combinés qui sont le reflet de rapports sociaux de classe et, plus spécifiquement dans le cas de la profession infirmière, de rapports sociaux de sexes dont elle est imprégnée.

capital institutionnalisé reconnu sous la forme d'un diplôme, ce capital culturel est aussi incorporé (Bourdieu 1979b) sous la forme d'un savoir-dire fournissant ici des armes afin de contrer les effets de cette domination. Comme Madame Nicole le relève : la « reconnaissance au niveau académique » est d'une efficacité indéniable sur « la possibilité de s'aligner, de pouvoir avoir un langage où on n'est pas prise pour des bobettes ».

Ce sentiment de pouvoir s'ériger en interlocutrices d'égale valeur des médecins repose sur un *langage* qui est constitué de ressources de deux types. Il est nourri d'abord par des manières légitimes de dire. Ressource sociale déterminante attendu l'inégale capacité à manier la « langue légitime » (Bourdieu 1982), c'est bien sur une compétence culturelle marquée de logiques de distinction que s'appuie cette nouvelle reconnaissance que perçoivent les élites scientifiques :

> *Je pense que ça [le master] donne une forme de crédibilité. Parce qu'on sait comment… quel langage adopter pour être dans la cour des grands j'ai envie de dire. On n'est plus la petite infirmière qui arrive pas à exprimer sa pensée quoi.* […] *Y'a quand même ce truc où on est vite dans quelque chose où « j'ai pas les mots, je comprends pas vraiment ce que l'autre dit », enfin à d'autres niveau. Et pis là du coup ça nous donne, déjà au niveau des présentations, au niveau justement de faire des recherches en littérature etc., des références, des machins. On a quand même un bagage plus solide.* (Madame Nicole)

Ce savoir-dire – le « langage [à] adopter pour être dans la cour des grands » – tout porteur de reconnaissance qu'il est, ne suffirait à produire le sentiment de légitimité s'il n'était adossé à des savoir-faire ; ce « bagage plus solide ». C'est la deuxième et principale ressource de ces infirmières pour accéder à cette reconnaissance si importante conférée par leurs collègues médecins : les outils de la recherche scientifique.

3.2 Une manière scientifique de faire

C'est parce qu'elle se double de compétences à manier un langage spécifique, celui de *la science*, que les savoir-dire des élites scientifiques sont déterminants dans leur perception d'une transformation des relations avec les médecins. À l'instar de Madame Gomes selon qui « à l'université, à l'IUFRS, c'est souvent cette approche de ‹ baser mes soins sur des preuves scientifiques › » qui est prônée, ces infirmières relèvent constamment l'acquisition de savoirs de type scientifique – autrement dit, d'un capital scientifique (Bourdieu 1976). Alors que Madame Gomes mentionne que ce qui l'a « le plus intéressé c'est tout l'apport au niveau recherche […], tout ce qui était [d'] apprendre à critiquer un article scientifique », Monsieur Decosterd insiste sur « l'importance de la recherche dans ce domaine-là, la *puissance* [mot pesé] de la recherche ». Madame Nicole relève de son côté que l'apport principal de la formation repose sur l'apprentissage d'une démarche de recherche qu'une « méthodologie » et l'usage d'« outils » couplés à la « littérature scientifique » participent à garantir. Mon-

sieur Sari aborde aussi ces aspects et, comme ses collègues, les rapporte directement à la pratique et à l'élaboration de « *guidelines* » afin de mettre en place un « projet clinique ». L'évocation des cadres théoriques et, surtout, celle de l'acquisition d'une méthodologie de la recherche sont récurrents dans le discours des interviewées[11] ; des savoirs qui leur confèrent « plus d'assise suivant les interlocuteurs » :

– *Maintenant quand je fais un protocole, je le fais plus comme ça. Je vais chercher qu'est-ce qu'on a écrit, qu'est-ce qui se passe.*

– *La démarche de recherche…*

– *Elle est imprimée, et je trouve que ça m'a donné plus d'assise suivant les interlocuteurs que j'avais face à moi.* (Madame Bourg)

On retrouve ici la distinction entre un avant et après de la formation. Une distinction récurrente dans le propos des interviewées ; ce tant vis-à-vis des médecins que des collègues « infirmières de terrain »[12]. C'est bien le sentiment d'avoir « évolué », d'être « mieux armées » dans leur pratique, que ces infirmières relèvent et prônent comme un avenir souhaitable pour la profession. La mobilisation d'arguments scientifiques est un enjeu central dans le positionnement qu'adoptent ces infirmières face aux médecins afin d'être prises au sérieux, et même de les « convaincre », comme le relève Madame Bourg qui « regrette beaucoup ne plus avoir du tout accès à PubMed[13] » :

> *C'est comme ça que j'ai pu convaincre les médecins. Typiquement, faut pas rêver, ce sont quand même des scientifiques finalement et quand on arrive avec des arguments, en disant « bin voilà, trois méta-analyses disent ça, trois machins disent ça, les études randomisées » et ben ils vous écoutent aussi différemment.*

Les élites scientifiques ont bien acquis des ressources lors de leur formation, qui s'avèrent être efficientes socialement comme professionnellement. Et le sentiment de détenir les moyens de leurs fins est unanimement ressenti parmi les infirmières interviewées ; l'élite scientifique incarnant la figure héroïque d'une profession en mal de reconnaissance et d'autonomie depuis ses débuts. On peut cependant se demander si l'on assiste à une transformation effective des rapports sociaux avec la profession médicale[14], ou de l'idéalisation de la portée de ces changements. D'abord parce qu'en raison de la domination des savoirs issus du champ médical que ces infirmières mobilisent largement, on assiste davantage à « une conversion au paradigme biomédical »

11 Une propension confirmée par l'enquête quantitative : les élites scientifiques sont 47.7 % à affirmer mobiliser « toujours » leurs connaissances en recherche contre seulement 13.5 % des infirmières.

12 Les élites scientifiques désignent ainsi les infirmières qui travaillent dans les institutions sanitaires et qui prodiguent des soins (par opposition aux enseignantes et aux infirmières cadres).

13 Moteur de recherche bibliographique dans les domaines biomédicaux.

14 Afin de compléter cette analyse, il serait intéressant d'avoir le point de vue des médecins sur les reconfigurations des rapports de travail liés à l'académisation de la profession infirmière.

(Holmes et Perron 2008, 407) qu'à la valorisation de savoirs propres ancrés sur les théories infirmières[15]. Ensuite, car les études de cas d'académisation récents – *e. g.* en Italie (Sena 2017) – comme plus anciens – *e. g.* aux États-Unis (Judd 2010) – tendent à montrer que les rapports qu'entretient la profession infirmière avec la profession médicale continuent d'être marqués par les dominations. Aussi, tant d'un point de vue cognitif que social, la quête de légitimité demeure, celle de l'autonomie reste inassouvie.

De l'égalité à la concurrence : le revers de la médaille ?

La mobilisation d'un capital scientifique favorise peut-être les relations avec les médecins, mais peut aussi s'avérer problématique. Si leur formation incline les élites scientifiques à recourir à des savoirs scientifiques, elle les conduit aussi à en produire. Or, toutes les institutions n'offrent pas ces possibilités. D'une part, car en dehors des hôpitaux universitaires, rares sont celles qui sont en mesure de valoriser la recherche. D'autre part, car toutes les institutions n'ayant pas une culture de la recherche, une concurrence interprofessionnelle peut découler de certaines situations :

Tout d'un coup on va dans leur cour quoi. Et c'est vrai que dans mon service y a … enfin aucun psychiatre est au niveau académique, fait quelque chose quoi. Enfin personne fait de la recherche, à part le chef de service et du coup, ben moi je me mets en concurrence avec eux. (Madame Nicole)

Bien que le partage de « la cour » des médecins puisse participer à ériger ces infirmières en interlocutrices privilégiées, cette incursion sur leur territoire peut aussi générer des tensions. On le comprend d'autant mieux que le discours de ces infirmières est empreint d'une constante (ré)affirmation de leur « champ d'expertise » (Rabier 2007). Ce faisant, et bien qu'elles se réjouissent du rapprochement vis-à-vis des médecins, celles-ci ne manquent pas de leur rappeler les frontières professionnelles.

4 Au sein de la profession : le grand écart entre les « infirmières de terrain » et les cadres ?

Collègues que l'on respecte tout en les gardant à bonne distance, les élites scientifiques sont somme toute satisfaites de leurs relations de travail avec les médecins. C'est moins le cas de celles qu'elles entretiennent avec leurs collègues infirmières. Tandis que les « infirmières de terrain » sont parfois décrites comme étant restées « au stade de la pierre », les cadres, happées par les contingences organisationnelles,

15 Des savoirs dont on sait qu'ils sont à la fois discutés d'un point de vue épistémologique (Longchamp 2005) et peu mobilisés au sein de la profession, que ce soit dans la recherche (Dallaire 2015) ou dans les soins (Lechasseur 2009).

sont discréditées en raison de leur éloignement des patients. C'est que la valorisation du diplôme universitaire et du capital scientifique des élites scientifiques agit dans un double mouvement : en se rapprochant de leurs collègues médecins par l'académisation de leur trajectoire et en se distanciant, tant symboliquement que par le contenu du travail, de leurs collègues infirmières.

Formées afin d'« optimiser la qualité des soins, la sécurité des patientes et patients » et de « collaborer aux changements organisationnels et aux évolutions nécessaires du système de santé »[16], le rôle des élites scientifiques relève surtout de l'encadrement des équipes. Les outils appris durant leur formation s'avèrent ici centraux dans la mise en place et le suivi des « bonnes pratiques ». Monsieur Decosterd est ainsi convaincu de son rôle de « mentor » :

> *Il faut aller sur le terrain, montrer comment former, superviser tout le temps, enfin : mentorer.* […] *Je pense que j'ai pris conscience dans le cadre de cette formation que peut-être j'étais trop éloigné du terrain, que quand j'amenais des choses aux personnes, je peux pas que les convaincre que c'est bien. Il faut que je puisse encore aller beaucoup plus loin, que je mette en place toute une stratégie qui va faire en sorte que les choses vont vraiment s'implanter.*

Mise en place d'une stratégie afin de « convaincre » du bienfondé de leurs apports, ces infirmières se sentent investies d'une mission : celle de l'implantation de réformes dans les pratiques professionnelles. Mais la tâche n'est pas aisée. Celles-ci se heurtent d'un côté aux « infirmières de terrain » qui ne voient pas toujours la plus-value de leurs apports perçus comme « théoriques », de l'autre aux cadres qui les considèrent comme des concurrentes à l'exercice de leur pouvoir.

16 Site de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO). https://www.hes-so.ch/data/documents/masters-sciences-infirmieres-422.pdf (07.08.2018).

La redéfinition du rôle infirmier. L'enjeu central d'un projet réformateur

Un élément central du discours des élites scientifiques concerne le projet réformateur du rôle infirmier qui est le leur. Passant d'une conception de la pratique qui serait basée sur « la tâche » à celle d'un « projet thérapeutique » dans lequel la profession trouverait le nexus de son rôle, les élites scientifiques entendent incarner un renouvellement de la figure de l'infirmière. Une redéfinition qu'appelle la défense d'une conception de la profession passant nécessairement par la contestation de l'ordre établit.

Ivan Sainsaulieu a montré que les formes collectives de contestation sont rares au sein de la profession, en raison notamment des contraintes logistiques liées à « l'obligation de continuité de service ». Moins que juridique, celles-ci seraient plutôt d'ordres moral et psychologique, découlant d'une « relation au patient ». Sainsaulieu relève par ailleurs la question du genre qui d'une part, implique pour les femmes infirmières des tensions entre vie privée et vie professionnelle et suppose d'autre part, une « socialisation historique des infirmières qui ne les prédispose pas à la contestation politique » (2012, 475).

Si ce constat révèle une prise de position traditionnelle des infirmières[a], ancrées dans une histoire professionnelle marquée par les dominations, on se doit d'en nuancer la portée au moment de saisir le discours des élites scientifiques. Car cette nouvelle figure d'infirmières est porteuse d'une dimension que l'on peut qualifier de militante, quand bien même celle-ci ne prend pas les atours de revendications classiques concernant les conditions de travail. Interrogées quant à leurs motivations à entreprendre la formation à l'IUFRS, les interviewées insistent sur sa « plus-value » concernant la « valorisation » de la profession, comme l'illustre le propos de Madame Demaya :

L'infirmière elle a souvent été dévalorisée dans son histoire. Quand je me présente, je dis toujours : « Je suis infirmière de profession », et pis ça fait : « Mhmm » « Mais j'enseigne également » – « Ohhh ! »

–C'est vrai ?

–Ah complètement, toujours, tout le temps, tout le temps, tout le temps ! Et je trouve que c'est très révélateur, enfin c'est que finalement : « infirmière, ouais pourquoi pas, mais enseignante ça fait mieux. » [rires] Donc je pense que ouais, quand ma collègue elle m'a dit « ben [le master] c'est l'opportunité finalement de valoriser notre profession, pis de la mettre en avant. Et de montrer finalement qu'on peut aussi être experte des situations qu'on rencontre », je pense que c'est ça aussi qui m'a motivée, […] *je pense qu'effectivement l'infirmière a souvent été dévalorisée et puis ça suffit parce que, elle a beaucoup apporté.*

Ce sentiment de vivre un « tournant » pour la profession, l'affirmation d'être « experte des situations qu'[elle] rencontre » – « et puis ça suffit ! » – et d'avoir la capacité d'amener du « changement » au travers d'« outils » afin de dépasser les difficultés que rencontrent les « infirmières de terrain » est omniprésent dans le discours des élites scientifiques.

On peut souscrire au propos de François Dubet lorsqu'il remarque que « les infirmières ont le sentiment de toujours courir entre plusieurs définitions de leur métier, et dont aucune ne les satisfait pleinement » (2002, 195) au moment de parler des « infirmières de terrain ». Mais il semble que les élites scientifiques ont cessé de « courir » après ces définitions pour en proposer une à l'ensemble de la profession : celle d'être une experte scientifique des soins. Il n'est pas sûr cependant que toutes les infirmières y adhèrent.

a Sainsaulieu avance que bien que s'étant professionnalisé, le métier demeure attaché à des valeurs religieuses et à « des dispositions sociales ‹genrées› ». Le « sacrifice » demeure la pierre angulaire d'un métier de soignante qui est passé « du sacrifice pour l'enfant à celui pour le patient, du sacrifice de l'épouse pour son mari/enfant à celui de l'infirmière pour le médecin » (*ibid.,* 2012, 475).

4.1 Des « infirmières de terrain » ayant « le nez dans le guidon »

Les élites scientifiques perçoivent la profession de la position de surplomb qu'elles considèrent avoir acquis. Le master a ainsi permis à Madame Demaya de dépasser une fonction d'infirmière centrée sur « la pratique technique » pour mener une « réflexion un petit peu plus méta » :

> *Afin de pas seulement être infirmière sur la pratique technique comme elles [les « infirmières de terrain »] mais aussi avec une réflexion un petit peu plus méta sur « qu'est-ce qu'on peut mettre en avant ? », « comment est-ce qu'on peut valoriser notre profession ? ». Montrer la plus-value finalement de l'accompagnement de ces personnes.*

Fortes du sentiment de supériorité que leur procure leur formation et les tâches de mise en place des « bonnes pratiques » soignantes qui leur incombent, les élites scientifiques considèrent les « infirmières de terrain » avec une certaine condescendance. Le manque de « réflexivité » et de « regard critique » d'« infirmières de terrain » cantonnées à effectuer leurs « tâches » est ainsi fréquemment relevé par les interviewées. Le contraste est souligné par une division classique entre des tâches manuelles et intellectuelles. S'opposant à des « infirmières de terrain » ayant « le nez dans le guidon », incapables de saisir les « vrais enjeux professionnels » par « manque de vision », les élites scientifiques se perçoivent comme ayant le « recul » nécessaire à établir une stratégie de changement « pour le bien de tout le monde » :

> *Je trouve que les infirmières sont vraiment dans un truc, nez dans le guidon, avec de la peine à prendre du recul et dire « il faut changer pis on y va pis on change ». Pour le bien de tout le monde.* (Madame Demaya)

Mais la poursuite de ce bien commun n'est manifestement pas limpide pour toutes. Les « infirmières de terrain » ne saisiraient pas la plus-value qu'apportent les nouvelles connaissances dont les élites scientifiques sont porteuses. Face à ce manque d'engouement devant leur désir de mobiliser les « outils » appris durant le master afin d'insuffler une nouvelle « culture professionnelle », les élites scientifiques affichent une pointe d'amertume :

> *Moi j'ai une collègue qui est infirmière qui m'a dit une fois : « Pourquoi tu fais le master ? Dans ce cas-là fait médecine ». J'ai trouvé complètement à côté de la plaque qu'une infirmière dise ça.* (Madame Demaya)

La crainte d'être jugée par des « infirmières de terrain » critiques de leur formation comme de leur rôle n'est pas rare. En atteste les mots de l'infirmière cheffe de Madame Genoud, lui rappelant la prudence dans la diffusion de nouvelles connaissances acquises durant le master :

> *[Elle m'a dit :] « Tu sais Sandy, oublie pas que quand tu viens au* pool*, les gens savent que t'es clinicienne spécialisée dans mon unité et ils observent tout ce que tu fais à la loupe »* […] *Selon les habitudes et les routines établies, d'arriver et puis, disons de vouloir diffuser de nouvelles connaissances sans prendre un minimum de précaution, ça peut perturber un peu les gens.*

Mais ce caractère potentiellement conflictuel est minimisé par les interviewées, comme si le temps allait œuvrer dans le sens d'une conjonction de toutes vers l'acceptation des bienfaits du master et des ressources qu'il confère à la profession. Cette vision téléologique que promeuvent les élites scientifiques est lié à la perception qu'elles ont d'elles-mêmes ; celle qui leur confère le monopole émancipateur d'un futur souhaitable pour la profession dans son ensemble.

C'est donc à deux niveaux que se situe le projet des élites scientifiques. D'une part, elles aspirent au développement d'un « point de vue méta » qui permettrait l'amélioration de la position professionnelle des infirmières dans l'espace de la santé vis-à-vis des autres professions. D'autre part, elles visent le développement d'une véritable culture professionnelle, basée sur des compétences nouvelles et des savoirs scientifiques propres à la profession[17], ce qui favorisera l'autonomie professionnelle tout en améliorant la prise en charge des patients.

17 Tandis que moins d'une infirmière sur deux pense que la profession devrait développer des savoirs scientifiques propres, trois quarts des élites scientifiques le pensent.

4.2 Des cadres « happés par le quotidien »

Souvent perçues comme des « auxiliaires de l'administration », voire comme des « petits chefs et des ‹collabos› » (Dubet 2002, 223), les infirmières cadres, véritables « contre-modèle[s] de la femme soignante » (Véga 1997, 112), se trouvent fréquemment discréditées par les infirmières, notamment en raison d'un éloignement du lit du patient et des logiques gestionnaires qu'elles incarnent (Resenterra *et al.* 2013). Cette perception est partagée par les élites scientifiques qui relèvent constamment ces deux aspects, et ce dans un double mouvement : pour le déplorer et s'en distinguer.

L'éloignement des patients est un trait que les élites scientifiques déplorent tout particulièrement. Monsieur Sari argue que contrairement aux élites scientifiques qui demeurent soignantes, le fait d'être cadre « éloigne de la pratique » et donc du cœur de la profession :

> – *Jusqu'à il y a dix ans en arrière on va dire, si tu faisais infirmier comme formation, au niveau carrière c'est vrai qu'à un certain moment il y avait pas forcément de grands débouchés à moins que tu deviennes chef, donc gestionnaire. Mais à ce moment-là tu t'éloignes un peu de ta pratique.*
>
> – *Du lit.*
>
> – *Du lit. Donc t'es, je dirais pas, ça c'est un peu trop fort, mais t'es pas forcément encore infirmier si tu …* […] *J'exagère mais la demande épistémologique c'est « est-ce que t'es toujours infirmière si tu vois pas de patients ? » Je sais pas.*

Si Monsieur Sari nuance ses propos – « j'exagère » dit-il – la question de la proximité avec les patients est centrale dans la profession. Et c'est précisément contre cet éloignement que se dressent les élites scientifiques. Ces dernières aspirent à incarner cette quadrature du cercle : rester proches des patients contrairement aux cadres qui s'en éloignent au détriment de leur légitimité professionnelle, tout en insufflant des « bonnes pratiques » cliniques que leur permet leur « point de vue méta ». Cette position qui paraît idéale cache mal un paradoxe qu'illustrent les propos de Madame Ferreira. Alors qu'elle plaide pour une infirmière prodiguant des « soins centrés sur la personne », ceux-ci ne seraient pas dispensés par des élites scientifiques mais par des « infirmières de terrains » investies « dans les soins directs ». Quant aux élites scientifiques, elles seraient en charge de la « gestion des projets de soins » – de fait loin des patients tout comme les cadres le sont, sans pour autant avoir une fonction hiérarchique. Aspirant à surveiller les « bonnes pratiques », il est vrai que rares sont les élites scientifiques à exercer en tant que cadres[18] ; du moins de façon formelle. Quatre des dix infirmières interviewées participent à cette fonction. Ancienne directrice d'un EMS, Madame Bourg est en relation étroite avec la direction de l'institution de soins où elle travaille. Bien qu'exerçant en tant qu'infirmières cliniciennes spé-

18 L'enquête par sondage révèle que seules cinq des quarante-quatre infirmières au bénéfice du master occupent cette position.

cialisées, Madame Genoud et Madame Nicole font partie de la direction de leurs départements de soins respectifs. Quant à Madame Seppi, elle est largement investie dans la refonte des curriculums de formation au sein de sa haute école.

Rejetant cette position symbolique de cadre auxquelles elles seraient associées dans le regard des « infirmières de terrain », les élites scientifiques sont toutefois souvent officieusement proches des directions. Et ceci ne va pas sans créer des tensions qui sont la résultante de rôles peu définis. Alors que la différenciation des rôles semble claire vis-à-vis des « infirmières de terrain », survient un sentiment de concurrence avec des cadres qui « se sentent menacées ». C'est d'abord autour des questions de gestion que s'ancreraient ces tensions, les cadres n'ayant « pas toujours cette vision claire et définie de qui fait quoi ». C'est que la gestion du temps de travail qui leur revient est un enjeu de luttes avec les élites scientifiques dès lors que celle-ci touche à la prise en charge des patients. Ces difficultés relationnelles sont sous-tendues à la fois par un manque de reconnaissance institutionnelle et par une tension hiérarchique puisque les rôles de chacune – entre des cadres en charge de la gestion des ressources et des cliniciennes spécialisées censément responsables de l'introduction des « bonnes pratiques » – semblent des plus flous :

> *Alors c'est vrai que moi je me suis aussi positionnée en disant que si je devais avoir un rôle à jouer au niveau des ICUS*[19]*, c'est-à-dire quand même de pouvoir orienter la clinique, fallait que je sois quand même un petit peu au-dessus d'eux, en tout cas au niveau de la représentation du service.* (Madame Nicole)

Monsieur Décosterd déplore de son côté le peu de soutien que les ICLS reçoivent dans son institution et la subordination d'élites scientifiques « inféodées » aux cadres infirmières :

> *Le clinicien spécialisé est directement inféodé à l'infirmier chef de service, ce qui est à mon sens une aberration* […] *parce que, on part du postulat que la clinique ne doit pas avoir de hiérarchie par rapport aux collègues des soins. Mais on l'inféode à une hiérarchie très rigide puisque cette filière gestion est responsable des soins.* […] *Les cliniciens spécialisés et les chefs de service devraient avoir une interface qui est décisionnelle pour l'organisation des soins. Et les responsables des soins, la clinique, ça doit être les cliniciens. Et les responsables de la gestion des ressources et autres ça doit être les gestionnaires.*

La question hiérarchique apparaît centrale dans les rapports de pouvoir qui opposent les élites scientifiques aux cadres. Mais la reconnaissance de leur statut n'est pas seulement un enjeu associé à une position hiérarchique. Il en est aussi un dans la lutte pour la définition légitime de la profession dont le projet réformateur que

19 Infirmière cheffe d'unité de soins.

mènent les élites scientifiques n'est qu'un versant. Un projet pour lequel elles peinent manifestement à emporter l'adhésion de leurs collègues infirmières.

5 Des aides-soignantes remises à leur place

Alors que Hugues remarquait dans les années 1950 déjà que la professionnalisation des infirmières s'accompagnait d'une délégation du « sale boulot » vers les aides-soignantes, Anne-Marie Arborio relève qu'essentiellement basé sur « ‹un sale› boulot qui fait le métier » (2012, 117), le travail des aides-soignantes consiste en des tâches généralement dévalorisées au sein de la profession infirmière. Si ce sale boulot a pour partie été transféré par les infirmières au fur et à mesure de la professionnalisation de leur métier, il pourrait l'être davantage encore par des élites scientifiques dont le rôle de « gardien[nes] du temple des bonnes pratiques », selon les termes de Madame Bourg, les porte à établir une frontière des plus nettes entre le rôle des infirmières et celui des professions environnantes.

Tant la revendication d'un rôle à jouer dans une affirmation identitaire que le rappel d'une claire distinction entre le rôle des infirmières et celui des aides-soignantes (ou ASSC[20]) sont des enjeux régulièrement avancés par les élites scientifiques. Les « infirmières de terrain » auraient perdu de vue leur rôle professionnel en raison d'une difficulté à s'affirmer. La condamnation d'un manque d'assurance de ces dernières et, plus largement, la nécessaire prise de distance avec un héritage humaniste qui repose sur l'humilité de personnes qui « n'aiment pas trop les têtes qui dépassent » est fréquemment mis en avant par les élites scientifiques :

> *Le positionnement de l'infirmière, c'est pas facile. Ils ont un statut, je sais pas comment dire. C'est un peu culturel, pis c'est un peu un positionnement… ils aiment pas trop quand il y a des têtes qui dépassent. Ça c'est l'infirmière je veux dire. Par exemple, à l'époque, déjà quand on avait les infirmières assistantes, on faisait tous le même travail. Après on a mis des ASSC. Là aussi, c'est difficile pour certaines infirmières de dire « Écoute, c'est toi qui fait ça, moi je fais autre chose. » On a tendance à faire, on fait tous la même chose. C'est le côté positif de l'infirmière qui est très empathique, qui est humble. Moi je pense pas qu'on puisse faire ce métier sans humilité et beaucoup d'empathie, donc d'essayer de valoriser l'autre et tout ça. Donc*

20 La formation d'aide-soignante a été remplacée en 2007 par celle d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC). Si cette nouvelle formation entraîne l'acquisition de compétences médicotechniques et que la loi prévoit des tâches sur délégation infirmière, l'essentiel du travail d'ASSC concerne les tâches d'hygiène et de confort. Ce décalage entre la formation reçue et le contenu de leur travail ne va pas sans donner lieu à des tensions avec les infirmières (Lehmann et al. 2011). On comprend que l'affirmation d'un rôle spécifique et des tâches afférentes constitue l'enjeu notable d'une lutte autour des frontières professionnelles.

> *ça c'est le côté positif. Mais ça devient presque négatif, ça se retourne contre elles, et ça c'est la culture infirmière.* (Madame Seppi)

C'est surtout au nom d'une affirmation identitaire que les élites scientifiques revendiquent le rappel de frontières nettes. Elles déplorent l'indifférenciation des rôles entre les aides-soignantes et celui des « infirmières de terrain ». Parlant de la situation dans l'institution de soins à domicile dans laquelle elle exerce à temps partiel, Madame Pralong relève que bien que le travail des ASSC soit utile, « il faut clairement que chacun ait ses tâches »[21]. Et ce constat ne demeure pas au stade d'une énonciation passive, il s'accompagne d'un véritable travail performatif de remise au centre des rôles de chacune qui passe par l'insistance quant à la « spécificité » de l'infirmière que Madame Bourg dit avoir défendue « becs et ongles » :

> – *Il y a des questions de champs, de territoires, de luttes de pouvoir, de « on a toujours occupé ça, on veut pas le lâcher ». Mais à [EMS]* […] *on a considéré qu'on travaillait tous en accompagnement. Et là, on a considéré que chacun avait sa place dans cet accompagnement. À tel point que les infirmières ont perdu leur spécificité. Ça j'étais très fâchée* […] *[rire] parce que, il existait plus de soins.*
>
> – *C'est-à-dire ?*
>
> – *Ça veut dire que l'infirmière n'avait plus franchement de rôle propre, elle faisait de l'accompagnement*
>
> – *Comme une ASSC à quelque part ?*
>
> – *Non, comme une animatrice, comme une dame de ménage. Et ce que j'ai dû vraiment défendre becs et ongles c'est qu'il y avait quand même… que quand je suis en entretien thérapeutique, je fais pas de l'accompagnement, je suis en entretien thérapeutique. Quand je suis une hypoglycémie et que je fais des gestes médico-délégués, je suis pas en accompagnement, je suis en soins, en* cure.

Au moment d'énoncer la spécificité de la prise en charge infirmière, ce sont des tâches bien précises qui sont mises en avant : l'« entretien thérapeutique » reposant sur des techniques et des théories de la relation qui favorisent l'intervention soignante, et des gestes médico-techniques (ici rapportés à l'« hypoglycémie ») renvoyant essentiellement aux savoirs biomédicaux. Des compétences qui visent le « *cure* », que Madame Bourg oppose ici explicitement à l'accompagnement ; caractère historique d'une activité infirmière attachée au *care*. Ce que Madame Bourg associe à la spécificité de la prise en charge infirmière relève donc de compétences qui l'éloignent de l'écoute et l'accompagnement, deux dimensions « qui constituent une norme professionnelle

21 L'enquête par sondage révèle qu'alors que 44 % des infirmières disent devoir rappeler quel est leur rôle aux aides-soignantes et / ou aux ASSC, c'est le cas de 80.8 % des élites scientifiques.

centrale » (Acker 2005, 170). S'il incarne une manière de troisième voie, le rôle de surveillantes des « bonnes pratiques » qu'endossent les élites scientifiques n'est paradoxalement pas sans rappeler le clivage classique qui divise la profession entre un rôle médico-délégué et un « rôle propre » infirmier.

6 Conclusion

L'acquisition d'un diplôme issu du plus haut niveau de l'enseignement supérieur est pour la profession infirmière inédit en Suisse romande. Par sa valeur symbolique et les types de ressources qu'il renferme, les élites scientifiques entrevoient un certain avenir pour la profession. Fortes de leur capital scientifique, celles-ci ambitionnent de participer activement à sa redéfinition en agissant sur le rôle et les pratiques infirmières, revalorisant ainsi une légitimité professionnelle historiquement déficitaire. Cependant, tant le projet professionnel que les positions institutionnelles de ces infirmières demeurent pour l'heure fragiles. La tentative de redéfinition des rôles semble non seulement d'une efficacité limitée sur les rapports sociaux vis-à-vis des médecins, mais surtout vectrice de tensions au sein de la profession. Loin d'être en mesure de renverser la domination médicale, ces infirmières peinent à trouver leur place au sein d'un espace infirmier hautement différencié : entre des « infirmières de terrain » peu promptes à adhérer à leur projet et des cadres qui les perçoivent comme une menace à leur ordre gestionnaire. Si l'on peut donc qualifier ces infirmières d'« élites » eu égard aux titres et formes de ressources dont elles disposent, force est de constater qu'en raison des rapports de pouvoir inter comme intraprofessionnels au cœur desquelles elle se trouve, cette fraction de la profession demeure davantage en quête de pouvoir qu'en mesure de l'exercer.

Basé sur une étude de cas, cet article appelle une réflexion d'ordre plus général sur les incertitudes d'une académisation pourtant souvent envisagée comme augurant un virage souhaitable pour une profession. S'il peut ouvrir la voie à un potentiel réaménagement des rapports sociaux, ce processus ne garantit ni reconnaissance ni accession à une position plus légitime au sein des rapports interprofessionnels. L'adoption d'une approche structurale consistant à saisir une profession comme un espace de différenciation permet par ailleurs de saisir les formes variables, et les effets inattendus, que l'académisation peut avoir sur les rapports intraprofessionnels.

7 Références bibliographiques

Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Acker, Françoise. 2005. Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales* 1 : 161–181.

Arborio, Anne-Marie. 2012. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Economica.

Ayala, Ricardo A., Gerard M. Fealy, Raf Vanderstraeten, Bracke Piet. 2014. Academisation of Nursing: An Ethnography of Social Transformations in Chile. *International Journal of Nursing Studies* 51: 603–611.

Bourdieu, Pierre. 1976. Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales* 2–3(2) : 88–104.

Bourdieu, Pierre. 1979a. *La Distinction*. Paris : Minuit.

Bourdieu, Pierre. 1979b. Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales* 30 : 3–6.

Bourdieu, Pierre. 1982. *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris : Fayard.

Bourdieu, Pierre. 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil.

Chaves, Gabriela. 2005. *Etude sur l'image que la profession « Infirmière » a d'elle-même*. Lausanne : Service de la Santé publique de l'État de Vaud.

Dallaire, Clémence. 2015. La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers* 121(2) : 18–27.

Demazière Didier et Morgan Jouvenet (dir.). 2016. *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*. Paris : EHESS.

Donaldson, Sue K. 2002. Nursing Science Defined in Less Than 10 Words. *Journal of Professional Nursing* 18(2): 180–181.

Droux, Joëlle. 2000. *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse romande (XIX^e^-XX^e^ siècles)*. Thèse de doctorat, histoire, Université de Genève.

Dubet, François. 2002. *Le déclin de l'institution*. Paris : La Découverte.

Elzinga, Aant. 1990. The Knowledge Aspect of Professionalization. The Case of Science-Based Nursing Education. Pp 151–173 in *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*, édité par Rolf Torstendahl et Michael C. Burrage. Londres : Sage Publications.

Feroni, Isabelle et Anémone Kober. 1995. L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne. *Sciences sociales et santé* 13(3) : 35–68.

Feroni, Isabelle et Anémone Kober-Smith. 2005. La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue française de sociologie* 46(3) : 469–494.

Freidson, Eliott. 1970. *Profession of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.

Giauque, David. 2014. Le management stratégique ou stratégie de contrôle ? Des éléments d'analyse du secteur hospitalier suisse. Pp. 93–113 in *La stratégie des organisations de l'État : contexte d'analyse, paramètres de décision et gestion du changement*, édité Bachir Mazouz. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Hartmann, Michael. 2007. *Eliten und Macht in Europa: Ein internationaler Vergleich*. Frankfurt: Campus Verlag.

Holmes David et Amélie Perron. 2008. L'infirmière praticienne en soins de première ligne : entre colonisation et affranchissement. Pp. 403–414 in *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*, édité par Clémence Dallaire. Montréal : Éditions de la Chenelière.

Hughes, Everett C. 2008. *The Sociological Eye. Selected Papers*. New Brunswick: Transaction Inc.

Judd, Deborah M. 2010. Nursing in the United States From the 1980s to the Present. New Opportunity, Technical Advances, Nursing Autonomy and Globalization. Pp. 180–209 in *A History of American Nursing*, édité par Deborah M. Judd, Kathleen Sitzman et Megan Davis. Sudbury: Jones & Bartlett.

Lahtinen, Pia, Helena Leino-Kilpi et Leena Salminen. 2014. Nursing Education in the European Higher Education Area – Variations in Implementation. *Nurse education today* 34(6): 1040–1047.

Laiho, Anne. 2010. Academisation of Nursing Education in the Nordic Countries. *Higher Education* 60(6) : 641–656.

Lechasseur, Kathleen. 2009. *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Thèse de doctorat, sciences infirmières et didactique des sciences, Université de Laval.

Lehmann, Philippe, Nathalie Viens Python, Stéphanie Dumas et Blaise Guinchard. 2011. *Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud*. Lausanne : Haute école cantonale vaudoise de la Santé & Haute école de la santé La Source.

Lert, Françoise. 1996. Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? *Sciences sociales et santé* 14(3) : 103–115.

Liberati, Elisa G. 2017. Separating, Replacing, Intersecting. The Influence of Context on the Construction of the Medical-Nursing Boundary. *Social Science & Medicine* 172: 135–143.

Longchamp, Philippe. 2005. La confusion. Critique épistémologique des sciences infirmières. *Carnets de bord en sciences humaines* 10 : 104–116.

Longchamp, Philippe, Kevin Toffel, Felix Bühlmann et Amal Tawfik. 2018. L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie* 59(2) : 219–258.

Manhart Barrett, Elizabeth A. 2002. What Is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly* 15(1): 51–60.

Petitat, André. 1989. *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal : Boréal.

Picot, Geneviève. 2005. Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales* 1 : 83–100.

Pierru, Frédéric. 2008. La santé au régime néolibéral. *Savoir/Agir* 3(5) : 13–24.

Rabier, Christelle. 2007. Introduction. Expertise in Historical Perspectives. Pp. 1–15 in *Fields of Expertise. A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to Present*, édité par Christelle Rabier. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

Resenterra, Fabien, Michael Siggen et David Giauque. 2013. Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande. *Humanisme et Entreprise*, 315, 1–24.

Sainsaulieu, Ivan. 2012. La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? *Revue française de sociologie* 3(53) : 461–492.

Sena, Barbara. 2017. Professionalization Without Autonomy: The Italian Case of Building the Nursing Profession. *Professions and Professionalism* 7(3): e1900.

Strauss, Anselm. 1992. *La Trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan.

Svensson, Roland. 1996. The Interplay Between Doctors and Nurses – A Negotiated Order Perspective. *Sociology of Health & Illness* 18: 379–398.

Toffel, Kevin. 2018. Positions et prises de position dans la profession infirmière. La structuration d'un espace professionnel au prisme de la théorie des champs. Thèse de doctorat en sciences sociales, Université de Lausanne.

Toffel, Kevin et Philippe Longchamp. 2017. Importer, transformer, diffuser les savoirs infirmiers. Trois figures de la lutte pour l'autonomisation d'une profession. *Anthropologie et Santé* 14. http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2536 (30.06.2018).

Véga, Anne. 1997. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé* 15(3) : 103–132.

Annexe 1 Caractéristiques des infirmières et des élites scientifiques (%)

	Infirmières	Élites scientifiques	Ensemble	Valeur p
Établissement médicosocial	16.4	9.1	16.3	
Hôpital universitaire	26.7	50.0	27.1	
Autre hôpital	47.5	6.8	46.9	
Enseignement/recherche	3.1	29.5	3.5	
Autre	6.2	4.5	6.2	
Total	100.0	100.0	100.0	< 0.001
N	2664	44	2708	
Développement savoirs scient. –	8.8	2.3	8.7	
Développement savoirs scient. +/–	49.4	15.9	48.9	
Développement savoirs scient. +	41.8	81.8	42.4	
Total	100.0	100.0	100.0	< 0.001
N	2853	44	2897	
Mob. connaissances en rech. : Jamais	9.9	0.0	9.8	
Mob. connaissances en rech. : Parfois	42.6	20.5	42.3	
Mob. connaissances en rech. : Souvent	34.0	31.8	33.9	
Mob. connaissances en rech. : Toujours	13.5	47.7	14.0	
Total	100.0	100.0	100.0	< 0.001
N	2871	44	2915	
Rappel du rôle aux ASSC : Non	56.0	19.2	55.6	
Rappel du rôle aux ASSC : Oui	44.0	80.8	44.4	
Total	100.0	100.0	100.0	< 0.001
N	2413	26	2439	
Père : obligatoire	23.9	14.0	23.8	
Père : CFC	37.2	18.6	37.0	
Père : maturité	4.6	2.3	4.6	
Père : secondaire prof. supérieur	21.2	37.2	21.5	
Père : université	13.0	27.9	13.2	
Total	100.0	100.0	100.0	0.001
N	2763	43	2806	
Femme	84.3	79.5	84.3	
Homme	15.7	20.5	15.7	
Total	100.0	100.0	100.0	0.402
N	2869	44	2913	
Âge moyen	42.9	38.3	42.8	
Écart-type	10.3	7.4	10.3	0.003
N	2869	44	2913	

Annexe 2 Profils des interviewées

interviewées	Prof. Mère	Prof. Père	Âge	Diplôme le plus élevé avant formation en soins	Année / type diplôme de base	Institution
Mme Genoud	Artiste	Ingénieur	33	Maturité	2007 / HES	Hôp. universitaire
Mme Bourg	Direction EMS	Direction EMS	50	Maturité	1986 / Soins généraux	EMS
M. Sari	Assistante médicale	Secrétaire communal	35	Maturité	2007 / HES	Hôp. universitaire
M. Decosterd	Enseignante (primaire)	Secrétaire municipal	54	CFC	1988 / Psychiatrie	Hôp. universitaire
Mme Seppi	Agricultrice	Agriculteur	44	Maturité	? / Soins généraux	HES
Mme Demaya	Au foyer	Directeur de banque	32	Baccalauréat	2008 / HES	HES
Mme Nicole	Masseuse	Agent d'assurance	39	Maturité	2000 / Soins généraux	Hôp. universitaire
Mme Ferreira	Ouvrière	Ouvrier	45	?	1996 / Soins généraux	HES
Mme Gomes	Au foyer	Cadre ONG internationale	57	Baccalauréat	~1990 / Soins généraux	Hôp. universitaire
Mme Pralong	Agricultrice	Agriculteur	31	Maturité	2009 / HES	Recherche / EMS