

**PHILIPPE LONGCHAMP,
KEVIN TOFFEL**

**UN ESPACE INFIRMIER ?
ÉLÉMENTS POUR UNE
ANALYSE STRUCTURALE
DE LA
PROFESSION INFIRMIÈRE.**

Regards sociologiques, 2022, n°59, pp.67-81.
.ISSN 1164-0871.

Cet article propose d'étudier la profession infirmière en mobilisant la théorie des champs de Pierre Bourdieu. S'appuyant sur des entretiens menés en Suisse romande, l'enquête montre que deux sortes de capital sont efficaces dans la profession : le capital médical et le capital infirmier. Le croisement du volume et de la structure de ces deux formes de capital permet d'obtenir un espace social infirmier dans lequel les prises de position des individus sont pour partie déterminées par la position qu'ils occupent. Aux prises de position relativement conservatrices des infirmières fortement dotées de capital médical s'opposent les prises de position plus subversives des infirmières fortement dotées de capital infirmier.

Il existe une vaste littérature sociologique sur la profession infirmière¹. Aucune recherche n'a cependant, à notre connaissance, proposé une analyse structurale permettant de livrer une vue d'ensemble de la profession, des visions et divisions qui la traversent à l'échelle d'un territoire national ou régional.

Souvent mobilisées pour l'analyse de cette profession, les analyses d'inspiration interactionniste se concentrent avant tout sur les processus de coopération intra- et inter-professionnelle. Ces études révèlent ainsi la position clé qu'occupent les infirmières² entre les exigences de l'institution hospitalière, les médecins et les patients³. D'autres courants sociologiques postulent que l'étude de la profession infirmière passe par une nécessaire description des autres professions avec lesquelles elle est en contact. On pense ici aux travaux de Everett C. Hughes⁴ et Eliot Freidson⁵, le

premier parlant d'une infirmière qui officie comme « bras droit » du médecin et condamnée à hériter des tâches dont ce dernier ne veut plus, le second parlant d'une profession qui, notamment en raison de sa soumission au pouvoir médical, ne serait que partiellement constituée. Dans cette perspective, la lutte pour l'autonomie professionnelle apparaît comme un enjeu central⁶. D'autres travaux encore mettent en exergue les rapports sociaux qui tendent à diviser les infirmières, qu'il s'agisse du type de soins à prodiguer⁷, de l'attitude à adopter à l'égard des tâches médico-déléguées⁸ ou encore de l'évolution de la profession vers des postes partiellement déconnectés de l'activité clinique⁹. Franchissant un pas de plus dans l'analyse, quelques auteurs tentent d'articuler ces divisions internes avec certaines propriétés sociales des infirmières,

¹ Certains remaniements de ce texte doivent beaucoup aux remarques des participants au séminaire « Risques, santé et institutions » dirigé par Claudine Burton-Jeangros et Mathilde Bourrier à l'Université de Genève. Qu'ils en soient ici remerciés. Nous remercions également David Pichonnaz et Frédéric Lebaron pour leur relecture et leurs conseils avisés.

² Compte tenu de la large surreprésentation de femmes dans la profession, le mot « infirmière » désigne également le masculin dans l'ensemble de l'article.

³ Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999.

⁴ Hughes Everett, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS, 1996.

⁵ Freidson Eliot, *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, New Brunswick, Transaction Publishers, 2007.

⁶ Iliopoulou Katerina, While Alison, « Professional autonomy and job satisfaction. Survey of critical care nurses in mainland Greece », *Journal of Advanced Nursing*, vol. LXVI, no 11, 2010, pp. 2520-2531.

⁷ Véga Anne, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. XV, no 3, 1997, pp. 103-132.

⁸ Feroni Isabelle, Kober Anémone, « L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne », *Sciences sociales et santé*, vol. XIII, no 3, 1995, pp. 35-68.

⁹ Acker Françoise, « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé*, vol. XIII, no 3, 1995, pp. 69-92.

telles que l'origine sociale, la génération et le sexe^{1 2 3}.

S'inscrivant dans la continuité de ces travaux, notre démarche consiste à analyser la profession infirmière en mobilisant la théorie des champs développée par Pierre Bourdieu. Un champ se définit « comme un réseau, ou une configuration de relations objectives entre des positions. Ces positions sont définies objectivement dans leur existence et dans les déterminations qu'elles imposent à leurs occupants, agents ou institutions, par leur situation (*situs*) actuelle et potentielle dans la structure de la distribution des différentes espèces de pouvoir (ou de capital) dont la possession commande l'accès aux profits spécifiques qui sont en jeu dans le champ, et, du même coup, par leurs relations objectives aux autres positions (domination, subordination, homologation, etc.) »⁴. Les exigences empiriques d'un tel cadre théorique mènent à placer la focale sur deux éléments. Les « relations structurales » d'abord qui, tout en intégrant les interactions en face à face, rendent également compte des relations entre des individus qui « peuvent ne jamais se rencontrer, voire s'ignorer méthodiquement, et rester profondément déterminés, dans leur pratique, par la relation d'opposition qui les unit »⁵. Les divisions internes de la profession ensuite, divisions qu'il s'agira d'articuler systématiquement avec les différents secteurs d'activité et, dans une moindre mesure, avec les trajectoires sociales des infirmières.

¹ De Montlibert Christian, « L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. XXXII-XXXIII, 1980, pp. 65-76.

² Picot Geneviève, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. I, no 1, 2005, pp. 83-100.

³ Sénotier Danièle, « Les infirmières, image d'une profession. Cent ans d'évolution de la profession », in Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doaré Hélène, Sénotier Danièle (dir.), *Les infirmières et leur coordination*, Paris, Editions Lamarre, 1992, pp. 23-55.

⁴ Bourdieu Pierre, Wacquant Loïc, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Editions du Seuil, 1992, pp. 72-73.

⁵ Bourdieu Pierre, *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Editions du Seuil, 1992, pp. 303-304.

Notre recherche révèle ainsi tout l'intérêt qu'il y a à articuler entre elles les prises de position d'infirmières occupant des positions très éloignées. Alors que les infirmières qui exercent dans les secteurs hospitaliers les plus médicalisés tendent à présenter des prises de position relativement conservatrices – notamment en ce qui concerne la division du travail avec les médecins – celles qui exercent dans les secteurs extra-hospitaliers les moins médicalisés semblent au contraire chercher à renverser l'ordre symbolique en valorisant systématiquement les compétences rattachées à leur « rôle propre ». La profession est ainsi traversée par une lutte pour la définition de l'activité infirmière légitime.

En insistant sur les rapports conflictuels qui opposent les différents secteurs d'une profession, la théorie des champs entretient une certaine parenté avec le programme d'analyse que Bucher & Strauss⁶ Strauss⁶ appelaient de leurs vœux. Mais alors que, comme le rappelle Champy⁷, les auteurs de « Professions in process » ne disent rien des principes qui tiennent ensemble les différents « segments » d'une profession – exposant ainsi la recherche à ne plus pouvoir démêler la diversité du chaos –, la théorie des champs permet précisément de penser ensemble l'unité et la diversité en montrant que les individus qui occupent des « positions » différentes participent d'une même lutte pour la possession ou la transformation d'un nombre restreint de « capitaux ».

Lieu d'enquête et méthode

Lieu de notre enquête, la Suisse romande peut être considérée comme une sorte de laboratoire de la profession infirmière. Premièrement en raison des changements importants qui touchent la formation : dès 2002, les six écoles de soins infirmiers de cette région ont été intégrées à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), qui délivre des titres de niveau Bachelor. En 2009, un institut proposant des filières de Master et de Doctorat en soins infirmiers a ouvert ses portes à

⁶ Bucher Rue, Strauss Anselm, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, vol. LXVI, no 4, 1961, pp. 325-334.

⁷ Champy Florent, *La sociologie des professions*, Paris, Quadrige/PUF, 2009.

l'Université de Lausanne. Cette valorisation de la formation est susceptible d'introduire une certaine opposition entre les anciennes et les nouvelles générations de soignantes. Deuxièmement, la Suisse romande se caractérise par un rapide processus d'externalisation de certaines prises en charge traditionnellement assurées par l'hôpital¹. La profession infirmière se trouve ainsi partiellement concernée par ces changements qui entraînent une multiplication du nombre de postes extra-hospitaliers.

Les résultats présentés ici sont issus d'une recherche exploratoire nous ayant permis de poser les bases d'une recherche plus vaste actuellement en cours². Le dispositif d'enquête a consisté en 21 entretiens semi-dirigés (16 femmes et 5 hommes âgés de 24 à 55 ans). La sélection de ces infirmières s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, nous avons mené des entretiens exploratoires avec deux infirmières responsables des stages des étudiants dans des écoles de soins infirmiers. Compte tenu de leur fonction, ces infirmières ont pu nous dresser une liste des différents secteurs dans lesquels exercent les infirmières³. Sur la base de cette liste, nous avons sélectionné les secteurs d'activité nous paraissant les plus emblématiques de la profession⁴. Dans un deuxième temps, nous avons pris contact avec des infirmières exerçant dans les écoles de soins des différents cantons romands, qui nous ont transmis les coordonnées d'une dizaine d'infirmières exerçant dans les secteurs d'activité préalablement

retenus. Les infirmières restantes ont été sélectionnées par la méthode du proche en proche.

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

Capital médical et « capital infirmier »

Nos résultats révèlent l'existence de deux espèces principales de capital dans la profession infirmière : le capital médical d'une part, compris comme l'ensemble des ressources 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 ; le « capital infirmier » d'autre part, compris comme toutes les formes de ressources issues des sciences humaines et sociales ou des savoirs paramédicaux, acquises et mobilisées pour la prise en charge des patients et contribuant à une autodétermination professionnelle⁵. Si toutes les infirmières rencontrées disposent de ces deux formes de capital, il reste que chacune occupe une position spécifique sur un axe que l'on peut qualifier de « structure patrimoniale » : alors que certaines infirmières présentent une structure patrimoniale à dominante médicale, d'autres présentent, à l'inverse, une structure patrimoniale à dominante infirmière.

Il s'agit là du principal axe de structuration de l'espace infirmier. Alors que les infirmières qui présentent une structure patrimoniale à dominante médicale exercent le plus souvent dans des secteurs hospitaliers fortement médicalisés (soins intensifs, urgences, etc.), celles qui présentent une structure patrimoniale à dominante infirmière exercent davantage dans des secteurs extra-hospitaliers faiblement médicalisés (soins à domicile, établissements médico-socio, santé scolaire, etc.). On peut

¹ Jaccard Ruedin Hélène, Weaver France, Roth Maik, Widmer Marcel, *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, 2009.

² La récolte de données de la recherche en cours se fait au moyen d'un questionnaire distribué à des infirmières exerçant dans les secteurs les plus diversifiés de Suisse romande.

³ Précisons qu'il n'existe aucun registre statistique précis sur la profession infirmière en Suisse.

⁴ Les infirmières interviewées exercent dans les secteurs suivants : psychiatrie, médecine, anesthésie, soins à domicile, médecine, centre d'alcoologie, éducation, oncologie, établissement médico-social, soins palliatifs, soins intensifs, milieu carcéral, soins continus, urgences adultes, urgences pédiatriques, indépendante, néonatalogie, chirurgie, foyer pour requérants d'asile, santé scolaire et institut universitaire.

⁵ Précisons d'emblée 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 le montreront, n'est pas encore d'actualité. Dans l'article, ce statut particulier du « capital infirmier » est indiqué par l'usage systématique des guillemets.

ainsi opposer un « pôle médical » à un « pôle infirmier ». Le lecteur doit cependant garder à l'esprit l'idée d'un continuum dont les pôles ne constituent que les extrêmes.

Le pôle médical

la domination du capital médical

Le degré de médicalisation d'un secteur d'activité se mesure avant tout par la concentration de médecins et d'actes médicaux. Il s'ensuit que les régions de l'espace infirmier que nous situons du côté du pôle médical sont principalement constituées de services hospitaliers. Pour une infirmière, l'hôpital constitue une porte d'entrée quasi-incontournable de la profession : seules 2 des 21 infirmières rencontrées dans notre étude n'y ont jamais exercé. L'hôpital peut en effet être considéré comme le lieu privilégié d'acquisition du capital médical, ce qu'exprime de manière très explicite M. Pichoud :

Je me suis dit : « Si je pars tout de suite en gériatrie, je risque de perdre un peu l'aspect aux soins aigus ». [...] C'est vrai qu'en gériatrie, il y a beaucoup de soins de base, toilettes, pansements, beaucoup de relationnel, mais peu de pompes ou seringues, défibrillateur, sondes naso-gastriques. [...] Alors, j'ai réfléchi puis j'ai dit : « Bon, ben j'ai meilleur temps d'aller à l'hôpital quelques temps, et puis je verrai, je trouverai ma voie ». (Entretien 2, Médecine)

Tout se passe donc comme si les « soins aigus » représentaient la référence par rapport à laquelle les professionnelles tendent à se situer. Dans un tel contexte, l'idée d'une hiérarchisation organisée « en fonction de la présence réelle ou supposée des médecins et des soins techniques » (Véga, 1997, p. 109) trouve son terrain d'élection. Les discours que tiennent les infirmières les plus dotées de capital médical sur leurs trajectoires professionnelles sont en effet ponctués d'expressions telles que « progresser » ou « aller plus loin », qui révèlent la présence d'une forte disposition promotionnelle.

Une telle verticalisation des trajectoires implique une certaine hiérarchisation des professionnelles, toutes n'étant pas rendues au même stade de progression. Le cumul de plusieurs années de pratique à temps plein dans des services « aigus » apparaît ainsi comme une garantie d'accumulation de capital médical permettant aux infirmières

concernées de marquer leur différence à l'égard de celles qui, moins expérimentées, n'exercent de surcroît qu'à temps partiel.

Si cette hiérarchisation se manifeste à l'intérieur des différents services, elle se manifeste aussi, et peut-être surtout, à l'échelle de l'espace infirmier dans son ensemble. Se dégage en effet, dans les discours des infirmières fortement dotées de capital médical, une nette hiérarchisation des différents secteurs d'activité. Alors que les « soins aigus » (et notamment les soins intensifs) sont situés au sommet de cette hiérarchie, les secteurs de « médicalisation minimale » que sont les soins aux personnes âgées¹ se voient au contraire relégués à sa base. Considérant l'ordre chronologique des stages qu'elles ont suivi durant leurs études comme une objectivation de cette hiérarchie, ces infirmières n'hésitent pas à qualifier ce secteur d'activité de « plus facile » ou « plus simple ».

Une « ambition conservatrice »

Le sentiment, largement partagé, d'être « à la pointe » de la profession peut déboucher sur une forte propension à la négociation des conditions de travail avec l'employeur. Une propension qui s'avère particulièrement rentable dans le secteur privé, où les rémunérations sont discutées au moment de l'embauche. Au bénéfice d'une formation en soins intensifs et d'une longue expérience accumulée dans le secteur public², Mme Ruffenach n'a ainsi pas hésité à poser ses exigences lors de son transfert dans une clinique privée :

Quand je suis arrivée, j'avais des exigences. [...] J'ai dit : « Je viens, je fais pas de nuits, pas de week-ends, pas de 12 heures, et j'ai ce salaire-là, autrement je viens pas ». Et ils ont dit oui. (Entretien 17, Chirurgie et Soins continus)

Pour appuyer leurs revendications salariales, les infirmières du pôle médical n'hésitent pas à mettre en avant les responsabilités qu'implique leur

¹ Bastien Clément, Rick Olivia, « Hiérarchie des spécialités (para)médicales et marginalisation des vieux », *Transeo*, no 1, 2009, <http://www.transeo-review.eu/Hierarchie-des-specialites-para.html>.

² Précisons qu'en Suisse les salaires des infirmières sont plus élevés dans le secteur public que dans le secteur privé.

fonction, avec notamment les questions touchant au pronostic vital des patients. C'est ce que fait M. Ropars, qui s'offusque du faible écart salarial entre la profession infirmière et le travail en usine : « *On a la vie de patients dans nos mains tous les jours ! [...] J'ai des responsabilités qui sont quand même autres que de presser sur un bouton pour faire une pièce de métal !* » (Entretien 19, Urgences).

Deux éléments sont à retenir de ces revendications pour de meilleures conditions de travail et des arguments qui les sous-tendent. Premièrement, l'insistance sur des responsabilités mettant en jeu le pronostic vital des patients se réfère pour ainsi dire exclusivement à la détention d'un capital médical. En ce sens, il s'agit de prises de position clairement situées au pôle médical de l'espace infirmier, et qui ne valent donc que pour une fraction de la profession. Deuxièmement, si ces revendications révèlent la présence de velléités contestataires chez ces infirmières fortement dotées de capital médical, il faut cependant relever qu'elles portent avant tout sur les *conditions*, et non sur le *contenu* du travail – ce dernier étant précisément brandi comme argument sous-tendant les revendications. Plus précisément, les velléités qui s'expriment chez ces infirmières s'agissant de leurs conditions de travail semblent s'accommoder de dispositions très conservatrices dès lors que sont abordés les contenus même de leur activité. Si bien que l'on peut parler d'une « ambition conservatrice » qui, comme nous le verrons, s'oppose à l'« ambition subversive » qui s'observe au pôle infirmier.

Une proximité assumée avec les médecins

Le pôle médical se caractérise par une double proximité, physique et symbolique, entre infirmières et médecins. La proximité physique se mesure par la fréquence des interactions, quasiment ininterrompues en anesthésie, très soutenues en soins intensifs (« on va dire une fois par heure à peu près », Entretien 11) et à peine moins fréquentes dans d'autres services de soins aigus. Si cette proximité ne suffit pas à effacer les cultures distinctes qui caractérisent les deux professions¹, la

¹ Comme le montre Anne Paillet, on relève d'importants clivages entre médecins et infirmières, notamment concernant les questions éthiques que soulève la fin de

contextualisation à laquelle nous nous livrons ici nous mène cependant à relativiser la distinction entre ces deux cultures au sein des services les plus médicalisés où les discours laissent apparaître une certaine adhésion des infirmières à la hiérarchie proprement médicale.

La reconnaissance de la hiérarchie médicale se manifeste notamment par la manière dont est investi le « rôle médico-délégué ». Si ces tâches médico-déléguées existent dans toutes les régions de l'espace infirmier, elles prennent cependant une place particulièrement importante au pôle médical, en raison de leur nombre d'une part, et du prestige qui les entoure d'autre part. Ainsi, pour Mme Richoz, ces tâches contribuent à l'attrait des soins intensifs en permettant aux infirmières qui y exercent d'être « un peu autonomes », alors que les infirmières des autres services disposent selon elle de « moins de marge de manœuvre » (Entretien 11). En valorisant une telle organisation, les infirmières situées au pôle médical participent ainsi d'un certain conservatisme relatif au contenu de leur travail. Conservatisme qui, nous l'avons vu, se conjugue avec une attitude plus revendicative dès lors qu'il s'agit de leurs conditions matérielles de travail.

Une mise à distance des subalternes et des patients

Si la question de la division du travail avec les aides-soignantes est au cœur de la profession infirmière, le profil des professionnelles n'est pas étranger aux différentes prises de position à ce sujet. Alors que les infirmières qui ont une conception techniciste de leur rôle revendiquent une forte délégation des soins de confort et d'hygiène aux aides-soignantes, celles qui valorisent davantage la relation aux patients déplorent à l'inverse le fait que cette dimension relationnelle puisse leur échapper². Or, ces différents profils professionnels ne se répartissent pas de manière homogène au sein de l'espace infirmier. Et c'est donc au pôle médical

vie des patients. Voir Paillet Anne, *Sauver la vie, donner la mort*, Paris, La Dispute/Snédit, 2007.

² Vassy Carine, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, vol. 40, no 2, 1999, pp. 325-356.

que l'on trouve la distinction la plus nette entre infirmières et aides-soignantes.

Si cette distinction est d'abord favorisée par la possession d'un capital médical, il faut également tenir compte de l'organisation même du travail, organisation liée au rapport que les professionnels entretiennent avec le corps des patients. Il existe en effet une loi générale qui veut que, du point de vue des professionnels, l'accès au corps des patients est d'autant plus prestigieux que l'on se dirige vers le pôle médical, et relégué au rang de « sale boulot » à mesure que l'on se dirige vers le pôle infirmier. Alors que les milieux gériatriques voient médecins et infirmières se tenir à bonne distance du corps des patients qui est avant tout confié aux aides-soignantes¹, c'est exactement l'inverse qui prévaut dans les secteurs les plus médicalisés, où les aides-soignantes, dépourvues de capital médical, n'ont généralement aucun accès direct aux patients. Il s'ensuit que c'est ici que l'on trouve les aides-soignantes les moins formées : « *Il y a une tire d'aides-soignants mais qui n'ont jamais eu une formation. [...] Aide-soignant aux soins intensifs et urgences, c'est purement de la maintenance ou du nettoyage* » (Entretien 18, Soins intensifs).

Disposant de savoirs spécifiques qui relèguent les patients au rang de profanes, les infirmières du pôle médical établissent également une certaine distance avec ces derniers. M. Ropars conçoit ainsi son rôle comme celui d'un expert disposant de savoirs dont sont dépourvus les patients : « *Les gens peuvent avoir peur, ils connaissent rien et ils viennent demander un avis. Ce qui se comprend, on fait notre boulot* » (Entretien 19, Urgences). Mais cette distance est également renforcée par la très forte dépendance à laquelle se trouvent souvent réduits ces mêmes patients, dépendance qui limite leurs possibilités d'intervention dans le travail infirmier. Dans un tel contexte, la place pour des logiques autres que médicales est mince, voire nulle lorsque le comportement du patient est susceptible de péjorer son pronostic vital.

Une standardisation des pratiques

Si la distance relative que les infirmières du pôle médical maintiennent à l'égard des patients s'explique par la possession d'un fort capital médical et de la situation de grande vulnérabilité des patients, elle s'explique aussi par la standardisation des pratiques, qui contribue à la cohésion du groupe professionnel. Cette standardisation se manifeste par exemple par des prises en charge étroitement protocolées dont les bornes de début et de fin sont définies selon des critères exclusivement médicaux : « *Nous, en anesthésie, on a encore la chance d'avoir un travail où on commence et puis on finit. Et puis ce qui était avant, ben c'était avant, et puis après, ben ça nous concerne plus vraiment* » (Entretien 3). La standardisation des pratiques se manifeste encore par la limitation des pratiques idiosyncrasiques liées à des origines ou trajectoires particulières. Ainsi, et alors que ce ne sont pas moins de neuf diplômes de base en soins infirmiers qui se côtoient actuellement dans le système de santé suisse, cette diversité ne semble avoir qu'une incidence limitée sur les pratiques, au point que les infirmières ignorent à peu près tout du passé de leurs collègues. Quant à la coexistence d'infirmières d'origines nationales distinctes, elle ne semble pas non plus donner lieu à des différences significatives. Evoquant ses collègues françaises et québécoises, Mme Richoz déclare ainsi n'observer que des différences au niveau de l'organisation du travail. Des différences qui, selon elle, n'affectent pas les modalités de prise en charge : « *Elles font les mêmes choses, [elles ont] le même point de vue, la même façon de soigner* » (Entretien 11, Soins intensifs). Tout se passe ainsi comme si l'insensibilité caractéristique de la médecine aux variations contextuelles (et notamment nationales) mise en évidence par Vassy² avait tendance à se diffuser à la profession infirmière au pôle médical, qui présente une standardisation que l'on ne retrouve pas, ou que dans une bien moindre mesure, au pôle infirmier.

¹ Bastien Clément, Rick Olivia, « Hiérarchie des spécialités (para)médicales et marginalisation des vieux », *Transeo*, no 1, 2009, <http://www.transeo-review.eu/Hierarchie-des-specialites-para.html>.

² Vassy Carine, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, vol. 40, no 2, 1999, pp. 325-356.

Un « relationnel instrumental »

L'opposition entre soins « relationnels » et soins « techniques » revient de manière récurrente dans les discours et semble aller de soi pour les professionnelles. Plus étonnant est le fait que cette opposition indigène soit souvent reprise sans véritable discussion dans certains travaux sociologiques. Car la comparaison systématique à laquelle nous nous livrons montre pourtant que, si la signification de la dimension « technique » des soins semble relativement consensuelle (elle se réfère à l'usage d'appareils ou d'instruments venant médiatiser le contact entre l'infirmière et le corps du patient), la dimension « relationnelle » recouvre en revanche des acceptions très différentes suivant le secteur d'activité considéré.

L'usage de la dimension « relationnelle » au sein de la profession appelle en fait deux remarques. Premièrement, toutes les infirmières interrogées revendiquent cette dimension comme faisant partie intégrante de leur activité, ce qui semble révéler l'existence d'une véritable « doxa » professionnelle. Mais, dans le même temps, et comme le relève Véga (1997), « cette référence idéologique commune est aussi un moyen [...] de se dénigrer entre sous-groupes infirmiers » (p. 114). Il existe toujours des infirmières « moins relationnelles que soi », et celles qui sont décrites comme abandonnant cette dimension au profit de la seule dimension « technique » semblent faire office d'image repoussoir de la profession.

La dimension « relationnelle » apparaît ainsi à la fois comme un socle identitaire favorisant, au moins chez les nouvelles venues, un rapport enchanté à la profession, et comme principe de division, voire d'excommunication. Mais derrière cet accord apparent quant à ce qui fait ou défait une « véritable » infirmière se cache une division à la fois plus profonde et plus cachée. Et c'est là la deuxième remarque qu'appelle l'usage rhétorique de la dimension « relationnelle » des soins. Tout se passe en effet comme si deux significations concurrentes coexistaient. Du côté du pôle infirmier, et comme nous le verrons plus loin, la profession se définit par un relationnel que l'on pourrait qualifier d'« expressif » : la relation avec le patient est une fin en soi, et l'attention au corps est souvent réduite au statut de *moyen* permettant

d'approfondir cette relation. A ce relationnel « expressif » répond un relationnel qui, du côté du pôle médical, pourrait être qualifié d'« instrumental » : la relation avec le patient ne constitue pas ici une fin en soi, mais bien plutôt un moyen de rendre possible la prise en charge médicale. Loin de la parole cathartique censée « libérer » la charge émotionnelle du patient, le « relationnel » défendu consiste plutôt en un échange d'informations entre les professionnelles et les patients. Et la fonction de cet échange semble bien être de favoriser une certaine compliance médicale, comme l'explique le propos de M. Ropars, qui restitue au terme de « patient » sa double acception, nom propre et adjectif :

Si on explique aux patients ce qui se passe, ils sont calmes, ils attendent, ils comprennent et ils remercient. [...] Moi j'utilise le relationnel [...] S'ils sont en confiance, on a tout gagné. Il va être patient. (Entretien 19, Urgences)

Les infirmières qui exercent au pôle médical sont perçues et se perçoivent elles-mêmes comme occupant une position dominante au sein de la profession. La possession d'un fort capital médical associée à une standardisation de l'activité les situe à bonne distance de toutes les influences qui, du point de vue de la logique médicale, pourraient contribuer à une certaine déprofessionnalisation. Tout se passe donc ici comme si l'institution hospitalière s'imposait comme le premier déterminant des prises de position, la force explicative de la position occupée au sein de l'espace infirmier l'emportant alors sur celle des dispositions liées à des trajectoires particulières. Les infirmières se voient ainsi partiellement dispensées de la nécessité d'une permanente réaffirmation de leur statut, nécessité qui, nous le verrons, croît à mesure que l'on se dirige vers le pôle infirmier. Cette relative stabilité statutaire comporte cependant un prix : celui du renoncement, au moins partiel, au développement d'un « rôle propre » adossé à un capital spécifique infirmier ; un renoncement qui, nous le verrons, leur est parfois reproché. « Grandes infirmières » au sein du champ médical, elles sont en effet susceptibles d'apparaître aux yeux de certaines de leurs collègues comme de « petits médecins » dès lors qu'elles se trouvent resituées dans l'espace infirmier.

Le pôle infirmier

Le pôle infirmier se caractérise par la relativement faible concentration de médecins et d'actes médicaux. Ces secteurs peuvent être situés dans les services hospitaliers, mais aussi, et surtout, dans les services extra-hospitaliers. Dans ces secteurs, les infirmières ont davantage la possibilité de développer leur « capital infirmier ». Si elles présentent moins de revendications relatives à leurs *conditions* de travail que celles du pôle médical, elles présentent en revanche des dispositions plus subversives dès lors qu'il s'agit du *contenu* de leur travail.

Une « ambition subversive »

Bien que leurs représentations et pratiques participent souvent d'une lutte plus ou moins consciente pour la constitution de savoirs et savoir-faire spécifiques, les infirmières du pôle infirmier n'en adhèrent pas moins à l'ordre symbolique de l'espace et au caractère dominant du capital médical. Il est à ce titre significatif de constater qu'elles considèrent, tout comme celles du pôle médical, que l'hôpital est un passage obligé. La hiérarchisation des services que nous avons constatée parmi les infirmières du pôle médical semble ainsi avoir été intériorisée par celles que cette même hiérarchisation situe au plus bas. Ce qu'exprime M. Pichoud, lorsqu'il déclare que, « *de façon assez générale, les gens qui travaillent aux soins intensifs, anesthésie, ils ont un statut plus élevé que nous* » (Entretien 2, Médecine); reconnaissance exemplaire d'un processus de domination symbolique qui intervient toutes les fois que les pensées et perceptions des individus « sont structurées conformément aux structures mêmes de la relation de domination qui leur est imposée »¹.

Mais la reconnaissance de la hiérarchie médicale n'empêche pas l'existence de fortes résistances, qui se manifestent notamment dans des discours stigmatisant l'exercice de la profession au pôle médical :

Eux [aux soins intensifs], ils sont complètement axés sur le technique et ils valident pas du tout tout ce qui est notre rôle.

Parce que pour eux, le technique c'est beaucoup plus important que tout ce qui est réseau, tout ce qui est globalité du patient. (Entretien 8, Médecine)

L'usage du « eux » et du « nous » oppose ici les infirmières qui, adeptes du travail médico-délégué, ignorent le « rôle propre » d'une part, à celles qui cherchent à développer une spécificité impliquant une prise en compte de la « globalité du patient » d'autre part. Ces propos participent ainsi d'une lutte par laquelle « *chacun vise à imposer [...] la définition des conditions de l'appartenance véritable au champ [...] qui est le mieux faite pour le justifier d'exister comme il existe* »². En l'occurrence, les infirmières du pôle infirmier tendent à remettre en question la hiérarchie médicale qui les domine en luttant pour l'instauration d'une logique spécifiquement infirmière à l'aune de laquelle serait référé le contenu de leur activité. Une telle lutte vise donc à un renversement complet de l'échelle des valeurs et témoigne de la présence de dispositions subversives qui, ne faisant qu'effleurer les conditions matérielles du travail (la question des rémunérations n'apparaît que marginalement dans les discours), portent spécifiquement sur le contenu du travail. On peut ainsi opposer l'« ambition conservatrice » des infirmières du pôle médical d'une part, qui mène à lutter pour occuper une meilleure place dans une hiérarchie médicale non discutée, à une « ambition subversive » des infirmières du pôle infirmier d'autre part, qui participe d'un renversement des termes de la domination et, par là, d'une autonomisation de l'espace infirmier à l'égard du champ médical.

Une hétérogénéité des pratiques

Alors que le pôle médical se caractérise par une certaine standardisation des pratiques, le pôle infirmier se caractérise au contraire par une très forte hétérogénéité. Ce que révèlent les propos de Mme Maystre qui, exerçant aux soins à domicile, décrit les interventions de ses collègues comme étant fortement marquées par les idiosyncrasies personnelles :

¹ Bourdieu Pierre, *La domination masculine*, Paris, Editions du Seuil, 1998, p. 27.

² Bourdieu Pierre, *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Editions du Seuil, 1992, p. 310.

Moi je sais que j'ai une collègue qui ouvre tout le temps les frigos. Elle c'est son truc, elle va tout le temps penser à ça. Il y a une collègue qui va plutôt regarder les pieds parce que c'est un truc auquel elle pense, et c'est vrai que pour plein de choses comme ça, on a un regard différent. (Entretien 4, Soins à domicile)

Cette hétérogénéité se révèle encore dans les critères d'attribution des patients, qui accordent une place importante aux affinités électives. Et notamment en milieu psychiatrique, où Mme Marti, tout en déclarant ignorer les critères mis en œuvre par ses propres collègues, choisit ses patients en fonction de critères personnels :

Mes collègues, je ne sais pas comment ils font. Mais moi, je sais que je choisis en fonction [...] de ce que je peux faire avec ces gens. Parce que si, par exemple, ce sont des dépressifs, et bien je sais que je vais pouvoir faire un monstre travail en analyse transactionnelle.

Les dispositions individuelles, sans doute liées à des trajectoires sociales et professionnelles spécifiques, trouvent donc ici un terrain d'élection. L'exercice de la profession au pôle infirmier s'apparente ainsi typiquement à toutes les professions de la « petite bourgeoisie nouvelle », cette fraction des classes moyennes qui réunit des individus ayant souvent subi un déclassement social (par le haut ou par le bas) et qui exercent des professions leur permettant de réaliser leur rêve d'apesanteur sociale en affichant un rejet de tout classement et une hostilité envers toute hiérarchisation. L'effort consenti par ces infirmières pour développer un capital spécifique participe en effet d'un processus de « rénovation » de la profession qui, s'appuyant sur l'apparition de nouveaux marchés (ici l'activité de prévention et la prise en charge des maladies chroniques), permet aux individus de définir leur poste conformément à leurs dispositions.

Une proximité avec les subalternes et les patients

La distance observée entre infirmières et aides-soignantes au pôle médical ne se retrouve pas au pôle infirmier, où l'on observe au contraire une relative indifférenciation de certaines tâches. On sait en effet qu'une division du travail limitée entre

infirmières et aides-soignantes est une condition nécessaire pour une prise en charge « globale » des patients¹. Ce qu'exprime clairement Mme Pouli, qui exerce comme cadre dans un EMS :

C'est tout à fait légitime que ce soit du personnel infirmier qui fasse la toilette. [...] Comme ça, on a vraiment la vision globale du résident, que ce soit de la mobilisation, pour l'alimentation aussi, et puis comment il est capable aussi au niveau cognitif.

Mais alors que les zones d'indifférenciation peuvent être vécues comme source de valorisation lorsqu'elles concernent des tâches médicales, elles risquent toujours d'être vécues comme une déqualification dès lors qu'elles concernent des « soins de base » habituellement pris en charge par les aides-soignantes. Car en venant s'ajouter à l'hétérogénéité des pratiques, cette relative indifférenciation contraint les infirmières à une continuelle renégociation de leur statut. Ce qu'exprime Mme Gorlier, infirmière à domicile qui se voit contrainte de réexpliquer son « job » à chaque nouvelle aide-soignante : « *Ce qui est difficile à domicile c'est la communication. Parce que moi je vais expliquer bien mon job à une aide ; et puis s'il y en a cinq qui passent chez ce patient, il faudra bien que je le fasse cinq fois, quoi* » (Entretien 15) ». De ce point de vue, on peut donc poser que le pôle infirmier est au pôle médical ce que les sociétés précapitalistes sont aux sociétés capitalistes : faute d'inscription de leur pouvoir (même relatif) dans des institutions stabilisées, les infirmières du pôle infirmier ne peuvent se contenter de « laisser faire le système ». Il leur faut au contraire « travailler quotidiennement et personnellement à produire et à reproduire les conditions toujours incertaines de la domination »².

A cette proximité avec les aides-soignantes s'ajoute celle avec les patients. Ici encore, cette proximité est en partie revendiquée. De fait, elle se trouve en parfaite cohérence avec la conception de la santé à laquelle adhèrent ces infirmières. Une conception qui, écartant tout « diagnostic » basé sur un savoir

¹ Vassy Carine, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, vol. 40, no 2, 1999, pp. 325-356.

² Bourdieu Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Editions de Minuit, p. 223.

dont une catégorie professionnelle détiendrait le monopole, consiste au contraire à « accompagner » le patient en évitant de lui imposer des définitions étrangères à sa propre perception : « *On accompagne, on n'est pas une instance supérieure qui vient et puis qui sait tout et puis se la ramène sur tout !* » (Entretien 4, Soins à domicile).

Un « relationnel expressif »

Il convient de relever que l'« accompagnement » dont se réclament ces infirmières consiste pour partie à opérer chez le patient une sorte de conversion dispositionnelle lui permettant de mieux accepter l'évolution de son état organique. Ce qu'exprime très bien Mme Marti : « *Je dirais que [l'infirmière] est un agent du mieux-être. Pour moi, cela doit être un agent de changement. Un agent qui fait que la personne va changer. [...] Donc une bonne infirmière va faire que l'autre change* » (Entretien 1, Psychiatrie).

On comprend qu'un tel travail d'inculcation suppose un très fort investissement dans la dimension « relationnelle » du soin, qui prend ici une signification spécifique. Alors que, nous l'avons vu, la « relation » que décrivent les infirmières du pôle médical vise avant tout à informer et rassurer le patient afin de faciliter une intervention sur son corps, c'est à un renversement des priorités que l'on assiste ici : l'accès au corps n'est plus une fin en soi, mais devient un support de la relation :

Je fais volontiers des massages du dos, pieds, épaules. [...] Parce que ça permet de rentrer dans une relation différente, dans la relation au corps, [...] c'est un autre chemin pour rentrer avec les gens. Des fois, on va prendre une pression chez quelqu'un, [...] et en prenant la pression et en discutant avec la personne, on la connaît sous un angle. Et puis un jour on est amenée à faire la douche de cette personne et on la connaît sous un autre angle. Ça permet de compléter un peu la relation qu'on a. (Entretien 4, Soins à domicile)

On peut ainsi parler d'un relationnel « expressif », qui se distingue du relationnel « instrumental » exposé dans le chapitre précédent.

Trois figures de la lutte pour l'autonomie

La lutte pour la reconnaissance d'un « capital infirmier » est portée par trois figures idéaltypiques

qui participent, bien qu'à différents niveaux et de manière non organisée, à un même projet d'autonomisation de l'espace infirmier à l'égard du champ médical.

La première de ces figures est celle que nous avons qualifiée d'« avant-gardiste ». Ces infirmières contribuent à importer au sein de leur profession des savoirs et savoir-faire exogènes au champ médical, qu'il s'agisse de médecines dites parallèles ou de savoirs issus des sciences humaines et sociales. Mme Marti (entretien 1, Psychiatrie) a ainsi suivi des cours d'analyse transactionnelle durant quatre ans. Quant à Mme Vexier, elle s'est formée à l'homéopathie et au drainage lymphatique et est une fervente lectrice de la revue *Alternative santé*, « *un journal alternatif français qui propose d'autres approches* » (Entretien 7, Oncologie). Pour ces « avant-gardistes », l'accumulation de cette forme de capital que l'on pourrait qualifier d'exogène manifeste clairement des dispositions subversives relatives au contenu de leur pratique. Cette forme de « capital infirmier » est dès lors susceptible de se retourner contre celles qui la mobiliseraient de manière trop explicite. Raison pour laquelle ces infirmières optent souvent pour une mise en œuvre clandestine de leurs savoirs et savoir-faire :

Infirmière : Ça m'arrive de suggérer à un patient ou à une maman : "Vous devriez amener un peu d'homéopathie. Allez à la pharmacie !" [...]

Chercheur : Légèrement, vous avez le droit de faire ça ?

Infirmière : Absolument pas. (Entretien 7, Oncologie)

Les infirmières qui tentent d'importer des pratiques exogènes afin de constituer un « capital infirmier » doivent ainsi payer de leur personne, que ce soit sur le plan économique (elles financent souvent elles-mêmes leurs formations) ou sur celui de la mise en œuvre de leurs savoirs et savoir-faire qui suppose tout un travail d'invisibilisation.

Mais le « capital infirmier » ne se réduit pas à des savoirs et savoir-faire frappés du sceau de la clandestinité. Il existe un « rôle propre » reconnu dont les infirmières peuvent ouvertement se prévaloir. Et l'on peut poser que cette reconnaissance, au moins partielle, résulte d'un travail de conversion du « capital infirmier » *exogène* en un « capital infirmier » que l'on pourrait qualifier d'*endogène*. Ce travail de conversion est le fait de la deuxième figure idéaltypique que nous identifions, les

infirmières « scientifiques », qui se distinguent avant tout des « avant-gardistes » par leur appartenance générationnelle : plus jeunes que ces dernières, elles rencontrent un état nouveau de l'espace infirmier qui leur donne l'opportunité de poursuivre des études universitaires en soins. Elles contribuent ainsi à doter certains savoirs et savoir-faire issus de diverses disciplines d'une légitimité en les inscrivant dans le programme des « sciences infirmières », participant ainsi à ce que nous avons qualifié par ailleurs de « front de la réhabilitation » des savoirs infirmiers¹.

Parmi les infirmières interviewées, Mme Fabre est celle qui se rapproche le plus du profil idéaltypique de la « scientifique ». Titulaire d'un Master en sciences infirmières, elle est engagée dans une équipe de recherche et exerce parallèlement dans un service de médecine. C'est parce qu'il lui était encore difficile de définir son « rôle en tant qu'infirmière » à l'issue de sa formation de base qu'elle a décidé de poursuivre ses études. Tout en estimant disposer à présent de « bases théoriques » suffisantes pour « se positionner », elle regrette toutefois le « manque d'assurance » des infirmières qui n'ont suivi que la formation de base :

Il manque de l'assurance aux infirmières pour définir leur rôle [...]. Tout ce qui est de l'évaluation de la situation, de déterminer les objectifs avec la personne, de l'accompagner par rapport à ça, et puis 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. 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.

A la différence du « capital infirmier » *exogène* dont la mise en œuvre implique la clandestinité ou l'exil vers les régions les moins médicalisées de l'espace, le « capital infirmier » *endogène* jouit d'une légitimité qui lui permet de se développer dans les secteurs les plus médicalisés. En témoigne le fait que Mme Fabre n'envisage son avenir nulle part ailleurs qu'en milieu hospitalier. Ce capital endogène est d'autant mieux adapté à ces services qu'il se présente comme le moyen de faire face à l'accélération des

séjours hospitaliers. En effet, et en dépit du fait que cette accélération soit perçue par nombre d'infirmières comme un obstacle au rôle d'écoute et d'accompagnement des patients², Mme Fabre estime qu'une infirmière « bien formée » et disposant de « compétences développées » peut parfaitement s'adapter à un tel contexte. Ainsi, et à la différence des infirmières « avant-gardistes » qui présentent de fortes dispositions subversives, les « scientifiques » apparaissent davantage comme des agents d'accompagnement des réformes managériales en cours dans le système de santé.

Enfin, la troisième figure idéaltypique que nous distinguons est celle de l'infirmière « orthodoxe ». Ces infirmières se distinguent des « avant-gardistes » par le fait qu'elles ne participent pas au processus d'importation de savoirs et savoir-faire exogènes. Elles se distinguent également des « scientifiques » en raison de leur formation non académique qui les exclut du processus de conversion du capital exogène en capital endogène. Fortement impliquées dans la diffusion des modèles infirmiers, elles contribuent à l'instauration d'une certaine orthodoxie professionnelle et n'hésitent pas à dénoncer l'attitude de certaines infirmières qu'elles soupçonnent de vouloir jouer au « petit médecin ».

C'est le cas de M. Bonvin, qui exerce dans un service de soins palliatifs. Tout dans son discours contribue à dénoncer l'écart entre ce que devrait être la profession selon les modèles infirmiers (il se réfère à celui de Virginia Henderson) d'une part, et les comportements qu'il observe chez certaines infirmières d'autre part. Scandalisé par la soumission de ses collègues à la logique médicale, il a suivi une formation d'infirmier clinicien qui le mène à encadrer des équipes afin d'« aider les soignants à se repositionner par rapport aux res-sources qu'ils ont et avec des connaissances ». Une activité qui ne fait que renforcer son impression d'une profession en perte de repères :

Je leur ai proposé, 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 valeurs essentiellement, et après quel est le

¹ Longchamp Philippe, « La Confusion. Critique épistémologique des sciences infirmières », *Carnets de bord en sciences humaines*, vol. X, 2005, pp. 104-116.

² Acker Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, vol. I, no 1, 2005, pp. 161-181.

projet de soins. Et j'ai été juste halluciné de réaliser que ces infirmières ne savent plus ce que c'est !

A l'occasion des encadrements qu'il dispense, il s'efforce avant tout de « remettre le patient au centre » par la mobilisation de modèles infirmiers. Mais à la différence de Mme Fabre qui se projette clairement comme productrice de savoirs et savoir-faire, M. Bonvin présente des dispositions très scolaires qui le mènent à espérer beaucoup des « nouveaux paradigmes » qui lui seront présentés à l'occasion de futures formations qu'il appelle de ses vœux : « Il faut [...] qu'on ait des moments de formation, qu'on nous présente des nouveaux paradigmes, et puis qu'on réfléchisse après à qu'est-ce que ça veut dire de changer de paradigme ».

En tant qu'infirmier « orthodoxe », M. Bonvin occupe donc le statut de « lector » qui se trouve « cantonné dans le commentaire réitéré et réitérable des autorités, [et] professe [...] un message qu'il n'a pas lui-même produit »¹. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les savoirs originaux produits par la figure de l'« auctor » représentée par les infirmières « scientifiques ».

Un espace infirmier

La synthèse de nos résultats nous mène à esquisser, sous forme d'hypothèse, les contours d'un espace infirmier à deux dimensions. La première est constituée de l'axe de structure patrimoniale qui oppose les pôles médical et infirmier que nous venons d'exposer.

A ce premier axe peut s'en ajouter un second qui, pour une structure patrimoniale donnée, distingue les infirmières suivant leur volume de capital, volume déterminé à la fois par leur ancienneté, leurs formations spécialisées et leur taux d'activité – ce dernier élément apparaissant comme une variable très clivante au sein d'un espace professionnel à majorité féminine.

Le croisement des axes de structure et de volume de capital permet de dégager un espace des profils infirmiers (schéma 1). De manière schématique, on distinguera ainsi les quatre profils idéaltypiques suivants : volume élevé à dominante médicale,

volume faible à dominante médicale, volume élevé à dominante infirmière et volume faible à dominante infirmière. Si aucune des infirmières ne correspond *stricto sensu* à l'un de ces quatre profils, il reste que chacune d'entre elles peut être située en un lieu de cet espace.

À cet espace des profils infirmiers correspond un second espace, celui des positions professionnelles (en lettres capitales sur le schéma). De fait, trois des quatre profils identifiés tendent à se concentrer dans des secteurs d'activité déterminés. On trouve ainsi, situés dans le cadran supérieur droit, les services les plus médicalisés, dans lesquels sont pris en charge des patients dits « aigus » auxquels on délivre des soins dits « curatifs ». Situés vers le centre-gauche, des secteurs dans lesquels on trouve des patients dits « chroniques » auxquels on délivre des soins dits d'« accompagnement ». Situés dans le cadran inférieur gauche, des institutions sociales, des milieux éducatifs, ou encore le milieu scolaire, où l'on oscille entre les soins d'accompagnement et les activités de « prévention » destinées à des patients bien portants. Situés dans le cadran supérieur gauche enfin, les institutions de recherche et d'enseignement, avec notamment les écoles de soins infirmiers et l'Institut universitaire.

Il faut, enfin, considérer un troisième espace qui tend à se superposer aux deux espaces déjà considérés : l'espace des prises de positions (en lettres minuscules sur le schéma), qui organise l'ensemble des représentations et pratiques observables au sein de la profession infirmière.

Conclusion : De l'espace infirmier au champ ?

Si l'on suit notre hypothèse, la profession infirmière se présente donc comme un espace structuré de positions auxquelles sont associées, au moins tendanciellement, des prises de positions. Ces prises de positions dessinent un espace de luttes qui ont pour enjeu la définition du capital légitime, entre un capital médical (dominant) d'une part, un « capital infirmier » (dominé) d'autre part.

Bien que ces caractéristiques tendent à rapprocher le fonctionnement de la profession infirmière de celui d'un champ, l'écart entre nos données empiriques et le concept idéaltypique demeure cependant important. De fait, aucun des deux types de capital identifiés n'est spécifique à l'espace infirmier : le capital médical est issu du champ qui

¹ Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude, *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Editions de Minuit, 1970, p. 73.

domine et englobe l'espace infirmier ; quant au « capital infirmier », son endogénéité n'est que partielle, si bien qu'il faudrait en toute rigueur parler d'un capital en voie de constitution. Il résulte de cette trop faible autonomie que la profession infirmière n'est pas à considérer comme un champ, mais bien plutôt comme un espace social qui répond à certaines propriétés du champ.

Emettre l'hypothèse que la profession infirmière est un espace social et non un champ implique d'explicitier davantage que ne l'a fait Pierre Bourdieu lui-même les critères sociologiques permettant de distinguer ces deux concepts. A cet égard, on peut poser comme proposition générale que le statut conceptuel d'un microcosme donné tient à la relation qu'il entretient avec l'espace social global. Pour argumenter cette proposition, il faut alors suivre l'une de nos hypothèses de travail. Suivant cette hypothèse, les infirmières issues de classes populaires seraient surreprésentées au pôle médical. Premièrement parce que le rapport à la santé qui y domine présente certaines affinités avec celui que l'on retrouve parmi les classes populaires¹, et deuxièmement par nécessité faite vertu : sous l'effet de l'endogamie de classes, le salaire modeste de leurs conjoints les contraint à maintenir un taux d'activité élevé en dépit des charges familiales ; taux d'activité élevé qui représente une condition pour l'exercice de la profession au pôle médical. A l'inverse, et toujours selon la même hypothèse, les infirmières issues des classes moyennes et

supérieures seraient surreprésentées au pôle infirmier, parce que le rapport à la santé qui y domine présente davantage d'affinités avec leurs dispositions et que leurs alliances matrimoniales, plus favorables sur un plan économique, leur permettent plus facilement de réduire leur taux d'activité suite à l'arrivée de leur premier enfant.

Si une telle hypothèse devait être validée, la lutte en cours au sein de l'espace infirmier recouvrerait donc, pour partie au moins, une lutte de classes qui semble pour l'instant plutôt favorable aux infirmières issues des classes populaires. Et l'on pourrait alors poser que la possibilité d'une telle inversion de l'ordre social constitue l'un des critères de distinction entre un espace social et un champ. Concept intermédiaire entre le « marché franc »² et le « champ », l'« espace social » pourrait ainsi se définir comme un microcosme dominé, socialement hétérogène (au moins sous l'angle des origines sociales³) et dans lequel les dominés de l'espace social global peuvent occuper les positions dominantes. La multiplication des infirmières « scientifiques » consécutive à l'académisation de la formation pourrait alors annoncer une revanche des infirmières issues des classes moyennes et supérieures qui, en transformant cet espace social en un champ par un processus de légitimation du « capital infirmier », réinstaureraient du même coup un ordre professionnel conforme à l'ordre social.

¹ Pour la relation entre position sociale et rapport à la santé, voir Longchamp Philippe, « Des infirmières scolaires dans l'espace social », *Carnets de bord en sciences humaines*, vol. XVI, 2009, pp. 45-66.

² Bourdieu Pierre, « Vous avez dit populaire ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. XLVI, 1983, pp. 98-105.

³ Sénotier souligne que l'hétérogénéité des origines sociales des infirmières constitue en France l'un des clivages les plus importants de la profession ». Voir Sénotier Danièle, « Les infirmières, image d'une profession. Cent ans d'évolution de la profession », in Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doaré Hélène, Sénotier Danièle (dir.), *Les infirmières et leur coordination*, Paris, Editions Lamarre, 1992, p. 24.

Schéma 1 : L'espace infirmier des profils, des positions professionnelles et des prises de position

