

## **Faculté de santé publique**

**En quoi les représentations sociales de la profession infirmière, portées par les infirmiers eux-mêmes, influencent-elles leur capacité de leadership et de pouvoir d'agir dans les hôpitaux ?**

Auteure : Emmanuelle Desmet  
Promoteur : Professeur Frédéric Thys  
Lectrice : Madame Joelle Durbecq  
Année académique 2025-2026  
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée



## **Faculté de santé publique**

En quoi les représentations sociales de la profession infirmière, portées par les infirmiers eux-mêmes, influencent-elles leur capacité de leadership et de pouvoir d’agir dans les hôpitaux ?

Auteure : Emmanuelle Desmet

Promoteur : Professeur Frédéric Thys

Lectrice : Madame Joelle Durbecq

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

## Remerciements

*Je tiens à remercier mon promoteur, le Professeur Frédéric Thys, pour la confiance et les conseils apportés tout au long de ce travail de recherche.*

*Je remercie également les participants qui ont accepté de prendre part à cette recherche et de partager leurs perceptions, leurs expériences et leurs réflexions autour de la profession infirmière.*

*Enfin, je porte une attention particulière à mon époux et à mes enfants qui, malgré une période de turbulences et d'incertitude, m'ont permis de garder le cap et la motivation.*

# Le plagiat

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

*Ce mémoire a été réalisé avec l'aide de l'intelligence artificielle (ChatGPT- Open AI- version GPT-5.5) comme aide à la réflexion, à la reformulation linguistique et à la structuration de certains contenus rédactionnels afin d'en rendre la lecture plus fluide. L'ensemble des recherches, du processus analytique, de l'interprétation des résultats et des choix méthodologiques relèvent exclusivement de ma responsabilité.*

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION GENERALE.....                                                                                                                   | 1  |
| CADRE THEORIQUE .....                                                                                                                        | 3  |
| 1. Histoire de la profession infirmière.....                                                                                                 | 3  |
| 2. Des stéréotypes, à la représentation sociale et l'identité professionnelle... l'image publique de la profession infirmière actuelle ..... | 5  |
| 2.1. Les stéréotypes.....                                                                                                                    | 6  |
| 2.2. Les représentations sociales .....                                                                                                      | 7  |
| 2.3. L'identité professionnelle .....                                                                                                        | 11 |
| 2.4. L'image publique .....                                                                                                                  | 13 |
| 2.5. Conclusion.....                                                                                                                         | 15 |
| 3. La reconnaissance au travail .....                                                                                                        | 16 |
| 3.1. La reconnaissance interpersonnelle ou affective .....                                                                                   | 17 |
| 3.2. La reconnaissance institutionnelle ou juridique.....                                                                                    | 17 |
| 3.3. La reconnaissance sociale ou symbolique .....                                                                                           | 17 |
| 3.4. Conclusion.....                                                                                                                         | 18 |
| 4. Le leadership infirmier .....                                                                                                             | 18 |
| 4.1. Leadership et représentation sociale .....                                                                                              | 20 |
| 4.2. Leadership et identité professionnelle.....                                                                                             | 20 |
| 4.3. Conclusion .....                                                                                                                        | 21 |
| 5. Le pouvoir d'agir ou l'empowerment .....                                                                                                  | 21 |
| 5.1. Définitions.....                                                                                                                        | 21 |
| 5.2. Du système de perceptions au système d'actions .....                                                                                    | 22 |
| 5.3. Conclusion .....                                                                                                                        | 23 |
| 6. Conclusion du cadre théorique .....                                                                                                       | 24 |
| CADRE OPERATIONNEL .....                                                                                                                     | 26 |
| 7. Méthodes .....                                                                                                                            | 26 |
| 7.1. Matériels de recueil des données .....                                                                                                  | 26 |
| 7.2. Procédure de recueil des données .....                                                                                                  | 27 |
| 7.3. Population et stratégie d'échantillonnage .....                                                                                         | 27 |
| 7.4. Caractéristiques de l'échantillon final.....                                                                                            | 29 |
| 7.5. Analyse des données issues des entretiens .....                                                                                         | 29 |
| 8. Résultats .....                                                                                                                           | 30 |

|                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 8.1. Arbre thématique .....                                                                                                        | 30 |
| 8.2. Éléments issus de l'évocation hiérarchisée .....                                                                              | 31 |
| 8.3. Analyse des résultats .....                                                                                                   | 33 |
| 8.4. Synthèse des résultats .....                                                                                                  | 46 |
| 9. Discussion .....                                                                                                                | 47 |
| 9.1. Une dynamique systémique entre représentations, identité et pouvoir d'agir .....                                              | 47 |
| 9.2. Représentations sociales et identité professionnelle...Entre stabilité du noyau central et dynamiques de transformation ..... | 49 |
| 9.3. Reconnaissance et légitimité : des conditions nécessaires mais ambivalentes de l'action et du pouvoir d'agir.....             | 50 |
| 9.4. Le pouvoir d'agir infirmier : une capacité structurellement contrainte par les rapports organisationnels .....                | 52 |
| 9.5. Le leadership infirmier : un potentiel contraint, peu reconnu et partiellement conscientisé .....                             | 54 |
| 9.6. Une profession en tension .....                                                                                               | 55 |
| 9.7. Apports de la recherche .....                                                                                                 | 57 |
| 9.8. Limites de l'étude .....                                                                                                      | 58 |
| 9.9. Pistes de recherche .....                                                                                                     | 58 |
| CONCLUSION GENERALE .....                                                                                                          | 60 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                                                | 61 |
| ANNEXES .....                                                                                                                      | 66 |



## INTRODUCTION GENERALE

La pénurie infirmière et le manque d'attractivité de cette profession sont des sujets d'actualité depuis plus de dix ans, et plus encore depuis la pandémie de 2020. Si les conditions et l'environnement de travail, l'équilibre vie privée et vie professionnelle, le faible rapport rémunération-responsabilités et le manque de reconnaissance sont le plus souvent cités parmi les causes profondes de ce rejet pour la profession, la représentation du métier infirmier au sein même des professionnels de la santé est peu évoquée et investiguée. Or, pour des raisons historiques et sociologiques, cette profession reste encore aujourd'hui empreinte de stéréotypes, intégrés par les soignants eux-mêmes et ce, dès la formation, ce qui en définit en partie l'identité professionnelle. De plus, les discours sur la reconnaissance tant attendue des soignants, largement relayés dans la littérature et les médias, contribuent à véhiculer et entretenir ce phénomène. L'évolution du métier est pourtant bien marquée. Les soins se sont complexifiés et les techniques ont évolué, menant à une évolution du cursus infirmier, tant sur le contenu que sur la durée. Celui-ci peut déboucher sur différents parcours universitaires. Cependant, cette expertise infirmière doit encore se développer et surtout se faire reconnaître au sein même des hôpitaux et des autres professions. Les soignants souhaitent en effet être des acteurs clés dans les structures hospitalières, désireux de prendre part activement à la gouvernance hospitalière, de même que d'exercer leur rôle propre et non être considérés comme de simples exécutants médicaux.

Le concept de « Magnet Hospital », inspiré des États-Unis, propose un modèle de gouvernance partagée entre les soignants, les médecins et les administratifs. L'implication des infirmiers dans les sphères de décisions, de même que la reconnaissance de leur pratique indépendante et collaborative, sont, dans ce cas, intégrés dans les valeurs et la culture d'entreprise. Ceci se traduit dans un leadership fort, s'articulant aux niveaux organisationnel et clinique. Ce modèle a fait ses preuves en termes d'attractivité, de rétention et de satisfaction au travail mais il est peu ancré en Europe, notamment pour des raisons culturelles. En effet, si les besoins des infirmiers semblent clairs, leur capacité à affirmer leur professionnalité et leur leadership reste un obstacle. Or, la reconnaissance attendue est directement liée à ce pouvoir d'action dans leur sphère professionnelle. La reconnaissance se conquiert donc plus qu'elle ne vient des autres.

Même si un certain nombre de mesures stratégiques ont été mises en place par les gouvernances hospitalières et fédérales afin de tenter de valoriser la profession et ainsi lui rendre une image

positive et attractive, elles ne semblent pas inverser la tendance ni contenter les infirmiers. Ceux-ci continuent à désertir le métier, en particulier dans les hôpitaux, et à revendiquer de meilleures conditions de travail ou salariales. Le risque est que cette posture, parfois perçue comme attentiste et victimiste, soit associée à l'identité infirmière. Les représentations que les soignants auraient de leur métier contribueraient alors à dévaloriser la profession et à limiter sa capacité à s'imposer comme des professionnels capables d'exercer leur leadership et leur pouvoir d'action.

A titre personnel, et après plus de 25 années à exercer en tant qu'infirmière spécialisée, infirmière cheffe d'unité et enfin, en tant que cheffe de services, je constate que cette profession a considérablement évolué alors que les revendications et les discours des professionnels restent identiques. Mes différentes fonctions et angles de vue m'amènent à questionner la difficulté de cette profession à se rendre visible et être reconnue. Une question, en particulier, m'interpelle : comment les infirmiers peuvent-ils être reconnus et valorisés dans la société civile et politique, s'ils ne changent pas le regard qu'ils portent sur leur profession ? La reconnaissance sociale de cette profession n'est-elle pas intrinsèquement liée à la valorisation que les soignants s'accordent à eux-mêmes ?

Nous nous interrogerons donc sur la part que prennent les infirmiers eux-mêmes dans la construction de la perception de leur profession, et sur la manière dont leurs représentations pourraient en freiner la valorisation. Leurs représentations de leur métier contribueraient-elles à freiner sa valorisation et leur capacité à s'affirmer ou à se faire entendre ? La valorisation du métier ne dépend-elle que du monde politique ou des directions d'hôpitaux ?

L'objectif de ce travail de recherche sera d'explorer les rôles possibles des infirmiers dans la conquête de la reconnaissance tant espérée et dans la (re-)construction d'une image positive de leur profession. Sur base de ces hypothèses, nous formulons la question de recherche suivante :

*En quoi les représentations sociales de la profession infirmière, portées par les infirmiers eux-mêmes, influencent-elles leur capacité de leadership et de pouvoir d'agir dans les hôpitaux ?*

La revue de littérature nous permettra de poser un cadre théorique et de développer les concepts de représentation professionnelle, de pouvoir d'agir et de reconnaissance, ainsi que de leadership. Nous procéderons ensuite à une enquête de terrain afin d'identifier les représentations dominantes qu'ont les infirmiers de leur métier et en quoi elles influencent leur posture professionnelle. Nous proposerons enfin une discussion autour de notre recherche, ses limites ainsi que les perspectives qui en découlent.

## CADRE THEORIQUE

Au cours de cette première étape, nous aborderons différents concepts en lien avec notre question de recherche à partir d'une revue de littérature scientifique. Avant toute chose, il est essentiel de retracer brièvement l'histoire de la profession infirmière<sup>1</sup> afin d'en comprendre les impacts sur les soins de santé actuels.

### 1. Histoire de la profession infirmière

La profession infirmière, par son histoire et son effectif, est un pilier dans le secteur des soins de santé. Son origine est profondément ancrée dans l'histoire de l'humanité puisque les premières traces de ce que l'on peut considérer comme des soins, remontent aux civilisations égyptiennes, grecques ou indiennes. À l'époque, les guérisseurs usaient déjà de techniques visant à prodiguer des soins tout en y associant une dimension spirituelle<sup>2</sup>. L'évolution jusqu'au Moyen-Âge fera des soins une tâche charitable, essentiellement religieuse, et empreinte de compassion et d'altruisme. Le développement et la structuration des connaissances en matière de santé publique amèneront à une professionnalisation des soins infirmiers, dont Florence Nightingale sera la figure de proue au XIXe siècle en Angleterre. Ainsi, son combat pour l'amélioration des soins, la rigueur scientifique et la formalisation des pratiques transformera progressivement ce métier, à l'origine invisible, non reconnu et contraint à la soumission absolue au médecin. Cette lente évolution fut cependant marquée par les tensions religieuses et enjeux de classe sociale et de genre. En effet, si en France, les intellectuels tels que le Docteur Bournenville<sup>3</sup>, ou Léonie Chaptal<sup>4</sup>, s'accordaient sur la nécessité de former et développer des écoles d'infirmiers, le progrès social et les conceptions de la profession issues du modèle anglais, les séduisaient nettement moins. Cette dernière considérait ainsi que l'infirmier devait : « par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en elle-même, constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin. C'est celui-ci qui doit de cet instrument docile faire l'usage voulu. Et ainsi il ne peut se produire de ces conflits qui ne doivent jamais exister : l'art de l'infirmier n'est que d'exécuter ce que

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de ce travail, le terme « infirmier » sera utilisé pour désigner la fonction. Il sera employé au masculin conformément aux règles grammaticales de la langue française. Le terme « profession infirmière » renverra à l'entité professionnelle et à ses fondements théoriques. Par souci de fluidité et afin d'alléger la lecture, l'emploi de l'un pourra englober l'autre.

<sup>2</sup> Floriani, A. (2025, mai 5). *Origines du métier infirmier : Histoire et étymologie multilingue* - *Journal des Infirmiers*. <https://journaldesinfirmiers.fr/origines-du-metier-infirmier-histoire-et-etymologie-multilingue/>

<sup>3</sup> Médecin de la seconde moitié du XIXe siècle, à l'origine des premières écoles d'infirmiers laïques en France.

<sup>4</sup> Philanthrope française, promotrice de la profession d'infirmier.

décide la science du médecin ».<sup>5</sup> De plus, il est surprenant de constater que lors de la création des premières écoles d'infirmiers en 1878, 48 pour cent des infirmiers laïques recensés dans les hôpitaux français étaient des hommes. En 1913, la proportion chutera à 35 pour cent pour s'effondrer plus encore après la guerre<sup>6</sup>. Les femmes elles-mêmes ont ainsi appuyé des propos féminisants et bridant la fonction soignante. Anna Hamilton, femme médecin française et investie dans l'évolution du métier infirmier en France, déclara devant une assemblée de collègues : « Nous considérons les infirmiers (hommes) comme naturellement inaptes à ces fonctions de garde-malades. Ils disparaîtront sûrement des services hospitaliers de Paris, comme ils ont disparu partout où on s'est préoccupé d'assurer de bons soins aux malades quels que soient leur sexe. Cette incompétence du sexe masculin pour le rôle de garde malade est aussi reconnue par le Dr Bourneville qui conseille de les éliminer graduellement de ces fonctions »<sup>7</sup>.

C'est dans ce contexte d'affrontement idéologique et politique du début du XXe siècle que le modèle professionnel se développa en France. Il fallut attendre le début des années 1960 pour qu'un modèle de formation et de certification s'ancre dans le paysage des soins de santé français, s'apparentant ainsi aux modèles anglais et plus récemment américain. Comme pour leurs collègues anglophones, les infirmiers eurent le droit de parole à l'OMS<sup>8</sup>, et peu après, profitant de la croissance économique et des mouvements sociaux, purent prétendre à des cursus universitaires comme ce fut le cas en France dès 1965, avec l'ouverture de l'école EIEIS<sup>9</sup>, destinée à former des cadres supérieurs de la profession. Dès lors, ils participèrent activement au contenu du programme d'enseignement, jusqu'ici déterminé essentiellement par le corps médical, l'Église et les services administratifs, développant et promouvant ainsi la discipline en soins infirmiers et ses rôles autonomes. L'accès à un enseignement académique stimula à l'esprit critique, l'ouverture au monde et à l'écriture rendant la profession visible au grand public. À ce jour, la profession infirmière est l'une des plus réglementées en Belgique, notamment par la loi définissant l'exercice de l'art infirmier<sup>10</sup>, par la loi coordonnée sur les

---

<sup>5</sup> Poisson, M. (2019). L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (1965-1995). Un lieu de production, de diffusion et de développement des savoirs des soins infirmiers en France dans la seconde moitié du XXe siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 49-63. <https://doi.org/10.3917/rsi.139.0049>

<sup>6</sup> *Être infirmier au XIXe siècle (chap. 6)*. (s. d.). Infirmiers.com. Consulté 9 novembre 2025, à l'adresse <http://www.infirmiers.com/profession-ide/histoire-et-sante/etre-infirmier-au-xixe-siecle-chap-6>

<sup>7</sup> Ibid., chap.6.

<sup>8</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>9</sup> EIEIS : École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur. Ibid., p.51.

<sup>10</sup> Loi coordonnée relative à l'exercice des professions de soins de santé. 10 mai 2015. Chap.4. Définition de l'exercice de l'art infirmier [Banque de données Justel](#)

hôpitaux<sup>11</sup> qui détermine les normes de structuration de l'activité infirmière, ou encore à travers le profil professionnel et la définition des 8 compétences de l'infirmier responsable en soins généraux<sup>12</sup>. Le CFAI<sup>13</sup> s'est également positionné pour renforcer ou créer de nouvelles fonctions dans les soins infirmiers tels que l'assistant en soins infirmiers, l'infirmier en pratique avancée, ou encore l'infirmier clinicien, offrant ainsi l'accès à différents niveaux de diplômes et un solide bagage de compétences tant intellectuelles que pratiques. Dans le monde, les infirmiers sont devenus des professionnels autonomes aux compétences scientifiques et techniques solides. Or, l'image publique de l'infirmier reste fortement réduite à un assistant médical, qui aurait été touché par la vocation, entièrement dévoué et subordonné<sup>14</sup>.

Jusqu'ici, nous avons synthétisé les contextes historique et social à travers lesquels a évolué cette profession au fil des siècles, tout en la façonnant et la marquant de stéréotypes, alimentant ainsi des représentations sociales solidement ancrées dans les esprits. Attardons-nous maintenant sur ce concept de représentations sociales et analysons ses impacts sur l'image sociale qu'elles véhiculent encore aujourd'hui, sur l'identité professionnelle ainsi que sur le leadership infirmier.

## 2. Des stéréotypes, à la représentation sociale et l'identité professionnelle... l'image publique de la profession infirmière actuelle

Nous aborderons dans ce paragraphe l'impact des facteurs qui influencent l'image publique, l'image de soi ainsi que l'identité professionnelle des infirmiers.

Nous avons vu que l'histoire a marqué la profession tant sur la question du genre, des valeurs religieuses que de la domination médicale. Avec une proportion de femmes de l'ordre de 80 pour cent en Belgique<sup>15</sup>, le constat est que « *les hommes restent minoritaires dans le secteur des soins infirmiers, ce qui limite le développement de ses professionnels et a, par conséquent, un impact négatif sur leur image* »<sup>16</sup>. L'usage du vocable « infirmière » est par ailleurs largement dominant dans le langage courant depuis la fin de la première guerre mondiale. Il est également largement utilisé dans la littérature et s'apparente ainsi à un stéréotype de langage qui renforce le lien entre la profession et le genre féminin. Or, ce stéréotype fait partie intégrante

---

<sup>11</sup> Loi coordonnée sur les hôpitaux, coordonnée le 07 août 1987 [1 - WALLEX](#)

<sup>12</sup> Directives européennes 2005/36 et 2013/55 appliquées dans la législation belge et reconnue par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) en 2015-2016. Page consultée le 12/22/2026 [Législation de l'UE - EUR-Lex](#)

<sup>13</sup> Conseil Fédéral de l'Art Infirmier

<sup>14</sup> López-Verdugo, et al.(2021). Social Image of Nursing. An Integrative Review about a Yet Unknown Profession. *Nursing Reports*, 11(2), 460-474. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020043>

<sup>15</sup> Données 2020. Page consultée le 13/11/2026. [Statbel](#)

<sup>16</sup> Ibid. Lopez-Verdugo et al, p. 261.

du langage des infirmiers eux-mêmes, qui contribuent ainsi à les entretenir. Les stéréotypes sont encore très présents aujourd'hui renvoyant une image des activités de soins non valorisée, ni reconnue à la hauteur des compétences des infirmiers, image que les médias participent à véhiculer également. Ainsi, la perception des soins reçus par les patients diffère de celle perçue par les infirmiers, qui estiment leur prodiguer plus de soins que ce que les patients ne perçoivent<sup>17</sup>.

Voyons comment et pourquoi les représentations du monde public et des infirmiers eux-mêmes sont imprégnées d'images stéréotypées et non cohérentes avec la description réelle, et actuelle, de cette profession.

### 2.1. Les stéréotypes

Un stéréotype peut se définir comme « une représentation cognitive ou une impression d'un groupe social que les gens se forgent en associant des caractéristiques et des émotions particulières à ce groupe » (Smith and Mackie 2007)<sup>18</sup>. Autrement dit, un stéréotype est une forme de catégorisation reposant sur une image préconçue et parfois caricaturale, généralisée à un groupe, et basée sur les attributs supposés tels que le genre, l'âge, la profession ou encore la couleur de peau. Ce sont donc des images simplifiées que l'on se représente par rapport à une personne, un groupe ou une culture en généralisant des traits de caractères réels ou supposés. Les stéréotypes simplifient la compréhension du monde social mais leur aspect réducteur peut entretenir les préjugés et discriminations. Ceci est d'autant plus problématique qu'ils sont progressivement intériorisés et ont donc tendance à perdurer dans le temps malgré l'évolution de la situation et du contexte<sup>19</sup>. Ainsi, les stéréotypes liés à la profession infirmière sont intériorisés précocement dès le début de la formation, et renforcés ensuite par la socialisation professionnelle. Les aspects vocationnels, de dévouement, de douceur, ou encore, de subordination et d'assistance au médecin sont d'autres illustrations qui collent à l'image de l'infirmier. Leur ancrage est tel qu'ils agissent directement sur l'estime professionnelle, le sentiment de compétence et sur la perception de la valeur sociale de la profession<sup>20</sup>. En outre,

---

<sup>17</sup> Ibid. p.460.

<sup>18</sup> Cités dans : Hoeve, Y. ten, Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), p. 291. <https://doi.org/10.1111/jan.12177>

<sup>19</sup> Beukeboom, C. J. (2025). Linguistic stereotyping in natural language : How and when we generalize in communication about people. *Atlantic Journal of Communication*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/15456870.2025.2525799>

<sup>20</sup> Teresa-Morales, C., et al. (2022). Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals : An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7640. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137640>

leur intériorisation a comme effet de produire un plafond symbolique qui limite la manière dont l'infirmier se perçoit, se légitime et s'autorise à agir. Les stéréotypes ont d'autant plus d'impact qu'ils façonnent également les perceptions et attentes des autres acteurs des mondes hospitalier, politique mais également sociétal. Ils orientent ainsi les attentes sociales, les relations interprofessionnelles ainsi que la structure et les rapports de pouvoir au sein des structures hospitalières et politiques<sup>21</sup>. Nous reviendrons par la suite sur cet aspect en lien avec le leadership.

Les stéréotypes liés à la profession infirmière constituent à la fois un héritage identitaire et un frein symbolique, d'origine intrinsèque et extrinsèque, à son développement. Ils apparaissent ainsi comme le paradoxe fondateur de la profession : à l'origine de son identité, et obstacle à son émancipation, ou autrement dit, ce qui a construit l'identité infirmière (valeurs fondatrices du soin, humanité, engagement, soin...) devient ce qui la limite (leadership, reconnaissance...). Dans ce cas, les stéréotypes ne seraient-ils pas un levier de transformation et un enjeu dans la (re)construction d'une image professionnelle valorisée et d'un leadership infirmier reconnu ?

Nous l'avons vu, les stéréotypes sont des formes visibles et simplifiées, socialement partagées de catégorisation. Cependant, ils s'inscrivent dans des systèmes de significations plus larges, que la théorie des représentations sociales permet de conceptualiser et dont ils sont un des éléments constitutifs. Penchons-nous sur l'impact de ces stéréotypes et sur les représentations sociales qui entourent la profession infirmière.

## 2.2. Les représentations sociales

Les représentations sociales intègrent les stéréotypes comme des composantes qui en donnent les tendances dominantes mais dans un ensemble beaucoup plus large et complexe. Selon Moscovici, une représentation sociale est un système de valeurs, de croyances et attitudes, partagé collectivement, qui structure la compréhension et la communication au sein d'un groupe social<sup>22</sup>. Ces phénomènes cognitifs permettent de comprendre, interpréter et communiquer au sujet d'une réalité sociale. Elles régissent notre rapport au monde, orientent et organisent les conduites et les communications sociales, de même qu'elles interviennent dans la définition des identités et les transformations sociales. Elles participent à la construction de l'appartenance

---

<sup>21</sup> Van der Cingel, M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12343. <https://doi.org/10.1111/nup.12343>

<sup>22</sup> Wagner, W., et al. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 95-125. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028>

sociale avec ses implications affectives et normatives, ses intériorisations d'expériences, de pratiques, de modèles de conduites et de pensée, socialement inculqués ou transmis par la communication sociale.<sup>23</sup> « Elles circulent ainsi dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et les images médiatiques, cristallisées dans les conduites et agencements matériels ou spatiaux »<sup>24</sup>. Cependant, elles sont issues de la pensée, et donc sujette à la part d'autonomie, de créativité et d'interprétation que l'individu fera de l'objet social.

### 2.2.1. Structure : le noyau central et le système périphérique

La compréhension d'une représentation nécessite d'en connaître le contenu et la structure. Le contenu est défini par un ensemble d'éléments tels que les attitudes, les croyances, ou encore les opinions. La structure est constituée d'un noyau central et d'un système périphérique. Le noyau central pourrait être considéré comme le socle ou le cœur de la représentation, autrement dit son identité. Il est stable et résistant au changement. Il organise, donne du sens, et sera fonction de l'objet de la représentation, du groupe social concerné, de ses valeurs et normes dominantes ainsi que du contexte social et historique.

La représentation est également constituée d'un système périphérique structurellement organisé autour du noyau central. Ces éléments périphériques sont plus flexibles et influencés par l'expérience individuelle ou le contexte, mais leur sens est défini par le noyau qui lui, est stable, collectif et garantit le consensus du groupe. Le système périphérique fait office d'interface entre le noyau et la réalité, permettant des modulations d'opinions et de pratiques mais sans en altérer le noyau<sup>25</sup>. Nous pourrions simplifier en considérant que le système périphérique permet l'adaptation au contexte tout en protégeant le noyau central. Il sert de lien entre le noyau et la réalité extérieure, influençant ainsi les comportements et les jugements.

En résumé, le noyau central est stable, collectif non négociable. Il est constitué des valeurs et normes fondamentales du groupe concernant l'objet social concerné. Il en définit l'identité. Les éléments périphériques sont labiles, flexibles et influencés par le contexte. Ils permettent des

---

<sup>23</sup> Tremblay, J.-M. (2005, février 2). Denise Jodelet, *Représentations sociales : Un domaine en expansion*. P.37. [https://classiques.uqam.ca/contemporains/jodelet\\_denise/representations\\_soc\\_domaine\\_en\\_expansion/representations\\_soc\\_domaine\\_en\\_expansion\\_texte.html](https://classiques.uqam.ca/contemporains/jodelet_denise/representations_soc_domaine_en_expansion/representations_soc_domaine_en_expansion_texte.html)

<sup>24</sup> Ibid. P32.

<sup>25</sup> Monaco, G. L., & Lheureux, F. (2007). *Représentations sociales : Théorie du noyau central et méthodes d'étude*. Revue électronique de Psychologie Sociale, n°1, pp. 58-59.

différences individuelles au sein du groupe et peuvent être modifiés sans altérer la représentation fondamentale.

A titre d'illustration, la représentation sociale de l'infirmier peut être décomposée en :

- Un noyau central reposant sur le soin, l'aide à la personne, l'empathie, la relation au patient. Ces termes renvoient à la fonction symbolique du métier dans l'imaginaire social : accompagner, guérir... Le noyau est stable, issu de l'histoire du métier, des valeurs fondatrices et des normes socialement partagées.
- Le système périphérique, plus flexible, contenant des éléments de contextes professionnel et social tels que la charge de travail, les relations avec les médecins, l'image médiatique, le manque de reconnaissance, l'image vocationnelle de la profession, l'image douce ou héroïque de l'infirmier... Le système périphérique permet de protéger le noyau en intégrant le contexte, les évolutions sociales, le vécu individuel, les images médiatiques, les croyances...mais sans remettre en cause le cœur identitaire du métier. C'est également à ce niveau que sont véhiculés les stéréotypes.

Ces éléments modulant la perception sociale permettent à la représentation de rester pertinente et adaptée sans remettre en cause le noyau central. Dans ce cas, malgré un contexte de surcharge ou de tensions professionnelles, l'infirmier continue à réaliser ses missions avec empathie et engagement.

#### 2.2.2. Transformation d'une représentation sociale : désaccord et contradiction

Le système périphérique est « l'interface entre le noyau et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation » (Abric, 1994, p.25.)<sup>26</sup>. Il représente la traduction concrète du noyau et, en tant que prescripteur des comportements et prises de position, détermine en grande partie les pratiques sociales et les jugements<sup>27</sup>. La transformation d'une représentation survient lorsque de nouvelles pratiques entrent en tension ou en *désaccord* avec la représentation. Les modifications se limiteront au système périphérique, qui s'ajustera par un processus de justification logique, ou *rationalisation*. Celle-ci permet de protéger le noyau central. Si des conflits avec les valeurs fondamentales de la représentation apparaissent, ils entrent progressivement en *contradiction* avec la représentation elle-même. Si elles s'accumulent dans le temps, les rationalisations entraînent des incohérences et finalement une

---

<sup>26</sup> Abric cité par : Monaco, G. L., & Lheureux, F. (2007). *Représentations sociales : Théorie du noyau central et méthodes d'étude*. Revue électronique de Psychologie Sociale, n°1, p.59.

<sup>27</sup> Ibid.p.59.

transformation plus profonde de la représentation. Dans ce cas, seul le retour à la situation initiale ou la restructuration du champ de représentation seront possibles<sup>28</sup>. Sa structure, progressivement modifiée, amène alors à la création d'une nouvelle représentation.

A titre d'illustration, dans le cas de la représentation de la profession infirmière, nous pourrions assister à :

- Des désaccords (niveau périphérique) entre l'image de l'infirmier dévoué et dépendant du médecin, alors que les compétences deviennent de plus en plus pointues et techniques. L'image n'est plus adaptée mais ne change pas le fondement du métier.
- Une contradiction (niveau central) engendrant des tensions beaucoup plus fortes et où la définition même du soin est remise en cause par la technique. Le soin est devenu technique, soumis à des protocoles. C'est le sens du mot soin que la réalité vient alors contredire. Dans ce cas, les contradictions ne concernent plus uniquement les éléments périphériques de la représentation, mais touchent progressivement le noyau central de la représentation. Si ces tensions persistent et que les mécanismes de rationalisation ne suffisent plus à maintenir la cohérence de la représentation, une transformation plus profonde peut alors s'opérer. Le noyau central pourrait alors évoluer vers une nouvelle définition du soin infirmier, plutôt centrée sur l'expertise technique et la coordination clinique, modifiant ainsi les fondements mêmes de la représentation sociale de la profession.

### 2.2.3. Vitalité, transversalité et complexité

Denise Dodelet<sup>29</sup> relève trois particularités lorsque l'on étudie les représentations sociales. La vitalité désigne le caractère vivant et sensible au contexte. Elles évoluent, se transforment dans le temps, au gré des événements sociétaux, des transformations culturelles, technologiques, scientifiques, ou encore selon les discours politiques et médiatiques. De plus, les représentations sociales sont partout dans la vie sociale et en structurent de nombreux aspects. Elles sont transversales à l'ensemble des domaines : le travail, la famille, les médias, l'éducation ou encore la politique. Elles touchent donc la sphère tant publique que privée et influencent les comportements individuels et collectifs. Enfin, une représentation est un système complexe, lui-même constitué d'éléments stables et flexibles, à la fois rationnel et symbolique, empreint

---

<sup>28</sup> Tremblay, J.-M. (2005, février 2). Denise Jodelet, *Représentations sociales : Un domaine en expansion*. P.214. [https://classiques.uqam.ca/contemporains/jodelet\\_denise/representations\\_soc\\_domaine\\_en\\_expansion/representations\\_soc\\_domaine\\_en\\_expansion\\_texte.html](https://classiques.uqam.ca/contemporains/jodelet_denise/representations_soc_domaine_en_expansion/representations_soc_domaine_en_expansion_texte.html)

<sup>29</sup> Ibid. P.38.

de valeurs, normes, croyances, expériences, images... Ce système est riche, multidimensionnel et organisé.

Les représentations forment donc un système et donnent lieu à des « théories spontanées, versions de la réalité qu'incarnent des images ou que condensent des mots, les uns et les autres chargés de significations »<sup>30</sup>. Elles sont également désignées comme « savoirs de sens commun », « naïf » ou « naturel » et se distinguent donc d'un savoir scientifique même si leur étude est tout aussi légitime tant elles éclairent sur les interactions sociales ou les modalités de pensée<sup>31</sup>. De plus, les médias, les réseaux de communication formels et informels contribuent à l'élaboration des représentations sociales, jouant ainsi un rôle majeur dans les processus d'influence qui participe à la construction d'une représentation<sup>32</sup>.

#### *2.2.4. Conclusion*

Les représentations sociales apparaissent comme des systèmes complexes, structurés et profondément ancrés, constitués de valeurs, d'images, de croyances, de normes et de savoirs d'expérience. Leur structure explique en grande partie la difficulté à les transformer. Elles sont un cadre de pensée collectif renforcé par la puissance médiatique. Ces représentations ont un effet sur les professionnels eux-mêmes. En effet, elles participent directement à la construction de leur identité professionnelle. En ce sens, faire évoluer la représentation sociale de la profession infirmière, c'est aussi interroger la manière dont les infirmiers se définissent, se reconnaissent dans leur rôle et se positionnent dans le champ de la santé et du soin.

La question des représentations sociales conduit ainsi naturellement à celle de l'identité professionnelle, elle-même issue du regard social, empreint de stéréotypes, et du vécu subjectif des infirmiers. Tentons alors de comprendre comment les représentations sociales participent à la construction d'une identité professionnelle.

### *2.3. L'identité professionnelle*

Les représentations sociales de la profession infirmière, en tant que systèmes de significations partagés, ne se limitent pas à influencer la perception que la société se fait de cette profession ; elles agissent également sur la manière dont les infirmiers se perçoivent eux-mêmes et construisent leur rapport au métier. Elles constituent en effet un cadre symbolique à partir

---

<sup>30</sup> Ibid. P.35.

<sup>31</sup> Ibid.P36.

<sup>32</sup> Ibid. P.35.

duquel se forge l'identité professionnelle. Selon Dubar, celle-ci peut être définie comme le produit d'un double processus d'identification : d'une part l'attribution d'une identité par autrui à travers le regard social, les statuts et les normes, et d'autre part l'appropriation de cette identité par le sujet lui-même à travers son parcours, ses expériences et ses pratiques<sup>33</sup>. L'identité professionnelle apparaît alors comme une construction à la fois individuelle et sociale, dynamique et évolutive, fortement dépendante des représentations qui circulent autour de la profession infirmière. En étudier les représentations sociales revient donc, dans le même mouvement, à interroger les fondements symboliques de l'identité professionnelle de ceux qui l'exercent. Toutefois, il ne suffit pas de décréter une identité professionnelle. Celle-ci est traversée par des rapports de reconnaissance, de légitimité et de pouvoir qui influence la perception des infirmiers, de leur rôle et de leur capacité d'action. Lorsque les représentations sociales dominantes associent la profession à des valeurs telles que l'engagement vocationnel, la subordination à l'autorité médicale ou encore à l'abnégation, ces éléments tendent à être intériorisés comme des normes professionnelles implicites. L'expertise, les compétences techniques ou les capacités de décision, pourtant centrales dans la pratique infirmière actuelle, deviennent secondaires voire invisibles.

De plus, l'identité infirmière permet aux infirmiers d'évaluer leur propre légitimité à agir, à s'exprimer et à décider. Cependant, comme le souligne Dubar, l'écart entre l'identité attribuée par autrui et l'identité revendiquée par le professionnel peut générer des tensions identitaires, particulièrement lorsque les attentes sociales ne correspondent pas, ou plus, aux réalités du travail. Chez les infirmiers, cette tension peut se manifester par un décalage entre un haut niveau de responsabilité clinique et organisationnel, et une reconnaissance symbolique limitée.

Si l'identité professionnelle conditionne le sentiment de légitimité et la capacité à agir des infirmiers, elle est également influencée par l'image publique du métier. En effet, l'image publique rend plus ou moins visible certaines dimensions du rôle et de la pratique infirmière, participant ainsi à la reconnaissance sociale et donc, à la construction identitaire et au pouvoir d'agir des professionnels. Mais quel est le poids de l'image publique sur la construction de l'identité professionnelle des infirmiers ?

---

<sup>33</sup> La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. Dubar, Claude. 5<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin, 2022. - 251 p. - (U. Sociologie) <https://shs.cairn.info/revue-formation-emploi-2022-2-page-XVI>

## 2.4. L'image publique

L'image publique est la manifestation visible, explicite et simplifiée de certaines composantes de la représentation sociale. Elle contribue à alimenter la représentation par le biais des médias, des discours politiques, des séries télévisées, des films ou encore des réseaux sociaux. Par ce fait même, elle peut évoluer rapidement au gré du contexte et de l'actualité. L'étude de Moghbeli et al. (2025) montre combien l'image publique de la profession, ou la perception qu'a la société des infirmiers, construite à travers les médias, les stéréotypes sociaux, et la visibilité institutionnelle, influence profondément leur identité professionnelle. En effet, si elle se construit à partir de l'appropriation des représentations sociales et de l'expérience du travail, elle demeure étroitement dépendante du regard social porté sur la profession. L'image publique de l'infirmier constitue ainsi une dimension externe de cette construction identitaire, influençant la manière dont les infirmiers se perçoivent et sont reconnus. Une image publique négative, dévalorisée ou floue, affecte négativement le sentiment d'appartenance, l'estime de soi, la confiance et la reconnaissance des professionnels. A l'inverse, une image valorisante de la profession, qui en reconnaît les compétences techniques, humaines et scientifiques, renforce la fierté, la légitimité et donc l'identité. Ces dynamiques montrent que l'identité professionnelle n'est pas seulement une construction interne, mais qu'elle dépend également de la perception sociale.<sup>34</sup>

Les médias et autres réseaux contribuent ainsi à véhiculer certains stéréotypes et une image publique peu représentative de la profession infirmière. Une des pistes, en apparence évidente, serait de renforcer la visibilité des infirmiers, notamment par le biais des différents médias. Or, cette même étude propose que l'amélioration durable de l'image publique des infirmiers, ne dépend pas seulement d'actions médiatiques isolées mais repose sur une transformation multi dimensionnelle articulée autour de trois axes complémentaires.

### 2.4.1. L'amélioration professionnelle

Cet axe renforcerait directement la crédibilité, la visibilité et la légitimité du rôle infirmier dans la société en développant les compétences scientifiques, techniques et relationnelles, contrecarrant ainsi l'image réductrice de métier vocationnel et renforçant l'identité professionnelle. Celle-ci devient alors un levier central de transformation de l'image. En effet,

---

<sup>34</sup>Moghbeli, G., Gardashkhani, S., & Soheili, A. (2025). Public image of nursing: An integrative review of challenges and solutions. BMC Nursing, 24(1), 573. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03160-3>

se reconnaître comme un professionnel compétent, autonome et essentiel dans la chaîne du soin, renforce la confiance individuelle et collective.

#### *2.4.2. L'avancement professionnel*

La valorisation statutaire, relationnelle et symbolique du métier passe par un renforcement du rôle infirmier par le biais des médias : la visibilité et l'exposition du rôle, des compétences associées et de l'utilité sociale font des médias un outil stratégique permettant l'action directe sur l'image publique. La communication claire des missions, responsabilités et de l'expertise infirmière, favorise une meilleure reconnaissance externe et une atténuation des stéréotypes. Enfin, la collaboration interprofessionnelle participe à repositionner les infirmiers comme partenaires à part entière du soin, ce qui en modifie également la représentation hiérarchique traditionnelle du métier.

#### *2.4.4. Les facteurs systémiques*

L'image publique dépend également des structures sociales, culturelles et politiques. Les politiques de santé jouent ainsi un rôle clé dans la légitimation du métier et leur soutien essentiel à la reconnaissance, l'autonomie et l'évolution du rôle infirmier. La mondialisation des soins infirmiers et la circulation internationale des savoirs, normes et pratiques infirmiers contribuent à l'harmonisation et la professionnalisation des soins. La tenue vestimentaire est un des codes à la symbolique puissante qui influence la perception sociale, la crédibilité et à l'identification du rôle. Enfin, la lutte contre les stéréotypes de genre est une condition essentielle dans la modernisation de l'image du métier favorisant ainsi une représentation plus inclusive, équitable et professionnelle.

L'image publique des infirmiers repose donc sur un processus global, dans lequel le développement des compétences, le renforcement de l'identité professionnelle, la visibilité médiatique, la collaboration interprofessionnelle et les transformations institutionnelles et culturelles agissent conjointement. Elle ne peut donc évoluer durablement qu'à travers une action combinée des professionnels eux-mêmes et des structures qui les entourent.

#### *2.4.5. Conclusion*

L'image publique de la profession infirmière, les stéréotypes et les représentations sociales qui l'entourent ainsi que l'identité professionnelle des soignants, entretiennent des relations d'influence réciproques. Fortement façonnée par les médias, par les discours institutionnels et

les productions culturelles, elle rend visible certains aspects du métier et en occulte d'autres. Elle alimente le système périphérique de la représentation sociale du métier c'est-à-dire l'ensemble des croyances, valeurs et stéréotypes partagés par la société. Ces représentations constituent à leur tour un cadre symbolique à partir duquel les infirmiers construisent leur identité professionnelle, en intériorisant les attentes sociales, les normes et la reconnaissance associées à leur rôle. Toutefois, cette relation n'est pas univoque : l'identité professionnelle n'est pas seulement la conséquence des représentations, elle peut également en devenir un moteur de transformation. En effet, par leurs pratiques, leurs prises de parole, leurs revendications professionnelles et leur visibilité dans l'espace public, les infirmiers participent activement à la redéfinition de leur image. Ainsi, toute évolution durable de la représentation sociale de la profession suppose une implication des acteurs eux-mêmes, capable de faire évoluer l'image publique à partir de leur identité professionnelle vécue. Ils ne sont donc pas seulement les objets de représentation, ils en sont les principaux acteurs de transformation.

*« Cela exige un changement fondamental dans la façon dont les infirmiers eux-mêmes perçoivent leur profession, en adoptant une confiance en soi et une forte conviction de leur valeur afin de redéfinir et d'améliorer la compréhension du public à l'égard de leur profession »<sup>35</sup>.*

## 2.5. Conclusion

Les stéréotypes constituent des éléments simplifiés et historiquement ancrés qui alimentent les représentations sociales de la profession infirmière. Ces représentations, en tant que systèmes partagés de significations (Moscovici, 1988), influencent la construction de l'identité professionnelle des infirmiers, laquelle agit comme espace d'appropriation, de légitimation et de projection dans l'action. L'image publique du métier peut alors être comprise comme la manifestation visible, explicite et médiatisée de ces représentations, exerçant en retour une influence déterminante sur l'identité professionnelle et participant à la reproduction ou à la transformation des stéréotypes. L'ensemble de ces concepts agissent ainsi comme un système dynamique schématisé en figure 1.

---

<sup>35</sup> Ibid. p19.

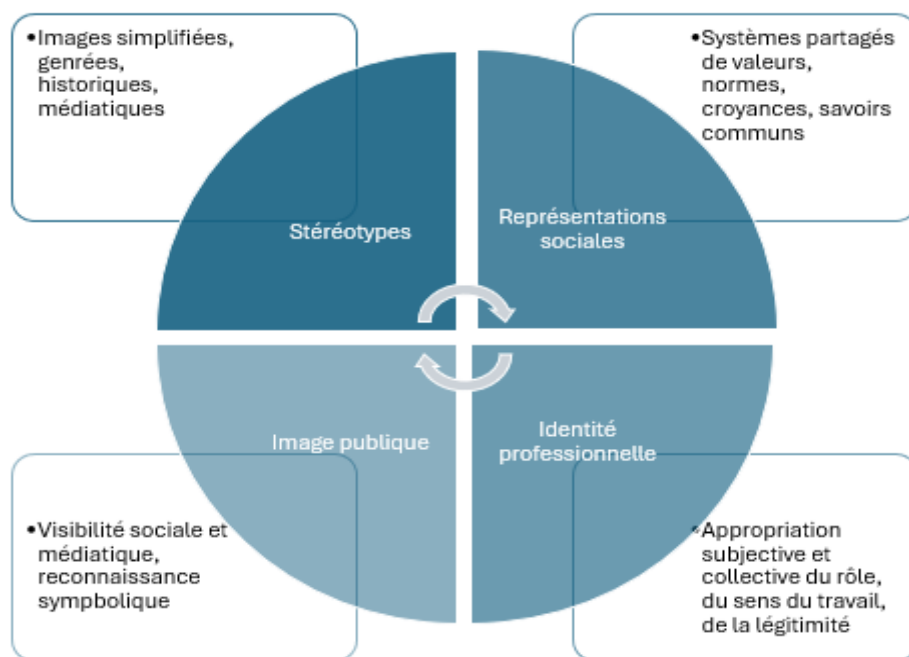


Figure 1 : Articulations et dynamique des concepts : stéréotypes – représentations sociales – identités professionnelle – image publique.

La question de la reconnaissance professionnelle s'impose ainsi comme la prochaine étape puisqu'elle représente à la fois un reflet mais également un levier de l'identité et du pouvoir d'action des infirmiers dans les structures hospitalières.

### 3. La reconnaissance au travail

L'usage du terme reconnaissance fait le plus souvent référence à un manque ou un malaise dans le monde professionnel, lorsqu'un individu et son travail ne sont pas perçus à sa juste valeur. Selon Dejours (2009), la reconnaissance est le jugement positif porté par autrui sur le travail réel effectué par un individu. Elle porte sur la qualité du travail, sur l'engagement subjectif dans l'activité, sur l'intelligence pratique mobilisée et l'utilité du travail<sup>36</sup>. Elle contribue, entre autres, à donner du sens au travail, et à construire une image identitaire positive. La reconnaissance, selon Honneth, est l'affirmation de qualités positives de sujets humains ou de

<sup>36</sup> Gernet, I., & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8(2), 27-36. <https://doi.org/10.3917/nrp.008.0027>

groupes<sup>37</sup>. Être reconnu est un besoin fondamental de l'individu et une condition essentielle à la construction de l'identité. Elle est également un moteur de lutte sociale et professionnelles, permettant d'affirmer la légitimité et la valeur de son rôle dans la société. Toujours selon Honneth, la reconnaissance au travail se déploie ainsi à plusieurs niveaux complémentaires :

### 3.1. La reconnaissance interpersonnelle ou affective

Elle se manifeste par le soutien et l'estime des pairs et de la hiérarchie directe. Dans le contexte hospitalier, et plus spécifiquement des infirmiers, elle renvoie à la perception et la valorisation de leurs compétences, de leur engagement et investissement quotidiens.

### 3.2. La reconnaissance institutionnelle ou juridique

Elle renvoie à la valorisation officielle du rôle, du statut, de l'autonomie et des responsabilités attribuées aux professionnels dans l'organisation. Elle se traduit par des droits reconnus, une légitimité dans la pratique professionnelle mais également dans la participation aux décisions institutionnelles.

### 3.3. La reconnaissance sociale ou symbolique

Elle concerne l'image publique et la visibilité sociale de la profession. Les perceptions que la société a des infirmiers, relayées par les médias, les institutions et la culture collective, influencent directement la manière dont les professionnels se sentent valorisés et respectés.

Ces niveaux de reconnaissance ne sont pas isolés mais interagissent et se renforcent mutuellement. Une reconnaissance interpersonnelle soutenue, favorise la confiance dans le rôle institutionnel, tandis qu'une image sociale valorisante contribue à renforcer l'estime personnelle et l'investissement professionnel. Or, dans le cas des infirmiers, les représentations sociales réductrices du métier, marquées par les stéréotypes et relayées par l'image publique, limitent la reconnaissance sociale accordée à leur rôle, à leurs compétences et à leur autonomie. Cette reconnaissance incomplète ou ambiguë, fragilise alors l'identité professionnelle, en créant un décalage entre l'investissement subjectif au travail, autrement dit le travail réel, et la valeur sociale qui lui est attribuée<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Pierson, F. (2011). Pour un apprentissage de la lutte et de la résistance des cadres pour limiter leur souffrance au travail : Les apports de la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth. *M@n@gement*, 14(5), 352-370. <https://doi.org/10.3917/mana.145.0352>

<sup>38</sup> Gernet, I., & Dejours, C. *Op. Cit.*

### 3.4. Conclusion

La reconnaissance ne relève pas uniquement d'un regard externe. Elle se construit également dans l'action collective et professionnelle. En développant leurs compétences, en affirmant leur identité professionnelle, en investissant l'espace médiatique et en redéfinissant leurs rôles dans les organisations de soins, les infirmiers participent activement à la transformation de l'image publique de leur métier. Ce faisant, ils contribuent à faire évoluer les représentations sociales et professionnelle qui influencent leur légitimité et leur pouvoir d'action. Pour reprendre les propos de Chapuis (2021), la reconnaissance se conquiert, plus qu'elle ne vient des autres<sup>39</sup>. Elle est un processus dynamique, intimement lié à l'identité professionnelle et à la capacité des infirmiers à exercer leur rôle, à affirmer leur expertise et à participer activement aux décisions dans les structures hospitalières, et plus largement dans le système des soins de santé.

Prolongeons alors la réflexion en explorant les conditions dans lesquels les infirmiers deviennent acteurs du changement et exercent une influence reconnue au sein des organisations hospitalières. Autrement dit, analysons les conditions dans lesquelles s'exerce le leadership infirmier.

## 4. Le leadership infirmier

Le leadership infirmier constitue un levier central dans l'évolution des systèmes de santé et dans la reconnaissance de la profession infirmière. Longtemps associé à une fonction hiérarchique ou managériale, le leadership est désormais envisagé comme un processus d'influence, de mobilisation et de transformation, exercé par un individu ou un groupe, indépendamment d'un statut formel (Northouse, 2007). Dans le champ des soins infirmiers, le leadership renvoie ainsi à la capacité des infirmiers à influencer les pratiques, à participer aux décisions cliniques et organisationnelles, à porter une vision du soin, et à contribuer activement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le leadership infirmier peut dès lors être compris comme une modalité de gouvernance professionnelle, dans laquelle infirmiers et dirigeants partagent la responsabilité des décisions, fondée sur une expertise avérée et une autonomie effective<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> « Les infirmières doivent modifier l'image qu'elles ont d'elles-mêmes » | *Revue Hémisphères*. (2021, décembre 11). <https://revuehemispheres.ch/les-infirmieres-doivent-modifier-limage-que-elles-ont-delles-memes/>

<sup>40</sup> Alluhaybi et al. (2025). Excellent Nursing Leadership Towards Magnet Culture Among Nurse Leaders: An Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8). <https://doi.org/10.1111/jan.16662>

Il convient de distinguer les styles de leadership, qui renvoient aux modalités relationnelles d'influence, des niveaux d'exercice du leadership, qui renvoient eux, aux sphères dans lesquelles cette influence s'exerce indépendamment du style exercé individuellement. Autrement dit, le leadership se décline en différents styles qui décrivent d'une part, le « comment » s'exerce l'influence, et d'autre part, il se définit par le « où » et le « sur quoi » s'exerce cette influence.

Le leadership infirmier peut tout d'abord se déployer au niveau clinique, et est dans ce cas, centré sur l'influence exercée dans la pratique quotidienne des soins. Il repose sur l'expertise clinique et la crédibilité professionnelle, l'exemplarité et la capacité à guider les pratiques au quotidien. Développé au niveau organisationnel, il s'exerce au sein des structures et de la gouvernance hospitalière, à travers la participation aux instances décisionnelles, la gestion des ressources, la conduite du changement et l'élaboration des politiques de soins. Enfin, le leadership professionnel, ou politique, dépasse le cadre institutionnel s'inscrivant dans une perspective plus large de gouvernance et de transformation des normes et des valeurs des organisations de soins<sup>41</sup>.

Cela étant, styles et niveaux de leadership sont interdépendants. En effet, le style de leadership devra être adapté au niveau dans lequel il s'exerce, chaque niveau ayant ses attentes et ses contraintes. À l'inverse, un style de leadership peut se révéler un levier ou un frein en facilitant ou limitant l'accès à certains niveaux. Illustrons ces propos en prenant l'exemple d'un infirmier chef d'unité exerçant un leadership de type transformationnel<sup>42</sup> ; il pourra développer sa crédibilité et son réseau, ce qui lui permettra ensuite de participer à des décisions organisationnelles où il adaptera son style en renforçant notamment les aspects de négociation et stratégiques.

Si les styles et les niveaux de leadership déterminent le « comment » et le « où » se situe l'influence des infirmiers, leur capacité à exercer pleinement ce leadership est également façonnée par les représentations sociales du métier. Analysons alors comment les représentations sociales, peuvent soutenir ou limiter le leadership et comment les infirmiers peuvent devenir acteurs de transformation de leur image.

---

<sup>41</sup> Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1730-1743. <https://doi.org/10.1111/jocn.14145>

<sup>42</sup> Style associé à un leader inspirant, motivant et mobilisant son équipe autour d'une vision commune (Specchia et al., 2021). De nombreux autres styles tels que les styles transactionnel ou situationnel sont décrits dans la littérature.

#### 4.1. Leadership et représentation sociale

L'accès effectif aux différents niveaux de leadership est fortement conditionné par les représentations sociales du métier. En effet, nous avons vu que les stéréotypes, éléments constitutifs des représentations sociales, marquent encore la profession infirmière aujourd'hui, la reléguant à un rôle subordonné ou vocationnel, ce qui limite la confiance des infirmiers à affirmer leur pouvoir d'action dans les sphères organisationnelle et institutionnelle. De même, les représentations sociales partagées par les pairs et autres professions influencent le processus de reconnaissance, de légitimation et la capacité à se positionner comme acteur clé des décisions (Jodelet, 1998)<sup>43</sup>. Le leadership infirmier n'est donc pas seulement une question de compétence ou de style. Il est également intrinsèquement lié au regard que la société, et les infirmiers eux-mêmes, portent sur la profession. Les perceptions sociales et professionnelles du rôle infirmier peuvent donc freiner ou favoriser l'affirmation du leadership, en particulier aux niveaux organisationnel et institutionnel.

Nous avons observé que les représentations sociales, en plus de structurer le regard porté sur la profession infirmière, sont également intériorisées et participent à la construction de leur identité professionnelle, déterminant ainsi les comportements, dont le leadership en est l'une des expressions.

#### 4.2. Leadership et identité professionnelle

L'identité professionnelle influence directement la capacité à exercer un leadership infirmier dans la mesure où elle conditionne le sentiment de confiance en soi, de légitimité et la capacité à se positionner comme acteur dans la prise de décisions. En effet, cela suppose de se percevoir soi-même comme un professionnel compétent, autonome et légitime à influencer son environnement. Dans la perspective de Dubar, l'identité professionnelle se construit dans la tension entre ce que l'individu perçoit de lui-même, et ce qu'il représente pour les autres. Il cherche ainsi à maintenir une cohérence entre son histoire, ses valeurs et ses expériences d'une part, et la reconnaissance que lui accorde son environnement social et professionnel d'autre part. Lorsque les attentes sociales, les statuts institutionnels ou les représentations ne correspondent plus à la réalité du travail exercé, des tensions identitaires apparaissent, freinant ainsi le développement de rôles tels que ceux liés au leadership<sup>44</sup>. Par ailleurs, Dejours soulignent que la reconnaissance du travail réel constitue une condition essentielle de

---

<sup>43</sup> Citée par : Tremblay, J.-M. (2005).

<sup>44</sup> Colin, A. *Op.cit.*

l'engagement subjectif et de la construction d'une identité professionnelle positive. En l'absence de cette reconnaissance, les professionnels peuvent adopter des postures de retrait ou de résignation, peu compatibles avec la prise d'initiative et l'exercice d'une influence sur l'organisation<sup>45</sup>.

#### 4.3. Conclusion

Le leadership infirmier ne se réduit donc pas à des compétences individuelles ou de formations spécifiques. Son déploiement effectif suppose une identité professionnelle suffisamment consolidée, façonnée par des représentations sociales cohérentes, et soutenue par une reconnaissance institutionnelle. L'articulation de ces dimensions soutient alors la capacité des infirmiers de se percevoir comme des acteurs légitimes, capables de prendre des initiatives et des décisions, ainsi que de contribuer à la transformation des organisations. Cette dynamique renvoie au concept de pouvoir d'agir, ou d'empowerment, qui apparaît dès lors comme un élément central dans l'engagement professionnel et de l'implication dans la gouvernance des soins.

### 5. Le pouvoir d'agir ou l'empowerment

#### 5.1. Définitions

Le concept de pouvoir d'agir, ou empowerment dans sa version anglaise, sont largement utilisés dans la littérature en sciences sociales et en sciences infirmières pour décrire les processus par lesquels les individus et les groupes développent un contrôle accru sur leur travail et leur trajectoire professionnelle. Le pouvoir d'agir ne se réduit pas à une caractéristique individuelle ou à une disposition psychologique. Il s'agit d'un processus multidimensionnel, à la fois personnel, relationnel et organisationnel, qui implique l'accès aux ressources, à l'information, à la reconnaissance, ainsi qu'aux espaces de participation aux décisions (Kanter, 1993)<sup>46</sup>. Dans le champ infirmier, il renvoie à la capacité des soignants à exercer leur jugement clinique, à faire entendre leur expertise, à initier des projets et à s'inscrire comme acteurs à part entière de la gouvernance des soins<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Gernet, I., & Dejours, C. *Op. cit.*

<sup>46</sup> Laschinger, H. K., et al. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings : Expanding Kanter's Model. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260.

<sup>47</sup> Van Bogaert, et al. (2016). Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: A Qualitative Phenomenological Study. *PloS One*, 11(4), e0152654. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152654>

Le développement du pouvoir d'agir est étroitement dépendant du contexte institutionnel, des modalités de reconnaissance et des représentations sociales associées au rôle infirmier. En effet, lorsque l'identité professionnelle est fragilisée par des stéréotypes persistants, une reconnaissance limitée ou une faible visibilité institutionnelle, la capacité à s'autoriser à agir et à influencer se restreint (Laschinger et al., 2001). À l'inverse, des environnements qui valorisent l'autonomie, la participation interprofessionnelle et l'expertise clinique favorisent l'émergence de comportements de leadership et renforcent le sentiment d'efficacité professionnelle<sup>48</sup>. De plus, le pouvoir d'agir comporte plusieurs dimensions :

- La dimension individuelle renvoie au sentiment de compétence, à la confiance en soi et à la capacité perçue d'agir efficacement.
- La dimension collective concerne la capacité des professionnels à se mobiliser ensemble, à partager des représentations communes et à construire des actions collectives.
- La dimension organisationnelle renvoie aux structures, aux règles et aux cultures professionnelles qui facilitent ou entravent l'expression de ce pouvoir

Le pouvoir d'agir peut ainsi être envisagé comme un point de convergence entre représentations sociales, identité professionnelle, reconnaissance et leadership. Il peut ainsi être, à la fois, le résultat de ces dynamiques, et un moteur de transformation des pratiques et des représentations par l'action collective et la prise de parole aux niveaux professionnel et public. Analyser le pouvoir d'agir des infirmiers permet dès lors de mieux comprendre comment ces derniers peuvent devenir acteurs du changement, tant au niveau clinique qu'organisationnel, et enfin, plus largement, dans le système de santé.

## 5.2. Du système de perceptions au système d'actions

Le pouvoir d'agir marque le passage d'un système principalement structuré par des perceptions, des représentations et des identités, vers un système d'actions dans lequel les infirmiers deviennent « capables » et s'autorisent à influencer concrètement leur environnement professionnel. Là où les représentations sociales, l'image publique et l'identité professionnelle façonnent les conditions symboliques de la légitimité à agir (Dubar, 2000), l'empowerment en constitue la traduction opérationnelle, c'est-à-dire la capacité réelle à prendre part aux

---

<sup>48</sup> Spence Laschinger, H. K. *Op. cit.*

décisions, à initier des changements et à exercer un leadership reconnu, à travers l'accès aux ressources, au soutien et aux espaces de participation (Laschinger et al., 2001).

### 5.3. Conclusion

Le pouvoir d'agir ou empowerment infirmier, se traduit par l'évolution de la perception, à la posture et ensuite à l'action collective. Il ne se définit pas uniquement par la mobilisation de compétences ou de ressources, mais bien par la capacité réelle des professionnels à prendre part aux décisions, à initier des changements et à exercer un leadership reconnu. Ces actions transforment en retour le système dans lequel elles s'exercent : les stéréotypes et les représentations sociales, l'identité professionnelle, l'image et la reconnaissance sociale et institutionnelle. Ce pouvoir d'action constitue ainsi un levier dynamique de transformation entre les perceptions individuelles et collectives, et les changements concrets dans la gouvernance, la visibilité et le leadership infirmier. L'ensemble des concepts développés dans ce cadre théorique forme une boucle d'interactions illustrant l'évolution entre systèmes de perceptions et d'actions. Celle-ci est schématisée en figure 2.

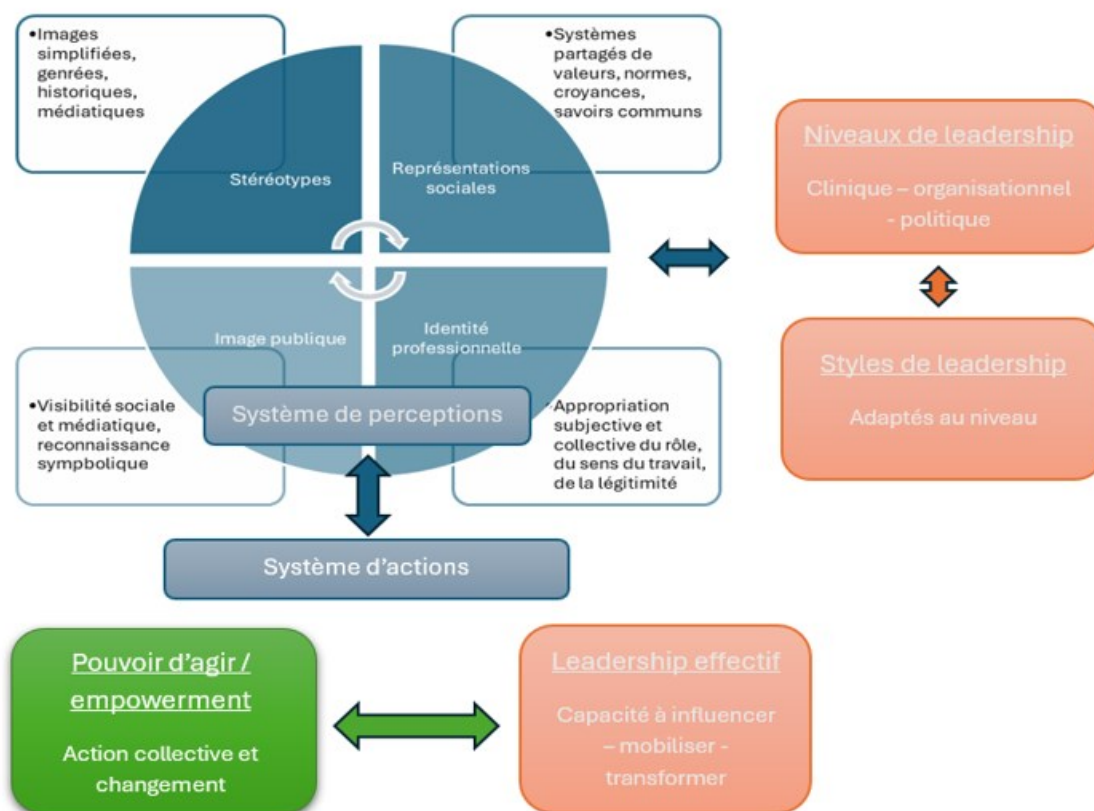


Figure 2 : Boucle d'interactions illustrant la dynamique et l'évolution d'un système de perceptions vers un système d'actions.

## 6. Conclusion du cadre théorique

Au long de l'analyse des concepts développés dans ce travail de recherche, nous avons souligné le caractère systémique des mécanismes qui influencent la reconnaissance, le leadership et le pouvoir d'agir des infirmiers dans les structures hospitalières. L'analyse historique nous a montré que la profession infirmière demeure marquée par des héritages symboliques, qui alimentent des stéréotypes persistants et les représentations sociales, souvent décalées par rapport à la réalité contemporaine du métier. Ces représentations ne se limitent pas au regard porté par la société mais sont également intériorisées par les professionnels eux-mêmes et, participent à la construction de leur identité professionnelle. Celle-ci apparaît alors comme un espace charnière, où se rencontrent les attentes sociales, les statuts institutionnels et l'expérience subjective du travail réel (Dubar, 2000). Elle conditionne ainsi le sentiment de légitimité, la capacité à se positionner comme acteur, ainsi que l'engagement dans des rôles d'influence, notamment à travers le leadership. L'image publique, façonnée par les médias ou les discours politiques agit alors comme un relais de ces représentations en renforçant ou au contraire, en fragilisant la reconnaissance sociale et institutionnelle accordée à la profession.

Dans cette perspective, la reconnaissance ne peut être appréhendée comme un processus exclusivement externe et descendant, dépendant uniquement des décisions politiques ou organisationnelles. Elle résulte d'un processus dynamique d'interactions entre perceptions sociales, cadres institutionnels et engagement professionnel, au sein duquel les infirmiers ont la capacité de se positionner comme acteurs de leur propre valorisation. L'exercice du leadership, qu'il s'inscrive aux niveaux clinique, organisationnel ou institutionnel, repose donc non seulement sur des compétences individuelles ou des styles relationnels, mais également sur les cadres symboliques et structurels qui favorisent ou, au contraire, limitent la prise de parole, l'initiative et la capacité d'influence. Le concept de pouvoir d'agir constitue le point de passage entre un système de perceptions d'une part, constitué de représentations sociales, d'image publique et d'identité professionnelle, et un système d'actions dans lequel les infirmiers peuvent exercer une influence réelle sur leur environnement professionnel, d'autre part. Le pouvoir d'agir apparaît alors à la fois comme le produit de ces dynamiques symboliques et organisationnelles, et comme un moteur de transformation.

A l'issue de cette analyse théorique et au regard de la dynamique circulaire reliant représentations sociales, identité professionnelle, reconnaissance, leadership et pouvoir d'agir, nous formulons l'hypothèse que : *les représentations sociales, portées par les infirmiers eux-*

*mêmes, constituent un levier déterminant de leur capacité à s'engager dans des rôles de leadership, et à exercer un pouvoir d'agir effectif au sein des hôpitaux, et ce, en conditionnant leur sentiment de légitimité, leur posture professionnelle et leur accès aux espaces de décision.*

## CADRE OPÉRATIONNEL

### 7. Méthodes

L'objet de ce mémoire vise à explorer les représentations sociales de la profession infirmière, portées par les infirmiers eux-mêmes, et à comprendre comment celles-ci influencent leur capacité à exercer un leadership et un pouvoir d'action au sein des structures hospitalières. Au regard de cet objet de recherche centré sur les significations, les perceptions et les expériences des acteurs, le choix d'une approche qualitative s'est imposé. Cette recherche concerne ainsi des systèmes de perceptions, des représentations intériorisées, des processus subjectifs et relationnels ainsi que des dynamiques identitaires et symboliques. Dès lors, elle s'inscrit dans une démarche qualitative, exploratoire à visée compréhensive, afin de saisir les significations construites par les acteurs à partir de leur expérience, et dont l'analyse repose sur une approche inductive. En effet, l'approche qualitative a pour objectif de comprendre les perspectives et expériences des individus ou des groupes, ainsi que les contextes dans lesquels elles s'inscrivent (Mucchielli, 2007). L'analyse des données s'inscrit quant à elle, dans une approche inductive générale, visant à faire émerger, à partir des discours des participants, des catégories directement liées aux objectifs de recherche, sans imposer de cadre conceptuel à priori, tout en permettant un dialogue avec la littérature (Thomas, 2006).

#### 7.1. Matériels de recueil des données

Afin d'explorer les représentations sociales associées à la profession infirmière, deux outils complémentaires ont été mobilisés.

Dans un premier temps, un dispositif d'évocation libre et hiérarchisée a été utilisé en début d'entretien. Les participants ont été invités à citer cinq mots ou expressions leur venant spontanément à l'esprit à partir du terme inducteur « infirmier/infirmière », et ensuite les classer par ordre d'importance. Ce dispositif permet d'identifier à la fois la fréquence d'apparition des éléments évoqués ainsi que l'importance subjective qui leur était accordée, offrant ainsi un accès privilégié aux éléments principaux de la représentation sociale (Monaco et Lheureux, 2018).

Dans un second temps, un entretien semi-directif a été mené à partir d'un guide d'entretien élaboré en lien avec les objectifs de recherche. Celui-ci, joint en annexe 2, visait à explorer le

vécu, les postures professionnelles ainsi que les pratiques d'action des infirmiers tout en laissant une place importante à l'expression libre des participants.

Dans ce cadre de cette recherche qualitative exploratoire, la méthode d'évocation libre n'a pas été utilisée à des fins de validation statistique, mais comme un outil complémentaire permettant d'enrichir la compréhension des systèmes de perceptions partagés. Les données issues de cette méthode furent ainsi analysées de manière complémentaire à celles des entretiens, dans une logique de triangulation des données.

## 7.2. Procédure de recueil des données

Le recueil des données s'appuie sur la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels auprès d'infirmiers exerçant au sein du CHwapi à Tournai. En amont du recueil des données, un pré-test du guide d'entretien a été réalisé auprès de deux professionnels infirmiers ne faisant pas partie de l'échantillon initialement prévu. Ce pré-test visait à vérifier la clarté des questions, leur compréhension ainsi que leur capacité à faire émerger un discours riche. Aucun ajustement majeur n'ayant été nécessaire, ces deux entretiens ont été intégrés à l'échantillon final.

Les participants ont été recrutés sur base volontaire après sollicitation par téléphone. Lors de ces échanges, les objectifs de la recherche, les modalités de participation ainsi que les garanties éthiques associées à l'étude leur ont été présentés. Les participants ont été informés de l'enregistrement des entretiens, de leur retranscription et de leur anonymisation, et ont marqué leur accord.

Chaque entretien s'est déroulé en deux temps complémentaires : une phase d'évocation libre, suivie d'un entretien semi-directif permettant d'approfondir les propos. Les entretiens ont été conduits dans un lieu garantissant la confidentialité et un climat propice à l'expression. Leur durée a varié entre 20 et 60 minutes, avec une moyenne de 38 minutes.

L'ensemble des entretiens a été enregistré, retranscrit intégralement<sup>49</sup> et anonymisé en vue de l'analyse. Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à atteinte d'un niveau de saturation thématique. Cette logique itérative a permis d'ajuster progressivement le questionnement et les relances, tout en restant fidèle à l'approche inductive générale retenue.

## 7.3. Population et stratégie d'échantillonnage

---

<sup>49</sup> Les entretiens seront retranscrits via l'application Transkriptor®

La population étudiée est constituée d'infirmiers exerçant au sein d'une structure hospitalière dont le choix s'est porté sur notre institution d'appartenance. Ce choix a été motivé par des considérations pratiques et organisationnelles, notamment liées à la connaissance et la facilité d'accès au terrain, la disponibilité des participants, et enfin la possibilité de recueillir des discours approfondis dans un climat de confiance. Ce positionnement s'inscrit dans une logique de recherche qualitative pour laquelle la proximité au terrain constitue un levier d'accès aux expériences vécues et aux significations professionnelles (Mucchielli, 2007). Il implique toutefois une vigilance particulière quant à la posture du chercheur, notamment en raison de la proximité avec les participants.

L'échantillon a été constitué selon une stratégie d'échantillonnage raisonné (Patton, 2002), visant à assurer une variation maximale des profils infirmiers. Ce choix repose sur la nécessité de faire émerger la diversité des représentations, des postures professionnelles, et des expériences du leadership et du pouvoir d'agir. Les participants ont été sélectionnés de manière à représenter différentes catégories d'âge, de niveaux d'expérience, de types de service ou de secteurs d'activité, ainsi que de positions hiérarchiques. Le nombre de participants n'a pas été fixé a priori de manière stricte, mais estimé entre dix et quinze entretiens. Ceci afin de répondre au principe de saturation des données, entendu comme le moment à partir duquel les entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux significatifs au regard des objectifs de recherche (Mucchielli, 2007). Le recrutement des participants s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte de cette saturation thématique plutôt qu'en fonction d'un effectif prédéfini. Dans le cadre de cette recherche qualitative exploratoire, l'échantillon n'a pas vocation à être représentatif au sens statistique, mais à permettre une compréhension approfondie des systèmes de sens partagés par les infirmiers, en tenant compte de la diversité des trajectoires professionnelles et du contexte d'exercice. L'échantillon final ainsi constitué, comporte 13 personnes dont 11 sont des infirmiers exerçant dans différents secteurs de l'hôpital, 1 a exercé mais s'est réorienté vers l'enseignement, et 1 était en cours de finalisation de sa formation d'infirmier. Les caractéristiques générales de l'échantillon sont reprises dans le tableau ci-dessous.

#### 7.4. Caractéristiques de l'échantillon final

| Entretien N° | Fonction                   | Secteur d'activité                                               | Années d'expérience | Genre |
|--------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|
| 1            | I.C.S. <sup>50</sup>       | Pôle gériatrie – revalidation                                    | 35                  | ♀     |
| 2            | I.C.U. <sup>51</sup>       | Soins intensifs                                                  | 25                  | ♀     |
| 3            | Infirmière de coordination | MICI <sup>52</sup>                                               | 30                  | ♀     |
| 4            | Infirmière                 | Gériatrie                                                        | 2                   | ♀     |
| 5            | Infirmière                 | Gériatrie                                                        | 4                   | ♀     |
| 6            | I.C.U.                     | Gériatrie                                                        | 35                  | ♀     |
| 7            | Infirmière                 | Chirurgie                                                        | 6                   | ♀     |
| 8            | I.C.S.                     | Pôle médecine, oncologie, soins palliatifs, fonctions de liaison | 10                  | ♀     |
| 9            | Enseignant                 | Infirmiers– aides-soignants                                      | 12                  | ♂     |
| 10           | I.C.U.                     | Médecine > stérilisation                                         | 12                  | ♂     |
| 11           | Étudiante                  | Infirmier en 4 <sup>ème</sup> BAC                                | 0                   | ♀     |
| 12           | I.C.U.                     | Chirurgie                                                        | 40                  | ♀     |
| 13           | I.C.U.                     | Urgences                                                         | 30                  | ♂     |

*Caractéristiques de l'échantillon final : fonction – secteur d'activité – années d'ancienneté – genre*

#### 7.5. Analyse des données issues des entretiens

Dans un premier temps, les verbatim ont été relus afin d'identifier les éléments significatifs en lien avec la question de recherche. Pour chaque entretien, les données ont ensuite été découpées en unités d'analyse en lien avec les représentations du métier, la posture professionnelle, le leadership et le pouvoir d'agir des infirmiers. Chaque unité d'analyse a été associée à un code, formulé de manière à résumer le sens principal du propos exprimé par le participant. Ce codage a été réalisé de manière inductive, c'est-à-dire sans grille de codage préétablie, afin de rester le plus fidèle aux données recueillies.

Dans un second temps, les codes ont été regroupés selon leurs similitudes, leurs récurrences ou leurs complémentarités, ce qui a permis de faire ressortir des catégories thématiques

<sup>50</sup> Infirmier chef de service

<sup>51</sup> Infirmier chef d'unité

<sup>52</sup> Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

émergentes. Celles-ci ont été ajustées au fil de l'analyse, dans une logique itérative de va-et-vient entre les entretiens, les catégories émergentes et les verbatim<sup>53</sup>.

Dans un troisième temps, une phase de montée en abstraction a permis de regrouper les catégories émergentes en catégories conceptualisantes, correspondant à un niveau d'analyse plus interprétatif et synthétique. Cette étape a permis de dégager des logiques transversales aux entretiens, tout en tenant compte de la diversité des profils des participants et à leurs contextes professionnels.

Enfin, l'analyse inductive des données a abouti à l'élaboration d'un arbre thématique inductif détaillé, repris en annexe 1, organisé en plusieurs niveaux : les catégories conceptualisantes, les catégories émergentes, et les codes issus des unités d'analyse. Cet outil a permis de structurer les résultats et de rendre plus lisible leur organisation. Tout au long du processus, les catégories ont été confrontées aux données empiriques afin de conserver un lien étroit avec les discours recueillis.

## 8. Résultats

### 8.1. Arbre thématique

L'analyse inductive des entretiens a permis de dégager plusieurs catégories conceptualisantes, en lien avec le pouvoir d'agir infirmier. Celles-ci ont été organisées sous la forme d'un arbre thématique synthétique présenté en figure 3.

Ce schéma fait apparaître les principaux thèmes ressortant des discours des participants, notamment les représentations du rôle infirmier, les dynamiques identitaires, les formes de reconnaissance perçues, les contraintes organisationnelles ainsi que les dimensions liées au leadership et à l'environnement professionnel.

Les catégories présentées ci-dessous seront développées et illustrées à partir des données issues des entretiens.

---

<sup>53</sup> Aujoulat I. Introduction aux méthodes qualitatives. WFSP 2106.

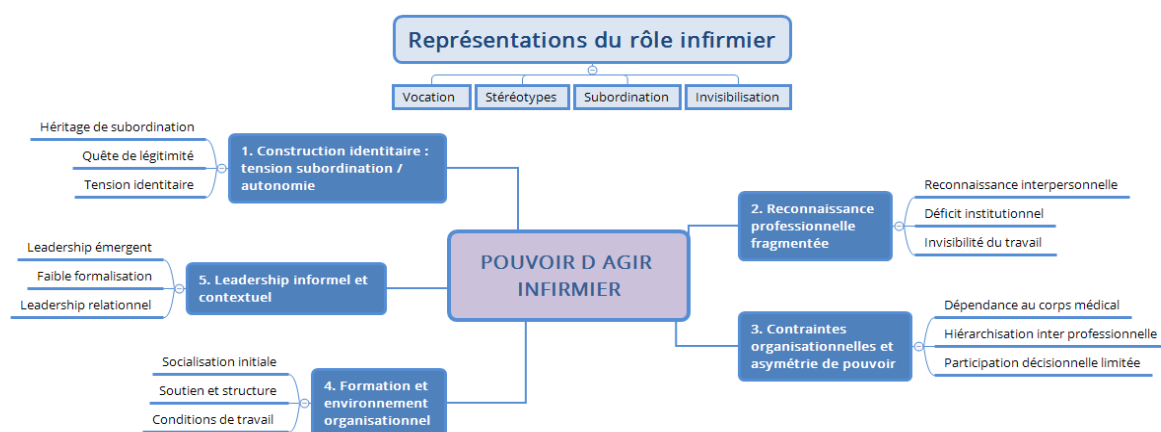


Figure 3 : Représentation synthétique de l'arbre thématique des catégories émergentes liées au pouvoir d'agir infirmier dans les hôpitaux.<sup>54</sup>

## 8.2. Éléments issus de l'évocation hiérarchisée

La démarche d'analyse d'évocation libre et hiérarchisée, réalisée en début d'entretien permet d'identifier les éléments les plus marquants de la représentation sociale de la profession infirmière, à partir des termes spontanément mobilisés par les participants. L'examen des fréquences et de l'importance attribué à ces termes met en évidence une structuration contrastée de cette représentation, articulée autour de dimensions à la fois centrales et plus périphériques. La représentation sociale simplifiée est reprise ci-dessous dans la figure 4, sous forme de matrice.

<sup>54</sup> Élaboration personnelle à partir d l'analyse des entretiens. Xmind®-2026.

| Types d'éléments                                 | Termes associés                                                    | Fréquence   | Interprétation                                                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Eléments centraux                                | Empathie /soins-nursing                                            | 7/7         | Représentation dominante centrée sur le soin, la relation et l'accompagnement humain |
| Dimension technique et professionnelle émergente | Technicité / collaboration - pluridisciplinarité / esprit d'équipe | 4/3/2.      | Reconnaissance de la complexité du travail collectif et de l'expertise               |
| Valeurs vocationnelles et humanistes             | Humanisme / douceur - patience / bonne sœur - vocation             | 2/2/2.      | Ancrage historique et moral de la profession, représentation traditionnelle          |
| Engagement collectif et adaptation               | Solidarité / Adaptabilité / nécessaire - essentiel                 | 1/2/2.      | Dimension fonctionnelle et indispensable du rôle infirmier                           |
| Contraintes et pénibilité                        | Burn out - fatigue                                                 | 3           | Réalité du travail marquée par l'épuisement et les contraintes organisationnelles    |
| Autonomie et rôle professionnel                  | Autonomie - rôle propre                                            | 2           | Emergence d'une identité professionnelle plus affirmée                               |
| Eléments périphériques émergents                 | Leadership / identité / intellectuel/ soft skills                  | cité 1 fois | Dimensions en construction, peu stabilisées dans la représentation                   |
| Représentations ambivalentes / tensions          | Soumission / féminin                                               | cité 1 fois | Révèlent des tensions symboliques et des rapports de pouvoir                         |
| Représentations idéalisée                        | Le plus beau métier / joie de vivre                                | cité 1 fois | Valorisation symbolique du métier, image positive et idéalisée du soin               |

Figure 4 : Structuration des éléments de la représentation sociale de la profession infirmière issus de l'évocation hiérarchisée selon Monaco et Lheureux.

Les termes les plus fréquemment cités sont « *empathie* » et « *soins/nursing* ». Ils apparaissent comme des éléments centraux de la représentation du métier et renvoient à une vision fortement liée dans la relation au patient, le soin et l'accompagnement humain. Cette dimension est renforcée par la présence de termes témoignant d'une représentation encore marquée par un registre vocationnel et moral de la profession (bonne sœur- vocation...).

Parallèlement, d'autres éléments relèvent une évolution de cette représentation. Le terme « *technicité* » ainsi que les références à la « *collaboration pluridisciplinaire* » et à l'« *esprit d'équipe* », traduisent une reconnaissance de la complexité croissante du travail infirmier. De plus, les notions d'« *autonomie* » et de « *rôle propre* », suggèrent l'évolution vers une représentation plus professionnelle et affirmée du métier, en lien avec le développement des compétences et de la responsabilité clinique. Cette représentation semble ainsi traversée par des tensions entre vision traditionnelle, centrée sur le dévouement d'une part et une conception plus contemporaine, orientée vers la professionnalisation et l'expertise d'autre part.

De plus les termes tels que « *burn-out* », « *fatigue* » ainsi que « *soumission* », révèlent une perception associée à des contraintes importantes, tant sur le plan organisationnel qu'émotionnel. Ces résultats font également apparaître une tension entre représentation idéalisée de la profession, « *le plus beau métier* », ou « *joie de vivre* », et une réalité professionnelle marquée par la charge de travail, la fatigue et les difficultés de reconnaissance.

Enfin certains éléments moins fréquemment cités, tels que « leadership », « identité », « intellectuel » ou encore « opportunité », témoignent de dimensions plus émergentes ou moins stabilisées dans la représentation sociale du métier, s'apparentant à une position périphérique dans la représentation infirmière.

Dans une perspective issue de la théorie des représentations sociales, ces résultats suggèrent une structuration de la profession autour d'un noyau central relationnel, dominé par les valeurs de soin et d'empathie d'une part, et d'éléments périphériques plus émergents, tels que le leadership ou l'identité professionnelle d'autre part. Les dimensions vocationnelles et professionnelles traduisent une représentation en tension, révélant une dynamique de transformation professionnelle. Ces résultats sont cohérents avec les données qualitatives issues des entretiens.

### 8.3. Analyse des résultats

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Construction identitaire : entre subordination et autonomie professionnelle</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------|

L'analyse des entretiens met en évidence que la construction de l'identité infirmière s'inscrit dans une tension persistante entre héritage historique de subordination au corps médical, et une volonté croissante d'affirmation professionnelle.

- Les discours recueillis traduisent tout d'abord une représentation encore largement intériorisée d'un **rôle exécutant**, où l'infirmier agit principalement en réponse à des prescriptions, ou « *ordres* ». Une étudiante exprime explicitement : « *on exécute ce que les médecins nous demandent* »<sup>55</sup>, illustrant une perception du métier structurée autour d'une hiérarchie forte et d'une dépendance fonctionnelle, parfois même perçue comme hiérarchique. Cette représentation est ainsi renforcée par des mécanismes de socialisation professionnelle, où les normes sont transmises implicitement par les pairs et les enseignants, qui participent dès lors à la reproduction de ces schémas. Cette dimension apparaît dans certains discours autocritiques : « *C'est aussi notre défaut... On est un peu les larbins des médecins. Alors que du coup, on a notre responsabilité aussi* »<sup>56</sup>. Cette formulation traduit à la fois une conscience des rapports de domination et une forme de difficulté à s'en distancier.

---

<sup>55</sup> Cfr fichier en annexe « Codage entretiens » p.125.

<sup>56</sup> Ibid. p.115.

- Les entretiens mettent également en évidence l'inscription de ces représentations dans un **héritage historique et symbolique** du métier encore présent dans les discours contemporains. Certains participants évoquent une profession associée à une posture vocationnelle et dévouée, comme en témoignent les références aux « *bonnes sœurs contrariées* »<sup>57</sup> ou encore « *C'est culturel. L'infirmière, la bonne sœur, la vocation* »<sup>58</sup>. Ces éléments illustrent la persistance de représentations valorisant **le dévouement**, parfois **au détriment de l'autonomie professionnelle**.
- Par ailleurs, plusieurs participants évoquent une perception partielle du rôle infirmier, liée notamment à une **faible visibilité du travail réel**. Cette idée apparaît dans les propos suivants : « *ils ne sont pas dans la chambre, donc ils ne voient pas ce qu'on fait* »<sup>59</sup>, ou encore « *...la méconnaissance de notre travail, et du coup la dévalorisation de notre travail qui est réduit à certaines tâches alors qu'il est multi-tâches et multi-complexe* »<sup>60</sup>. Ces éléments suggèrent que la reconnaissance du travail infirmier peut être influencée par une méconnaissance de ses dimensions réelles, contribuant à une **perception réductrice du rôle**.
- Les entretiens font également apparaître une **dynamique de transformation**, marquée par une prise de conscience progressive et une volonté de **repositionnement professionnel**. Plusieurs participants expriment d'ailleurs la nécessité de dépasser cette logique de subordination en développant une identité autonome et complémentaire au corps médical. L'un d'eux souligne : « *oui j'ai besoin du médecin mais tu as aussi besoin de moi* », traduisant une tentative de **rééquilibrage dans les relations professionnelles**. Cette dynamique est également visible dans la volonté exprimée de « *gommer cet esprit de soumission* »<sup>61</sup>.
- Certains discours mettent en avant le rôle de **la formation comme levier de transformation**, notamment dans le développement d'une posture professionnelle affirmée et d'une identité détachée d'un modèle subordonné : « *...ça peut changer, (...) dans la formation des infirmières, qu'on leur apprenne vraiment à être une entité non dépendante*

---

<sup>57</sup> Ibid. p. 107.

<sup>58</sup> Ibid p.12.

<sup>59</sup> Ibid. .134.

<sup>60</sup> Ibid. p.11.

<sup>61</sup> Ibid. p.111.

*d'un corps médical et d'être complémentaire. ...je pense que le changement ne peut venir que de nous. Et donc, je dirais pour une formation beaucoup plus...sur l'identité et la posture »<sup>62</sup>.*

- Cependant, les participants décrivent une **autonomie perçue comme variable** et dépendante du contexte d'exercice. Certains expriment cette ambivalence : « *Je suis une infirmière qui aime... cette liberté et cette autonomie...* » tout en reconnaissant que « *... à la fois, c'est leur prérogative* »<sup>63</sup>, ou encore « *on est dans un service (USI) où on a plus d'autonomie, plus de droit à la parole...* »<sup>64</sup>, « *Ils (les médecins) n'ont pas apprécié l'avis consultatif...Pour moi, c'était une responsabilité du département infirmier* »<sup>65</sup>. Ces propos soulignent des marges de manœuvre différenciées **selon les contextes et les relations interprofessionnelles**.
  
- Enfin, les entretiens montrent que **la légitimité professionnelle** est également associée à l'**expérience** et aux **compétences** mobilisées dans la pratique. Les participants évoquent notamment la maîtrise technique, la capacité de coordination et la gestion de situation complexes comme sources de légitimité : « *J'ai des critères qui sont entre guillemets du niveau de l'infirmière de coordination, qui me donnent une certaine autonomie de prise en charge* »<sup>66</sup>, ou « *on est considéré comme les experts dans notre domaine et on a été reconnu par les médecins...ce qui est totalement différent dans les étages* »<sup>67</sup>. Néanmoins, cette légitimité reste souvent **implicite, fragile et dépendante du regard des autres professionnels** : « *L'expérience de vie de certains professionnels de la santé fait qu'ils vont intégrer ou pas les infirmières dans leur prise en charge* »<sup>68</sup>, « *L'infirmière et le kiné... on a le même nombre d'années d'études...ce n'est pas considéré comme aussi valorisant, aussi intellectuel* »<sup>69</sup>, « *Ils (les kinés) sont dix crans au-dessus, ... L'infirmière qui fait indépendant, c'est une frotteuse de c... Le kiné qui fait indépendant, c'est quand même un sous-médecin* »<sup>70</sup>.

---

<sup>62</sup> Ibid. p.110.

<sup>63</sup> Ibid. p.63.

<sup>64</sup> Ibid. p.19.

<sup>65</sup> Ibid. p. 77.

<sup>66</sup> Ibid p.21.

<sup>67</sup> Ibid. p.112.

<sup>68</sup> Ibid. p.23.

<sup>69</sup> Ibid. p.3.

<sup>70</sup> Ibid. p.153.

Cette première catégorie met en lumière une identité professionnelle en construction, marquée par la coexistence de logiques de reproduction et de transformation. Les éléments recueillis suggèrent que l'autonomie et la légitimité professionnelles se construisent de manière progressive, en interaction avec les contextes organisationnels, les expériences vécues et les représentations associées à la profession.

Ceci ouvre la réflexion sur d'autres éléments de nos entretiens : la reconnaissance des infirmiers n'est ni homogène ni systématique mais varie selon les acteurs, les contextes et les niveaux organisationnels. Il est intéressant de constater que cette fragmentation des formes de reconnaissance constitue une prolongation logique de la tension identitaire mise en évidence dans ce paragraphe.

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Reconnaissance professionnelle fragmentée et conditionnant le pouvoir d'agir</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|

L'analyse des données souligne que la reconnaissance professionnelle des infirmiers ne constitue pas une réalité homogène, mais se caractérise au contraire par une fragmentation selon les contextes et les niveaux : interpersonnel, organisationnel, sociétal. Les discours suggèrent que cette reconnaissance différenciée est associée à la manière dont les infirmiers se positionnent, prennent la parole et s'engagent dans l'action. Si certaines formes de reconnaissances sont présentes, elles apparaissent inégalement distribuées selon les situations.

- Les discours recueillis font émerger le rôle central de la **reconnaissance interpersonnelle**, en particulier celle provenant des collègues, de l'équipe et de ligne hiérarchique : « *Je suis reconnue au niveau N+1. Elle m'a fait beaucoup de reconnaissance. Elle m'a fait confiance* »<sup>71</sup>, ou encore, « *Les remerciements... Quand la chef va dire, vous avez fait du bon boulot ce matin, on est contentes* »<sup>72</sup>. Cette reconnaissance quotidienne, souvent **informelle**, constitue une ressource de **motivation et d'engagement**. Elle s'exprime notamment à travers **le respect, la confiance** ou encore le sentiment d'utilité dans l'équipe, comme l'illustrent les propos suivants : « *...tu sers à quelque chose..., ils savent que je tiens la baraque* ».<sup>73</sup> Elle apparaît également dans la relation avec certains médecins, où des infirmiers évoquent une forme de valorisation liée à leur rôle de soutien, de **coordination** ou encore de confiance : « *j'ai la chance que certains médecins me disent*

---

<sup>71</sup> Ibid. p.52.

<sup>72</sup> Ibid. p.38.

<sup>73</sup> Ibid. p.138.

*qu'ils sont contents de m'avoir dans leur équipe »<sup>74</sup>, ou encore « Au niveau des médecins aussi, parce que je pense que malgré tout ce qu'ils ne font pas, je leur mâche quand même beaucoup le travail »<sup>75</sup>.*

- Cependant, les propos semblent révéler que cette reconnaissance interpersonnelle est souvent associée à une **logique d'utilité organisationnelle**, dans laquelle l'infirmier est valorisé en tant que ressource indispensable au bon fonctionnement du système, notamment médical. Elle **ne traduit pas** nécessairement une reconnaissance de **l'autonomie professionnelle ou de l'expertise** propre du rôle infirmier. Les verbatims suivants illustrent ces propos : « *Je pense qu'on est, à cause de notre histoire et de notre fonctionnement, trop dépendants et en second avis »<sup>76</sup>, et « ...le métier infirmier soit considéré pour ce qu'il est vraiment, c'est-à-dire pour des gens qui sont experts dans leur domaine et qui ne soient pas vus comme le second d'eux (des médecins) »<sup>77</sup>.*
- D'autre part, les entretiens soulignent un manque de **reconnaissance au niveau institutionnel**. Les participants évoquent une faible visibilité dans les **processus décisionnels**, une participation limitée à la **gouvernance**, ainsi qu'un sentiment de ne pas être entendus par les niveaux hiérarchiques supérieurs. Cette situation est associée, dans les discours, à des formes de **retrait ou de désengagement** : « *si plus haut on n'est pas entendu bah il y a un moment, en fait on va s'épuiser, et on va se dire ok, je me tais quoi »<sup>78</sup>.*
- Les propos évoquent également une **invisibilisation du travail réel et de l'expertise infirmière**. Plusieurs personnes soulignent que le contenu de leur activité reste méconnu : « *On est seulement vu pour quelqu'un qui donne à manger, qui fait des toilettes, et il ne voit pas toute cette réflexion scientifique qu'il y a autour »<sup>79</sup>, ou « ils ne voient pas ce qu'on fait »<sup>80</sup>. Cette perception est décrite comme contribuant à une compréhension partielle du rôle infirmier : « *...la méconnaissance de notre travail, et du coup la dévalorisation de notre travail qui est réduit à certains tâches alors qu'il est multi-tâches et multi-complexes »<sup>81</sup>.**

---

<sup>74</sup> Ibid. p.65.

<sup>75</sup> Ibid. p.38.

<sup>76</sup> Ibid. p.33.

<sup>77</sup> Ibid. p112.

<sup>78</sup> Ibid. p.86.

<sup>79</sup> Ibid. p.11.

<sup>80</sup> Ibid.p134.

<sup>81</sup> Ibid. p.11.

- Par ailleurs, la reconnaissance apparaît comme **inégalement distribuée** au sein même de la profession, en fonction des unités de soins, des spécialités, ou des relations interprofessionnelles. Certains relèvent cette **hétérogénéité des pratiques** infirmières, regroupée sous un même titre professionnel : « *on a le même métier, mais on ne fait pas la même chose* »<sup>82</sup>, ou « *Je pense qu'on n'a même pas tous, la même perception de notre métier alors qu'on a le même titre* »<sup>83</sup>. L'**absence de différenciation formelle** est ainsi évoquée dans le verbatim suivant : « *...ce qui différencie des médecins où chacun a sa spécialité. Il y a le médecin généraliste qui fait (...) de tout, mais après il y a le chirurgien, le chirurgien vasculaire...Nous on n'a pas tout ça.* »<sup>84</sup>. Cette variabilité est aussi décrite entre services : « *Tu as des services qui sont plus mis en lumière que d'autres..., des services qui travaillent dans l'ombre* », ou « *Quelqu'un qui fait du SMUR, il va avoir beaucoup plus de prestance... que quelqu'un (...), qui peut aller dans n'importe quel service* »<sup>85</sup>.
- Les discours suggèrent ainsi que la **reconnaissance perçue** est liée à la manière dont les infirmiers se positionnent **dans l'action**. Certains évoquent que son absence peut limiter la prise de parole ou l'initiative : « *On ne veut pas écouter parce que t'es infirmière et que t'as pas à décider...c'est pas à toi de décider ça, c'est pas à toi de dire ça, là, ça va me freiner, ...je dirai plus rien et je ferai mon travail, point* »<sup>86</sup>. A l'inverse, d'autres décrivent des évolutions perçues dans la reconnaissance : « *...j'ai l'impression qu'on est plus reconnus à notre juste valeur que comparé, quand je suis arrivée en 2016... j'avais vraiment l'impression qu'on était bon à faire et pas bon à réfléchir...et là je vois que voilà, 2026 c'est bon, c'est fait, on s'est fait entendre, on a pu quand même...donner notre avis...* »<sup>87</sup>.
- Enfin, les entretiens font apparaître une **tension** entre la **capacité** des professionnels à **s'engager** individuellement et les **conditions de reconnaissance** offertes par l'organisation. Les participants soulignent à la fois la nécessité pour la profession de se mobiliser et de valoriser son rôle tout comme ils insistent sur les limites de cette démarche en l'absence de soutien institutionnel.

Cette deuxième catégorie met en exergue une reconnaissance professionnelle à la fois plurielle et variable selon les contextes. Les éléments recueillis laissent entendre que les différentes

---

<sup>82</sup> Ibid. p.117.

<sup>83</sup> Ibid. p.116.

<sup>84</sup> Ibid. p.117.

<sup>85</sup> Ibid. p14.

<sup>86</sup> Ibid. p.11.

<sup>87</sup> Ibid. p.73.

formes de reconnaissance sont associées à la manière dont les infirmiers se positionnent et s'engagent dans leur pratique, dans un cadre organisationnel perçu comme inégalement soutenant.

Dans ce contexte, les résultats invitent à dépasser une lecture uniquement centrée sur la reconnaissance pour interroger plus largement les conditions organisationnelles et structurelles qui encadrent, limitent ou orientent l'expression du pouvoir d'agir infirmier, révélant des rapports de pouvoir asymétriques au sein des structures hospitalières.

|                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|
| <i>Pouvoir d'agir infirmier structurellement contraint et asymétrique</i> |
|---------------------------------------------------------------------------|

Il ressort de l'analyse des entretiens que le pouvoir d'agir infirmier ne se limite pas à une question de reconnaissance, mais s'inscrit dans un ensemble de contraintes structurelles, organisationnelles et symboliques qui en favorisent, ou au contraire, en limitent l'expression. Au-delà de sa dimension relationnelle, les propos évoquent des rapports de pouvoir perçus comme asymétriques, tant au niveau interprofessionnel qu'institutionnel.

- Tout d'abord, les données révèlent une **asymétrie interprofessionnelle persistante**, notamment dans les relations avec le corps médical. Plusieurs participants expriment un sentiment de limitation de leur légitimité dans certaines situations : « *Tu vois, je n'ai pas le pouvoir vis-à-vis des médecins... tu n'es pas légitime* »<sup>88</sup>, et « *même si c'est une question bête, ils vont me répondre qu'il y en a... Je suis pas sûre de moi, je vais réfléchir de ... parce que j'aurais peur de la réponse* » ou encore « *je rêverais d'un hôpital où les médecins sont sur le même niveau* »<sup>89</sup>. Ceci suggère l'existence d'une hiérarchisation implicite des savoirs et des statuts, dans laquelle l'expertise infirmière est perçue comme moins reconnue. Les discours laissent entendre que cette perception peut influencer la manière dont les infirmiers se positionnent dans les interactions professionnelles.
- Cette asymétrie est également évoquée au niveau organisationnel. Certains participants décrivent un département infirmier disposant d'un poids décisionnel perçu comme inférieur : « *La direction infirmière défend ses infirmiers, mais elle reste toujours en*

---

<sup>88</sup> Ibid. p.5.

<sup>89</sup> Ibid. p.160.

*dessous de la direction médicale... »*<sup>90</sup>, ou « *Je pense que si le médecin n'est pas d'accord, je ne suis pas sûre que le changement sera fait »*<sup>91</sup>. Ces éléments traduisent une perception d'inégalités dans les processus décisionnels.

- D'autres propos font également référence à des logiques économiques perçues comme influençant les rapports de pouvoir, comme l'illustre le discours suivant : « *ceux qui ramènent l'argent ici, c'est les médecins et donc les priorités sont à donner aux médecins »*<sup>92</sup>. Ces éléments suggèrent que certaines représentations organisationnelles peuvent être associées à la répartition du pouvoir au sein de l'institution.
- Les entretiens évoquent également des normes institutionnelles perçues comme peu adaptées à l'évolution du métier, limitant les marges de manœuvre des cadres et des équipes : « *...au niveau politique, ils pourraient certainement valoriser plus la profession, comme déjà, retirer le chef de la norme...le politique n'a pas changé grand-chose depuis les années 60-70... Qui a intérêt vraiment à ce que ça change ? »* et « *Au niveau de la norme. Pour permettre à des managers de faire leur job. Et renforcer ce rôle-là... »*<sup>93</sup>. Ces éléments traduisent une perception de contraintes liées à des cadres formels.
- De plus, les discours mettent en évidence une position organisationnelle centrale des infirmiers dans le fonctionnement quotidien des soins : « *c'est les infirmiers qui font le lien »*<sup>94</sup>, « *si moi je suis pas là, toi tu bosses pas. Ils le savent au fond d'eux »*<sup>95</sup>, ou « *je leur mâche quand même beaucoup le travail »*<sup>96</sup>. Cette centralité est associée à des fonctions de coordination et de régulation. Toutefois, plusieurs participants évoquent que cette position ne s'accompagne pas nécessairement d'une reconnaissance équivalente : « *On est toujours vu comme la personne qui est là 24h sur 24 et sur qui tout peut se reposer »*<sup>97</sup>. Ces éléments font apparaître une dissociation entre une implication importante dans le fonctionnement du système et une perception d'accès limité aux espaces décisionnels. L'analyse suggère que cette situation peut être associée à une répartition différenciée des responsabilités et du pouvoir formel.

---

<sup>90</sup> Ibid. p.57.

<sup>91</sup> Ibid. p.129.

<sup>92</sup> Ibid. p.148.

<sup>93</sup> Ibid. p.8.

<sup>94</sup> Ibid. p.20.

<sup>95</sup> Ibid. p.115.

<sup>96</sup> Ibid. p.138.

<sup>97</sup> Ibid. p.11.

- Les propos soulignent une organisation du pouvoir perçue comme descendante, marquée par un manque de concertation : « *c'est l'imposition et la non-discussion...* ». Certains cadres infirmiers décrivent une position intermédiaire, « *entre marteau et l'enclume* », chargés de « *faire accepter des décisions que notre direction a prises et qu'il faut expliquer sur le terrain* »<sup>98</sup>. Ceci traduit une perception de marges de manœuvre limitées dans certains contextes.
- Enfin, les entretiens font apparaître que ces contraintes sont également associées à des dimensions culturelles et symboliques. Les participants relatent la persistance d'une image vocationnelle et subalterne de la profession : « *Il y a toujours cette culture du métier qui existe ... L'infirmière obéit au médecin... ça fonctionne comme ça pour pas changer le pouvoir* »<sup>99</sup>. D'autres propos traduisent des formes d'autolimitation ou de résignation « *...le pouvoir, on l'aura jamais. On sera toujours à la merci des autres* »<sup>100</sup>, ou d'autolimitation « *je ne suis qu'infirmière...* »<sup>101</sup>.
- Ces éléments suggèrent que les représentations associées à la profession peuvent être liées à la manière dont les infirmiers se perçoivent et se positionnent dans les rapports de pouvoir.

En résumé, cette catégorie met en évidence un pouvoir d'agir perçu comme dépendant de multiples dimensions organisationnelles, relationnelles et symboliques. Les discours recueillis suggèrent que son expression varie selon les contextes, les interactions et les positions occupées, traduisant une perception d'inégalités dans l'accès à la décision et à l'influence au sein du système hospitalier.

Ces résultats montrent que la capacité des infirmiers à agir s'inscrit dans des dynamiques organisationnelles qui conditionnent leur accès à la légitimité et aux espaces de décision. Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'interroger la manière dont le leadership infirmier se construit concrètement, en tant que produit de ces dynamiques organisationnelles et des processus de formation.

---

<sup>98</sup> Ibid. p.15.

<sup>99</sup> Ibid. p.55.

<sup>100</sup> Ibid. p.58.

<sup>101</sup> Ibid. p.12.

Le leadership infirmier ne se construit pas uniquement de manière individuelle, mais s'inscrit comme résultant d'un ensemble d'interactions entre socialisation professionnelle, contexte organisationnel et reconnaissance institutionnelle. Ces dimensions sont mobilisées de manière variable dans les discours.

- Les données indiquent que la **formation initiale** constitue un espace important de **construction des représentations** professionnelles. Plusieurs décrivent une **socialisation** précoce aux **logiques hiérarchiques**, marquée par une intériorisation du rôle d'exécutant. Ainsi un étudiant décrit son rôle comme : « *On soigne les gens par rapport à des ordres qu'on nous donne. On exécute ce que les médecins nous demandent...* »<sup>102</sup>. Cette dynamique s'accompagne d'un **apprentissage implicite du rôle** dans les interactions professionnelles : « *quand j'étais diplômé, j'avais cet état d'esprit-là de me dire, ah oui, c'est toujours le docteur qui décide* »<sup>103</sup>. Certains propos évoquent également des formes d'**ajustement dans les interactions professionnelles** : « *je vais beaucoup plus vite parler à un infirmier qu'à un médecin* »<sup>104</sup>. Les données renvoient ainsi à des **normes intégrées** au cours du parcours de formation et des premières expériences professionnelles.
- D'une part, les données décrivent une évolution des **discours pédagogiques** avec une attention plus marquée à l'**autonomie** et à l'**identité** professionnelle : « *je pense quand même que le système (scolaire) a pris conscience de ça* ». Certains soulignent notamment les transformations des référentiels de formation, en lien avec l'approche par compétences, perçue comme intégrant davantage la dimension identitaire : « *...l'évaluation des compétences, c'est (aussi) dans la construction de l'identité professionnelle* ».
- L'enseignement est ainsi associé à une volonté de **faire évoluer les représentations** du rôle infirmier, notamment en questionnant certaines formes de dépendance : « *d'essayer de gommer avec les années cet esprit de soumission. Et donc ça se passe au niveau de l'enseignement* »<sup>105</sup>, ou « *dans la formation des infirmières, qu'on leur apprenne vraiment*

---

<sup>102</sup> Ibid. p.125.

<sup>103</sup> Ibid. p.95.

<sup>104</sup> Ibid. p.130.

<sup>105</sup> Ibid. p.111.

*à être une entité non dépendante d'un corps médical et d'être complémentaire. (...) le changement ne peut venir que de nous (...) accéder davantage sur l'identité et la posture »*<sup>106</sup>.

- D'autre part, les propos font apparaître une variabilité des **postures enseignantes** et des expériences rapportées. Les participants évoquent la coexistence de visions différentes du rôle infirmier au sein des espaces de formation : *« ça reste personne dépendant. Maintenant qu'il y a des profs qui sont conscients de ça, (...) mais qu'il y en a qui (...) (vont dire aux étudiants), « ne fait pas ce métier ».* Ces éléments renvoient à un espace pédagogique décrit comme **hétérogène**, dans lequel les approches et les messages transmis peuvent différer selon les intervenants.
- Les entretiens mettent également en évidence l'influence des **trajectoires individuelles** sur le rapport au métier et à sa transmission. Un enseignant évoque des expériences professionnelles marquantes : *« je ne supportais plus d'être mal considéré par mes propres collègues qui étaient le corps médical »,* ou encore *« c'est ça aussi qui fait que je suis parti, ...ça n'avait plus de sens »*<sup>107</sup>. Ceci renvoie à des parcours professionnels pouvant influencer la manière dont le métier est perçu et transmis.
- Au-delà de la formation, **l'environnement de travail** semble un élément important dans l'expression du leadership. Le rôle du soutien hiérarchique émerge comme un élément important : *« il y a un soutien de la part de la directrice... »,* ou *« elle est quand même transparente, elle nous donne beaucoup d'infos... (...) elle a confiance en nous »*<sup>108</sup>, et *« elle nous laisse quand même la possibilité de proposer, d'évoluer... »*<sup>109</sup>. A l'inverse, certains contextes sont décrits comme plus contraignants : *« certains en donnent (de la reconnaissance) et d'autres pas »*<sup>110</sup> mettant ainsi en évidence une **variabilité** des conditions d'expression du leadership selon les unités de soins.
- Par ailleurs, les résultats mentionnent des **limites** liées à **l'organisation du travail** et à la **participation aux décisions** : *« L'organisation d'une unité représente un certain frein, à mon sens. Les contraintes, en tout cas, liées à l'hôpital (...) Quand t'es infirmier, t'es*

---

<sup>106</sup> Ibid. p.110.

<sup>107</sup> Ibid. p.97-98

<sup>108</sup> Ibid. p.6.

<sup>109</sup> Ibid. p.54.

<sup>110</sup> Ibid. p.128.

*toujours frustré par le fait que tu ne décides de rien dans ton unité (...) Moi j'ai voulu être chef (...) Je voulais avoir le droit de parole sur mon quotidien »<sup>111</sup>. D'autres évoquent néanmoins l'existence d'**espaces de participation** lorsqu'ils sont présents : « *On leur laisse quand même aussi une certaine autonomie (...) de participer parfois à des prises de décisions (...) On les implique dans pas mal de projets institutionnels »<sup>112</sup>.**

- Enfin, plusieurs entretiens abordent la question de la reconnaissance de **l'expertise infirmière**, souvent en **comparaison** avec d'**autres professions** : « *je suis une des plus anciennes (...) je suis un point de repère »<sup>113</sup>, et « Quand il y a un problème de santé, (...) les experts, c'est quoi ? C'est des médecins ! (...) Alors que nous aussi, on a des doctorants-infirmiers »<sup>114</sup>. Les participants évoquent ainsi la **difficulté à être reconnu** au même titre que certaines professions : « *ce n'est pas considéré comme aussi valorisant, aussi intellectuel. Alors que c'est le même nombre d'années d'études »*, ou encore « *comme s'il y avait aussi (...) ce manque de légitimité (...) en comparaison avec le kiné »<sup>115</sup>. Ces propos renvoient à une reconnaissance perçue comme **variable** et **dépendante** des contextes.**

Dans l'ensemble, les données mettent en évidence une construction du leadership infirmier en lien avec des dimensions multiples – formation, contexte de travail et reconnaissance – dont l'articulation varie selon les situations. Les discours recueillis traduisent une diversité de positionnements et de conditions d'expression, suggérant un phénomène étroitement lié aux contextes dans lesquels il s'inscrit.

Cependant, bien que conditionné par ces dynamiques de formation, de reconnaissance et de contexte organisationnel, le leadership infirmier ne disparaît pas pour autant en l'absence de conditions formelles favorables. Les données suggèrent au contraire qu'il tend à se reconfigurer sous des formes plus informelles, situées et dépendantes des contextes locaux. Cette observation invite ainsi à analyser plus finement les modalités concrètes d'expression dans les pratiques, en tant que phénomène émergent, relationnel et contextuellement construit.

---

<sup>111</sup> Ibid. p105/158.

<sup>112</sup> Ibid. p.2.

<sup>113</sup> Ibid.p.52.

<sup>114</sup> Ibid. p.123.

<sup>115</sup> Ibid. p108.

Cette dernière catégorie met en lumière que le leadership infirmier ne se manifeste pas prioritairement à travers des fonctions formelles ou des positions institutionnellement reconnues, mais qu'il émerge davantage dans les pratiques quotidiennes, sous des formes informelles, relationnelles et situées. Dans la continuité des éléments précédemment identifiés concernant la construction du leadership, l'analyse se déplace ici vers ses modalités concrètes d'expression, en mettant en évidence son caractère contextuel et relationnel.

- Les entretiens avancent tout d'abord que le **leadership infirmier** se construit largement **en dehors des cadres statutaires** reconnus. Il ne relève pas d'une désignation officielle, mais d'une **reconnaissance implicite** entre pairs, reposant sur l'**expérience**, l'**expertise** ou la **capacité d'influence**. Comme le souligne un participant : « *en tant qu'ICU et ICS, se reposer sur les leaders informels, c'est vraiment important* »<sup>116</sup>. Le leadership est ainsi évoqué comme porté par des acteurs non identifiés institutionnellement mais reconnus localement dans les équipes.
- Toutefois, l'analyse fait apparaître des **limites liées aux normes** organisationnelles et hiérarchiques. Plusieurs entretiens évoquent des **frontières implicites** quant à la légitimité à exercer une influence, notamment en fonction du **statut** : « *quand t'es infirmier, c'est plus compliqué.* »<sup>117</sup>. Ils suggèrent ainsi que l'initiative peut être perçue comme difficile à exprimer dans certains contextes : « *...quand t'es infirmier, si tu veux exprimer ton leadership... Je pense que ça pourrait être perçu comme de l'insubordination* »<sup>118</sup>, ou encore « *je me sens pas légitime parce que j'ai l'impression de remplacer ma cheffe, c'est ma cheffe* »<sup>119</sup>.
- Le leadership est également décrit à travers des **dynamiques relationnelles**, notamment en lien avec la **confiance**, le **soutien** et la **reconnaissance interpersonnelle**. Les participants évoquent l'importance de : « *renforcer sa confiance en elle (une collaboratrice), lui montrer qu'au final, elle a de la valeur et des compétences* »<sup>120</sup>, soulignant les pratiques de soutien au sein des équipes.

---

<sup>116</sup> Ibid. p.84.

<sup>117</sup> Ibid. p.103.

<sup>118</sup> Ibid. 103.

<sup>119</sup> Ibid. p.65.

<sup>120</sup> Ibid. p.83.

- De plus, les résultats montrent que l'expression du leadership varie selon les **contextes organisationnels**. Plusieurs personnes relèvent le rôle du **climat de travail** : « *les tensions entre les départements, les conflits ... Le contexte ne se prête pas pour que les infirmières osent exprimer leurs opinions* » ou encore « *renforcer ou favoriser ou développer leur leadership infirmier. Je pense que le contexte fait beaucoup* »<sup>121</sup>. Ces éléments suggèrent que certaines conditions peuvent faciliter ou limiter l'expression du leadership. Cette variabilité est également évoquée à travers les **styles de management** et les environnements de travail : « *il y a des leaders qui sont assez...qui élèvent. Il y a des leaders qui, au final, nous freinent* »<sup>122</sup>. Ceci illustre les expériences contrastées selon les contextes.
- Enfin, les données soulignent que ces **dynamiques** restent majoritairement **individuelles** et **peu structurées collectivement**. Certains pointent ainsi les difficultés de se mobiliser à l'échelle du groupe professionnel : « *...elle est dépendante (...) de notre uniformité. On se met plus facilement d'accord entre 40 médecins qu'entre 2000 infirmières* » ou encore « *On n'a pas de corps (...), on n'est vraiment pas corporatistes* »<sup>123</sup>.

Dans l'ensemble, les discours recueillis mettent en avant un leadership présent dans les pratiques quotidiennes, mais dont les modalités d'expression varient selon les contextes, les relations et le cadre organisationnels.

#### 8.4. Synthèse des résultats

Au terme de cette analyse inductive, les résultats mettent en avant que la capacité de leadership et de pouvoir d'agir des infirmiers est associée à une combinaison de facteurs relevant des représentations sociales, de l'identité professionnelle, des formes de reconnaissance et du contexte organisationnel.

Il ressort des entretiens que infirmiers sont à la fois porteurs de représentations marquées par un héritage historique, tout en évoquant des évolutions dans leurs propres pratiques et leur positionnement professionnel. Ils mettent également en avant des tensions dans la construction

---

<sup>121</sup> Ibid. p.104.

<sup>122</sup> Ibid. p.83.

<sup>123</sup> Ibid. p.151.

de l'identité professionnelle, ainsi qu'une reconnaissance perçue comme variable selon les contextes et les interactions.

Par ailleurs, les données montrent que l'expression du pouvoir d'agir et du leadership varie selon les conditions organisationnelles, les marges de manœuvre perçues et l'accès aux espaces de décision. Les formes de leadership décrites apparaissent majoritairement informelles, relationnelles et dépendantes des contextes dans lesquels elles s'inscrivent.

Dans l'ensemble, les résultats soulignent un phénomène pluriel et situé, dont les modalités d'expression varient selon les situations et les environnements professionnels. Ces éléments invitent dès lors à être mis en perspective à la lumière du cadre théorique mobilisé, et ce, afin d'en approfondir la compréhension.

## 9. Discussion

### 9.1. Une dynamique systémique entre représentations, identité et pouvoir d'agir

L'analyse des résultats avance que la capacité de leadership et de pouvoir d'agir des infirmiers ne peut être comprise comme le produit d'un facteur isolé, mais qu'elle s'inscrit dans un système dynamique d'interactions entre représentations sociales, identité professionnelle, reconnaissance et contexte organisationnel. Cette lecture systémique, déjà suggérée par l'arbre thématique proposé dans le chapitre résultats, se trouve ici confirmée par l'articulation des différentes catégories issues de l'analyse inductive.

Les données recueillies montrent en effet que les représentations sociales de la profession infirmière constituent un cadre structurant du vécu professionnel. Leur influence ne s'exerce pas pour autant directement sur l'action, mais semble passer par des processus médiateurs, notamment la construction identitaire et le sentiment de légitimité. Cette observation rejoint les travaux de Moscovici (1988), selon lesquels les représentations sociales orientent les pratiques en structurant les systèmes de signification. Néanmoins, les résultats suggèrent ici que cette influence est plus indirecte et dynamique que ne le laissent entendre certaines approches plus déterministes, en mettant en évidence le rôle central des processus de médiation.

Dans cette perspective, l'identité professionnelle joue un rôle charnière dans le passage des représentations à l'action. Si cette analyse est cohérente avec les travaux de Dubar (2000), qui

souligne la tension entre identité attribuée et identité revendiquée, les données montrent que cette tension semble particulièrement exacerbée dans le contexte hospitalier étudié, en raison de contraintes organisationnelles fortes et de rapports de pouvoir historiquement ancrés. L'identité ne se construit donc pas uniquement dans une dynamique interactionnelle et de parcours de vie, mais également dans un cadre institutionnel qui en limite les possibilités de transformation.

Par ailleurs, la reconnaissance apparaît comme une condition essentielle mais insuffisante du pouvoir d'agir. Les résultats mettent en évidence une reconnaissance fragmentée, principalement interpersonnelle et faiblement institutionnalisée, ce qui en freine la portée en termes d'action. Cette configuration confirme en partie les analyses de Honneth (1992), pour qui la reconnaissance constitue une condition essentielle de l'affirmation de soi et de la participation à la vie sociale. Elle invite cependant à nuancer cette perspective en montrant que certaines formes de reconnaissance, lorsqu'elles reposent sur une logique d'utilité fonctionnelle plutôt que sur une reconnaissance de l'expertise, peuvent paradoxalement renforcer des formes de dépendance plutôt que soutenir l'autonomie.

Enfin, ces dynamiques s'inscrivent dans un cadre organisationnel marqué par des asymétries de pouvoir persistantes, notamment dans les relations interprofessionnelles et dans l'accès aux espaces décisionnels. Le pouvoir d'agir infirmier apparaît non seulement relationnel, mais également structurellement contraint, rejoignant ainsi les travaux de Kanter (1993) et de Laschinger et al. (2001) sur l'empowerment structurel. Les résultats apportent toutefois une contribution supplémentaire en mettant en évidence le rôle des dimensions symboliques et culturelles telles que les représentations sociales et les normes professionnelles intériorisées, dans la limitation du pouvoir d'agir.

Notre recherche suggère ainsi que le pouvoir d'agir infirmier ne peut être compris sans articulation étroite entre dimensions individuelles, relationnelles et structurelles, invitant à dépasser les approches centrées sur le seul développement des compétences pour intégrer pleinement les enjeux symboliques et organisationnels.

## 9.2. Représentations sociales et identité professionnelle...Entre stabilité du noyau central et dynamiques de transformation

L'un des apports de ce travail est la mise en évidence d'une représentation sociale de la profession infirmière structurée autour d'un noyau central stable, dominé par des valeurs relationnelles telles que le soin, l'empathie et l'accompagnement. Fortement présentes dans les discours des participants, ces dimensions semblent constituer le socle identitaire du métier, en cohérence avec la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1998 ; Abric, 1994).

Malgré les transformations importantes de la profession infirmière, ce noyau central paraît conserver une forte stabilité. Cette permanence peut être rattachée à l'ancrage historique et symbolique du métier. Dans la théorie d'Abric (1994), le noyau central assure en effet la cohérence et la pérennité des représentations en lien avec les valeurs fondamentales du groupe social. Cet ancrage contribue, dans le cas présent, à maintenir une vision du métier centrée sur le registre vocationnel, ce que plusieurs travaux en sciences infirmières ont également mis en avant (Hoeve et al., 2014 ; Ten Hoeve, Jansen et Roodbol, 2014).

Toutefois, les résultats nous montrent également l'émergence d'éléments périphériques en transformation, liés à la technicité, l'autonomie et à la collaboration interprofessionnelle. La coexistence entre ce noyau central stable et ces éléments périphériques, plus évolutifs, laisse penser à une représentation en tension, caractéristique des professions en mutation. Cette observation rejoint les travaux d'Abric (1994), selon lesquels les éléments périphériques, plus sensibles aux contextes et aux expériences, jouent un rôle important dans l'adaptation des représentations sociales.

Les résultats soulignent cependant que cette transformation reste partielle et parfois contradictoire. Ils révèlent en effet une identité professionnelle oscillant entre une posture de subordination historiquement construite, et une volonté d'affirmation professionnelle. Si cette tension rejoint les analyses de Dubar (2000), elle semble ici renforcée par la persistance de normes organisationnelles et culturelles qui limitent l'évolution de cette identité revendiquée.

Dans cette perspective, le décalage entre représentations héritées et pratiques contemporaines peut être envisagé comme un facteur de fragilisation identitaire. Plusieurs travaux en soins infirmiers (Hoeve et al, 2014), soulignent d'ailleurs que ces tensions identitaires peuvent freiner le développement de l'autonomie professionnelle et le positionnement des infirmiers, pourtant essentiels à l'exercice du leadership. Les résultats de cette recherche vont donc dans ce sens, en

montrant que la difficulté à se percevoir comme un acteur pleinement légitime semble limiter l'engagement dans des dynamiques de leadership.

Dès lors, les représentations sociales apparaissent non seulement comme un cadre de perception du métier, mais également comme élément participant à la construction des identités professionnelles, lesquelles influencent en retour les possibilités d'action et de positionnement. Cette dynamique permet notamment de mieux comprendre pourquoi certaines évolutions du métier peinent encore à se traduire concrètement dans les pratiques, malgré une reconnaissance croissante des compétences infirmières.

### 9.3. Reconnaissance et légitimité : des conditions nécessaires mais ambivalentes de l'action et du pouvoir d'agir

Les résultats illustrent le rôle central de la reconnaissance dans la construction du pouvoir d'agir infirmier. Celle-ci influence le sentiment de légitimité, la prise de parole et l'engagement dans l'action. Toutefois, les données montrent également qu'elle reste plurielle, fragmentée et parfois ambivalente dans ses effets.

Dans un premier temps, les entretiens confirment l'importance de la reconnaissance interpersonnelle, notamment au sein des équipes de proximité. Les marques de confiance, de respect ou encore les interactions quotidiennes apparaissent comme des ressources importantes de soutien et d'engagement professionnel. Cette observation rejoint les travaux de Honneth (1992), pour qui la reconnaissance dans la sphère des relations sociales constitue un fondement essentiel de l'estime de soi et de la participation à la vie collective. Elle fait également écho aux analyses de Dejours (2000), qui souligne l'importance de la reconnaissance du travail réel dans la construction du sens et de l'identité au travail.

Cependant, il est important de nuancer cette lecture. Les formes de reconnaissance interpersonnelle évoquées par les participants semblent souvent reposer sur une logique d'utilité organisationnelle, dans laquelle l'infirmier est valorisé avant tout comme une ressource indispensable au fonctionnement du système, notamment médical. Dans ce cadre, la reconnaissance porte moins sur l'expertise propre ou l'autonomie professionnelle que sur la capacité à « tenir » le service ou à soutenir les autres acteurs.

Cette forme de reconnaissance, bien que nécessaire dans le quotidien professionnel, apparaît ainsi ambivalente. Si elle peut soutenir l'engagement à court terme, elle ne favorise pas

nécessairement une reconnaissance réelle de l'autonomie infirmière. Cette observation rejoint les travaux de Gernet et Dejours (2009) ainsi que ceux de Pierson (2011), qui montrent que la reconnaissance, si elle ne s'accompagne pas d'un accès réel aux espaces décisionnels et d'une valorisation effective du travail, peut contribuer au maintien de formes de dépendance.

Par ailleurs, les résultats soulignent une faible reconnaissance institutionnelle. Le manque d'implication dans les processus décisionnels, le manque de visibilité du travail infirmier ou encore le sentiment de ne pas être entendus, traduisent une reconnaissance organisationnelle perçue comme limitée. Ces constats rejoignent plusieurs travaux en soins infirmiers soulignant les liens entre environnement organisationnel, empowerment et engagement professionnel, (Laschinger et al. 2001 ; Van Bogaert et al., 2016).

Les données suggèrent toutefois que cette faible reconnaissance institutionnelle ne relève pas uniquement d'un manque de dispositifs formels. Elle semble également s'inscrire dans des dynamiques culturelles et symboliques plus profondes, liées à la place historiquement attribuée aux infirmiers dans le système hospitalier.

L'analyse montre en outre que la reconnaissance apparaît inégalement distribuée, tant entre les professions qu'au sein même de la profession. Les différences entre unités de soins, spécialités ou niveaux d'expérience conduisent à des formes de valorisation variables. Cette observation rejoint plusieurs travaux soulignant la diversité des rôles infirmiers aussi que les difficultés persistantes à faire reconnaître cette pluralité au sein des organisations de santé (Hoeve et al., 2014 ; Lopez-Verdugo et al., 2021). Elle met en évidence les limites d'une profession rassemblée sous une identité commune, mais traversée par des pratiques et des statuts différenciés.

Dans ce contexte, la reconnaissance apparaît comme une condition importante du pouvoir d'agir, sans toutefois en garantir à elle seule l'expression. Les résultats soulignent que son absence peut favoriser des formes de retrait, d'autocensure ou de désengagement rejoignant les analyses de Dejours (2000) sur les liens entre reconnaissance et engagement au travail. À l'inverse, sa présence ne conduit pas automatiquement à une plus grande capacité d'action, notamment lorsqu'elle reste informelle, ponctuelle ou centrée sur l'utilité plutôt que sur la légitimité professionnelle.

Enfin, les données suggèrent une tension entre responsabilité individuelle et reconnaissance externe dans la construction du pouvoir d'agir. Si certains abordent l'importance de se mobiliser collectivement et de valoriser davantage le rôle infirmier, ils insistent également sur les limites

de cette démarche en l'absence de soutien institutionnel. Cette tension rejoint les approches de l'empowerment, selon lesquelles le développement du pouvoir d'agir ne peut reposer uniquement sur les individus, mais nécessite également des conditions organisationnelles favorables (Kanter, 1993 ; Laschinger et al., 2001).

Ainsi, la reconnaissance apparaît comme une ressource importante du pouvoir d'agir infirmier sans pour autant suffire, à elle seule, à en garantir l'expression. Celle-ci demeure étroitement liée aux contraintes organisationnelles et aux rapports de pouvoir qui structurent le système hospitalier.

#### 9.4. Le pouvoir d'agir infirmier : une capacité structurellement contrainte par les rapports organisationnels

Le pouvoir d'agir infirmier ne peut être compris uniquement à partir des dimensions individuelles ou relationnelles. L'analyse montre qu'il s'inscrit dans un ensemble de contraintes structurelles et organisationnelles qui influencent fortement ses possibilités d'expression. Si les éléments précédents ont mis en évidence l'importance de la reconnaissance professionnelle, ils soulignent également que celle-ci reste insuffisante lorsqu'elle ne s'accompagne pas de conditions organisationnelles favorables.

Les résultats évoquent l'existence de rapports de pouvoir asymétriques au sein des structures hospitalières, limitant l'accès des infirmiers aux espaces décisionnels et influençant leur capacité à agir. Cette asymétrie s'inscrit dans une organisation historiquement marquée par une hiérarchisation des savoirs et des statuts, au sein de laquelle le pouvoir médical conserve une position dominante. Ces constats rejoignent plusieurs travaux sur l'identité professionnelle infirmière, montrant que la construction du rôle infirmier reste fortement influencée par des rapports de dépendance structurelle vis-à-vis du corps médical (Hoeve et al., 2014 ; van der Cingel & Brouwer, 2021).

Au-delà de cette dimension historique, les contraintes organisationnelles se traduisent concrètement par une limitation des marges de manœuvre dans la pratique quotidienne. Le manque de participation aux processus décisionnels, les logiques descendantes de gestion et les tensions interprofessionnelles contribuent à restreindre l'expression du pouvoir d'agir. Cette situation peut également être mise en lien avec la structuration institutionnelle des organisations hospitalières, au sein desquelles la représentation du corps médical dans les instances

stratégiques, telles que les conseils d'administration, est souvent plus importante que celle du département infirmier. Cette asymétrie institutionnelle tend à renforcer la prédominance du pouvoir médical dans les orientations organisationnelles et les arbitrages stratégiques.

À l'inverse, certains modèles, tels que les Magnet Hospitals, renforcent l'intégration du leadership infirmier dans la gouvernance hospitalière, favorisant ainsi une participation plus importante aux décisions et un renforcement du pouvoir d'agir des professionnels (Laschinger et al., 2001 ; Sarto & Veronesi, 2016).

Ces observations rejoignent les travaux sur l'empowerment structurel, selon lesquels la capacité des professionnels à agir dépend de l'accès à l'information, aux ressources, au soutien et aux opportunités au sein de l'organisation (Laschinger et al., 2001 ; Van Bogaert et al., 2016). Le pouvoir d'agir apparaît dès lors, non seulement comme une capacité individuelle, mais également comme une propriété organisationnelle, distribuée inégalement selon les contextes.

Les résultats mettent également en évidence un paradoxe organisationnel important : les infirmiers occupent une position centrale dans la coordination des soins et le fonctionnement quotidien des unités, tout en restant relativement marginalisés dans les espaces formels de décision. Cet écart entre centralité fonctionnelle et pouvoir décisionnel contribue à fragiliser leur capacité d'influence. Cela renvoie à une forme d'invisibilisation du travail réel, déjà décrite dans la littérature, où les activités de coordination, de régulation et d'anticipation, pourtant essentielles, restent peu reconnues et difficilement valorisées (Gernet et Dejours, 2009).

Par ailleurs, ces contraintes structurelles ne s'exercent pas uniquement à travers des dispositifs formels. Elles semblent également renforcées par des mécanismes culturels et symboliques. Les représentations sociales associées à la profession infirmière, marquées par des valeurs de dévouement, de discrétion et de subordination, participent à la reproduction de certains rapports de pouvoir. Les travaux sur les représentations sociales montrent d'ailleurs que ces systèmes de pensée contribuent à orienter les pratiques et à entretenir certaines hiérarchies professionnelles en les rendant socialement légitimes ou « naturelles » (Moscovici, 1988 ; Wagner et al., 1999).

Le pouvoir d'agir infirmier apparaît ainsi comme une capacité à la fois contrainte et située, étroitement dépendante des structures organisationnelles, des rapports de pouvoir et des cadres symboliques. Cette analyse conduit à dépasser une approche uniquement individuelle du pouvoir d'agir pour le considérer comme un phénomène systémique, impliquant également des transformations organisationnelles et culturelles.

### 9.5. Le leadership infirmier : un potentiel contraint, peu reconnu et partiellement conscientisé

Les paragraphes précédents ont mis en exergue les contraintes structurelles, organisationnelles et symboliques qui pèsent sur le pouvoir d’agir infirmier. Cependant, les résultats permettent également d’éclairer une autre dimension, encore peu explorée : celle de la faible conscientisation du leadership infirmier et de son manque d’appropriation collective.

Les données montrent en effet que les infirmiers exercent quotidiennement des formes d’influence, de coordination et de régulation qui relèvent du leadership. Leur rôle dans la qualité et la continuité des soins, la gestion des situations complexes ou encore la mobilisation des équipes témoignent d’une réelle capacité à orienter l’action et à structurer le travail collectif. Cette observation rejoint les approches du leadership comme processus d’influence diffus, ne se limitant pas aux fonctions hiérarchiques (Northouse, 2007). Toutefois, un élément marquant de cette recherche réside dans le fait que ces pratiques sont rarement identifiées comme du leadership par les professionnels eux-mêmes. Celui-ci semble davantage exercé que réellement nommé ou revendiqué. Dès lors, sa transformation en véritable levier d’action reste limitée.

Cette difficulté peut être reliée aux travaux de Dubar (2000), selon lesquels l’identité professionnelle conditionne non seulement les pratiques, mais également la manière dont les individus interprètent leur rôle et donnent du sens à leur action. En l’absence d’une représentation du métier intégrant explicitement le leadership, celui-ci tend à rester peu visible, y compris pour ceux qui l’exercent au quotidien.

Les résultats laissent également penser que cette invisibilisation ne relève pas uniquement d’un manque de reconnaissance externe, mais également de normes professionnelles intériorisées. Le leadership est souvent perçu comme associé à des qualités personnelles ou à des fonctions spécifiques plutôt qu’à une composante du rôle infirmier. Cette représentation contribue à maintenir un décalage entre les pratiques réelles et la manière dont elles sont perçues, alors que les approches contemporaines du leadership insistent plutôt sur sa dimension collective et partagée.

Dans ce sens, la question du collectif professionnel apparaît centrale. Les résultats montrent une faible mobilisation collective autour des enjeux de leadership et de pouvoir d’agir. Si plusieurs participants évoquent la nécessité de valoriser leur rôle et de se positionner plus

activement, ces démarches restent principalement individuelles et peu structurées au niveau du groupe professionnel.

Or, les travaux sur l'empowerment soulignent que le pouvoir d'agir ne peut être envisagé uniquement comme une capacité individuelle, mais repose également sur des dynamiques collectives de mobilisation et de reconnaissance mutuelle (Kanter, 1993 ; Laschinger et al., 2001). Les résultats de cette recherche semblent aller dans ce sens, tout en suggérant que cette dimension reste peu développée dans le contexte étudié. Le leadership infirmier apparaît ainsi comme un potentiel existant, mais insuffisamment investi collectivement.

Cette faible appropriation collective semble également liée à certains traits culturels historiquement associés à la profession, notamment l'importance accordée au soin, à la relation et à la continuité des prises en charge. Si ces éléments soutiennent la qualité des soins, ils peuvent également contribuer à reléguer au second plan les enjeux plus stratégiques liés au positionnement professionnel et de transformation organisationnelle.

Enfin, l'absence de conscientisation et de structuration collective du leadership contribue à maintenir un écart entre la place centrale occupée par les infirmiers dans le fonctionnement quotidien des organisations hospitalières et leur faible capacité d'influence formelle. Malgré leur rôle essentiel dans la coordination et la continuité des soins, leur difficulté à se percevoir et à se mobiliser comme un collectif porteur de leadership, limite la transformation de cette centralité en pouvoir d'agir effectif.

#### 9.6. Une profession en tension

Cette recherche nous montre que les différentes dimensions explorées ne relèvent pas de phénomènes isolés, mais s'inscrivent dans une dynamique globale traversée par des tensions structurantes. En effet, ces tensions, mises en lumière de manière transversale dans l'ensemble de la discussion, constituent ainsi un cadre explicatif central pour comprendre les limites du leadership et du pouvoir d'agir infirmier.

La profession semble confrontée à une tension persistante entre transformation et permanence. D'un côté, les pratiques évoluent, intégrant des compétences accrues en matière d'autonomie, de coordination et de gestion de la complexité. De l'autre, ces évolutions se heurtent à la stabilité de représentations sociales historiquement ancrées, qui continuent d'orienter les manières de se percevoir et de se positionner. Ce décalage produit une forme d'inertie

symbolique, limitant la traduction des évolutions du métier en reconnaissance et en légitimité professionnelle.

Cette dynamique se prolonge dans une tension entre reconnaissance et pouvoir d'agir. Si des formes de reconnaissance existent, notamment au niveau interpersonnel, elles restent fragmentées, instables et insuffisamment institutionnalisées pour soutenir une légitimité durable. Dès lors, la reconnaissance apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante, à la concrétisation d'une capacité d'influence réelle. Par ailleurs, les résultats, révèlent un écart marqué entre la centralité fonctionnelle des infirmiers dans le système de soins et leur faible accès aux espaces décisionnels.

Cette configuration traduit une tension entre responsabilité et pouvoir, dans laquelle les professionnels sont fortement mobilisés dans l'action, sans disposer pleinement des leviers nécessaires pour en orienter les conditions. Autrement dit, elle participe à maintenir une position d'acteur indispensable, mais peu influent.

Enfin, l'ensemble de ces éléments conduit à considérer le pouvoir d'agir infirmier non comme un déficit isolé, mais comme le produit d'un système de contraintes et de paradoxes qui se renforcent mutuellement. Cette observation invite à dépasser les approches centrées sur les seules compétences individuelles, pour envisager le pouvoir d'agir comme une construction à la fois symbolique, collective et organisationnelle.

Par ailleurs, les résultats soulignent une fragilité du collectif professionnel, limitant la capacité des infirmiers à se constituer comme un véritable corps, porteur d'intérêts communs. Cette faible structuration collective favorise des dynamiques d'action principalement individuelles et peu relayées à un niveau institutionnel, contribuant ainsi à une difficulté à faire reconnaître le rôle infirmier et à peser sur les décisions organisationnelles.

Au terme de cette analyse, les résultats suggèrent que les représentations sociales de la profession infirmière influencent la capacité de leadership et de pouvoir d'agir de manière indirecte et systémique. Elles participent à structurer l'identité professionnelle et le sentiment de légitimité, lesquels conditionnent ensuite l'engagement dans des pratiques de leadership. Toutefois, ce leadership apparaît comme peu conscientisé et insuffisamment construit collectivement, limitant son expression concrète dans l'action. De plus, ces dynamiques restent étroitement dépendantes des facteurs organisationnels et des formes de reconnaissance, situant le pouvoir d'agir à l'intersection de dimensions individuelles, collectives et structurelles.

Ce travail défend l'idée que les limites du pouvoir d'agir infirmier ne relèvent pas uniquement de contraintes externes ou organisationnelles, mais trouvent également leur ancrage dans des mécanismes symboliques et identitaires intériorisés. Cette réflexion conduit à déplacer le regard en soulignant que les transformations attendues ne pourront reposer uniquement sur des évolutions structurelles. Elles impliquent également une prise de conscience et une mobilisation des acteurs de la profession eux-mêmes, dans leur capacité à interroger, faire évoluer et se réappropriier les représentations, les pratiques collectives et leur positionnement au sein des organisations.

### 9.7. Apports de la recherche

Cette recherche apporte plusieurs contributions, tant sur le plan théorique qu'empirique et analytique, permettant d'éclairer les dynamiques de leadership et de pouvoir d'agir au sein de la profession infirmière.

Sur le plan théorique, ce travail met en évidence le rôle central des représentations sociales dans la compréhension du pouvoir d'agir. En articulant ces représentations avec les notions d'identité professionnelle et de légitimité, il propose une approche intégrée dépassant celles centrées essentiellement sur les compétences ou les conditions organisationnelles. Le pouvoir d'agir apparaît ainsi comme inscrit dans une dynamique plus large, à la fois symbolique et sociale.

Sur le plan empirique, l'analyse met en lumière plusieurs éléments encore peu explorés, notamment le caractère peu conscientisé du leadership infirmier ainsi que la place centrale, mais ambivalente, de la reconnaissance. Elle souligne également l'existence de tensions structurantes traversant la profession, entre autonomie et subordination, centralité et invisibilité, ou encore transformation des pratiques et permanence des représentations.

Enfin, son apport principal, réside dans l'approche systémique du pouvoir d'agir infirmier. Celui-ci ne peut être réduit ni à une capacité individuelle, ni à un simple effet des structures organisationnelles, mais apparaît comme le résultat d'interactions complexes entre représentations sociales, dynamiques identitaires, formes de reconnaissance et conditions organisationnelles. Cette recherche souligne également l'importance du collectif professionnel, dont la faible structuration semble constituer un frein important à la transformation du leadership en pouvoir d'agir effectif.

## 9.8. Limites de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une démarche qualitative exploratoire visant à comprendre en profondeur un phénomène et à proposer des pistes d'analyse pouvant être pertinentes dans des contextes similaires. Dès lors, la taille restreinte de l'échantillon, son caractère non représentatif ainsi que son mode de sélection raisonné invitent à une lecture prudente des résultats. Par ailleurs, ces résultats restent étroitement liés au contexte dans lequel l'étude s'est déroulée. Celle-ci a été menée dans un hôpital spécifique, avec une organisation, une culture professionnelle et des dynamiques qui lui sont propres. Ainsi, le départ du directeur général en cours de recherche, dans un climat perçu comme incertain, a pu contribuer à un sentiment d'inquiétude susceptible d'avoir influencé certains discours et perceptions du pouvoir d'agir. Ces éléments renforcent le caractère situé des résultats et en limitent la transférabilité.

En outre, la nature même de la démarche qualitative implique une part de subjectivité dans l'analyse. Les données recueillies reposent sur des discours pouvant être influencés par des logiques de désirabilité sociale ou de rapports hiérarchiques existants. Mon positionnement au sein du cadre intermédiaire a donc pu influencer certains propos recueillis. De la même manière, l'interprétation des données, liée à ma posture de chercheuse, constitue à la fois une richesse et une limite.

Enfin, l'hétérogénéité de l'échantillon, tant en termes de fonctions que d'unités de soins ou d'expériences professionnelles, a permis de croiser les regards tout en complexifiant la stabilisation des analyses. Elle souligne la diversité des réalités professionnelles et limite la possibilité de transférer les résultats à l'identique dans d'autres contextes.

## 9.9. Pistes de recherche

Malgré ses limites, cette recherche ouvre plusieurs perspectives de réflexion autour des dynamiques identitaires, collectives et organisationnelles de la profession infirmière.

Les résultats invitent notamment à approfondir l'étude des représentations du rôle infirmier, encore marquées par des logiques individuelles et vocationnelles, pouvant freiner la construction d'un positionnement collectif plus affirmé. Il pourrait notamment être intéressant d'explorer dans quelle mesure certains espaces de coordination, de réflexion et de

représentation professionnelle influencent le sentiment de légitimité, le leadership et le pouvoir d'agir des infirmiers.

De plus, ce travail a souligné l'importance des processus de socialisation professionnelle dans la construction de l'identité infirmière. Une attention particulière pourrait être portée à la manière dont les représentations du métier, du leadership et de la position des infirmiers dans les organisations se construisent dès la formation et les premières expériences de terrain. L'étude des discours et postures pédagogiques, des contenus de formation et des interactions interprofessionnelles pourraient ainsi constituer un axe de recherche pertinent.

Au-delà des enjeux de formation et de socialisation professionnelle, les résultats soulignent également le rôle des contextes organisationnels dans les possibilités d'expression du leadership infirmier. Il semblerait dès lors pertinent d'interroger les modes de gouvernance hospitalière marqués par une faible représentation des infirmiers dans les instances décisionnelles, notamment au sein des conseils d'administration. Cette configuration, souvent influencée par des logiques gestionnaires et financières, illustre la place encore limitée accordée au leadership infirmier dans les orientations stratégiques des hôpitaux. Elle met ainsi en lumière les enjeux liés à la participation des infirmiers aux espaces décisionnels, à leur reconnaissance institutionnelle et à leur capacité d'influence au sein des organisations.

Dans l'ensemble, ces perspectives invitent à poursuivre une réflexion sur les liens entre représentations professionnelles, dynamiques collectives et accès des infirmiers aux espaces d'influence au sein des structures hospitalières.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de ce travail, il m'apparaît que la question du pouvoir d'agir infirmier ne peut être réduite à un enjeu de compétences, ni même à une simple problématique organisationnelle. Elle renvoie plus largement à la manière dont une profession se perçoit, se construit et se positionne dans un système de soins en constante évolution.

Ce mémoire m'a permis de prendre conscience que les limites observées ne relèvent pas uniquement de contraintes externes, mais s'inscrivent également dans des dynamiques symboliques et identitaires plus profondes, où se mêlent représentations, identité professionnelle et rapports de pouvoir. En ce sens, le pouvoir d'agir ne se décrète pas : il se construit, individuellement et collectivement, dans un équilibre parfois fragile entre adaptation aux contraintes et capacité à les questionner.

Cette réflexion invite dès lors à porter un nouveau regard sur la profession infirmière, non plus uniquement comme un acteur du soin, mais comme un acteur à part entière du système de santé, capable d'en influencer les dynamiques. Elle souligne également que les transformations attendues ne pourront se concrétiser sans une évolution des représentations et des dynamiques collectives au sein même de la profession, notamment dans la manière dont les infirmiers se perçoivent, se positionnent et se mobilisent collectivement.

Enfin, l'aboutissement de ce mémoire m'amène à considérer que les enjeux futurs ne résident pas uniquement dans une reconnaissance accordée par d'autres, mais également dans la capacité des infirmiers à se reconnaître eux-mêmes comme porteurs d'un rôle, d'une expertise et d'un pouvoir d'action. C'est peut-être dans cette tension, entre regard porté et regard construit, que se joue aujourd'hui une part essentielle de l'évolution de la profession.

## BIBLIOGRAPHIE

L'ensemble des traductions de l'anglais vers le français ont été générées par DeepL Pro® (2025-2026).

### Articles de revue

Alluhaybi et al. (2025). Excellent Nursing Leadership Towards Magnet Culture Among Nurse Leaders: An Interview Study. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8). <https://doi.org/10.1111/jan.16662>

Beukeboom, C. J. (2025). Linguistic stereotyping in natural language: How and when we generalize in communication about people. *Atlantic Journal of Communication*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/15456870.2025.2525799>

Dubar, Claude. La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. 5<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin, 2022. - 251 p. - (U. Sociologie). (2022). *Formation emploi*, n° 158(2), XVI-XVI. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/revue-formation-emploi-2022-2-page-XVI?lang=fr>

Floriani, A. (2025, mai 5). Origines du métier infirmier : Histoire et étymologie multilingue - *Journal des Infirmiers*. <https://journaldesinfirmiers.fr/origines-du-metier-infirmier-histoire-et-etymologie-multilingue/>

Gernet, I., & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8(2), 27-36. <https://doi.org/10.3917/nrp.008.0027>

Han, N. K., & Kim, G. S. (2024). The Barriers and Facilitators Influencing Nurses' Political Participation or Healthcare Policy Intervention: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Nursing Management*, 2024(1), 2606855. <https://doi.org/10.1155/2024/2606855>

- Hoeve, Y. ten, Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession : Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295-309. <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
- Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings : Expanding Kanter's model. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>
- López-Verdugo, M., Ponce-Blandón, J. A., López-Narbona, F. J., Romero-Castillo, R., & Guerra-Martín, M. D. (2021). Social Image of Nursing. An Integrative Review about a Yet Unknown Profession. *Nursing Reports*, 11(2), 460-474. <https://doi.org/10.3390/nursrep110200437>
- Moghbeli, G., Gardashkhani, S., & Soheili, A. (2025). Public image of nursing: An integrative review of challenges and solutions. *BMC Nursing*, 24(1), 573. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03160-3>
- Monaco, G. L., & Lheureux, F. (s. d.). Représentations sociales : Théorie du noyau central et méthodes d'étude.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives.
- Niinihuhta, M., & Häggman-Laitila, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040. <https://doi.org/10.1111/ijn.13040>
- Northouse, P. (2007). Leadership theory and practice, 4th ed. <https://consensus.app/papers/leadership-theory-and-practice-4th-ed-northouse/671a5a3a99cb53949373b8236366abe6/>

- Oliveira, L. R. N., Lunardi, J. T., Calçada, M., Pereira, A. L., de Jesus, D. A. F., & Costa, C. (2024). HodgeRank as a new tool to explore the structure of a social representation. *Frontiers in Physics*, 12. <https://doi.org/10.3389/fphy.2024.1333727>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (Fourth edition). SAGE.
- Pierson, F. (2011). Pour un apprentissage de la lutte et de la résistance des cadres pour limiter leur souffrance au travail: Les apports de la théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth. *M@n@gement*, 14(5), 352-370. <https://doi.org/10.3917/mana.145.0352>
- Piroddi, C. (2022). Fields of Recognition: A Dialogue Between Pierre Bourdieu and Axel Honneth. *Human Studies*, 45. <https://doi.org/10.1007/s10746-022-09630-w>
- Poisson, M. (2019). L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (1965-1995). Un lieu de production, de diffusion et de développement des savoirs des soins infirmiers en France dans la seconde moitié du XXe siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 49-63. <https://doi.org/10.3917/rsi.139.0049>
- Savoie-Zajc, L., Gras, A., Joly, M., Fontanille, J., Mucchielli, A., Paillé, P., Coulon, A., Marty, R., & Sauvageot, A. (2009). S. In *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (Vol. 3, p. 226-278). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.mucch.2009.02.0226>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Spence Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings : Expanding Kanter's Model. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260.
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored : A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1730-1743. <https://doi.org/10.1111/jocn.14145>

- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M., & Feria-Ramirez, C. (2022). Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals : An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7640. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137640>
- Thomas, D. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27, 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Tremblay, J.-M. (2005, février 2). Denise Jodelet, Représentations sociales : Un domaine en expansion  
[https://classiques.uqam.ca/contemporains/jodelet\\_denise/representations\\_soc\\_domaine\\_en\\_expansion/representations\\_soc\\_domaine\\_en\\_expansion\\_texte.html](https://classiques.uqam.ca/contemporains/jodelet_denise/representations_soc_domaine_en_expansion/representations_soc_domaine_en_expansion_texte.html)
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Diltour, N., Van heusden, D., Dilles, T., Van Rompaey, B., & Havens, D. S. (2016). Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment : A Qualitative Phenomenological Study. *PloS One*, 11(4), e0152654. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152654>
- van der Cingel, M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12343. <https://doi.org/10.1111/nup.12343>
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I., & Rose, D. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 95-125. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028>

## Pages WEB

Banque de données Justel. (2025, novembre 12). [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi)

Législation de l'UE - EUR-Lex. (2025, novembre 12). <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=fr>

Être infirmier au XIXe siècle (chap. 6). (2025, novembre 9). Infirmiers.com. Consulté 9 novembre 2025, à l'adresse <http://www.infirmiers.com/profession-ide/histoire-et-sante/etre-infirmier-au-xixe-siecle-chap-6>

« Les infirmières doivent modifier l'image qu'elles ont d'elles-mêmes » | Revue Hémisphères. (2021, décembre 11). <https://revuehemispheres.ch/les-infirmieres-doivent-modifier-limage-queelles-ont-delles-memes/>

Personnel de santé proportion homme femme stable—Recherche Google. (2025, novembre 13). <https://www.google.com/search?q=personnel+de+sant%C3%A9+proportion+homme+femme+stable>

SPW. (2025, novembre 12). 1. Wallex. <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/7/7333/1.html>

## ANNEXES

### Annexe 1. *Arbre thématique inductif issu du codage des entretiens*

| CATEGORIES CONCEPTUALISANTES                                                                                | THEMES                                                             | CODES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pouvoir d'agir infirmier structurellement contraint et asymétrique                                          | Dépendance décisionnelle au corps médical                          | Validation médicale obligatoire des décisions<br>Décision finale détenue par le médecin<br>Limitation de l'autonomie clinique infirmière<br>Difficulté à influencer les décisions médicales<br>Subordination à la chaîne décisionnelle<br>Absence de pouvoir décisionnel autonome<br>Avis infirmier consultatif mais non décisionnel                                                                                                         |
|                                                                                                             | Hiérarchisation interprofessionnelle du pouvoir                    | Hiérarchie implicite médecins vers les infirmiers<br>Position subalterne de la profession infirmière<br>Distribution inégale du pouvoir entre professions<br>Hiérarchisation des savoirs (médical VS infirmier)<br>Autorité médicale dominante<br>Légitimité différenciée entre professions<br>Influence variable selon le statut professionnel                                                                                              |
|                                                                                                             | Contraintes organisationnelles limitant l'initiative               | Procédures institutionnelles contraignantes<br>Normes organisationnelles rigides<br>Organisation du travail contraignante<br>Difficulté à initier des changements                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                             | Participation limitée aux processus décisionnels                   | Exclusion des espaces de décision<br>Participation symbolique aux réunions<br>Absence dans les instances stratégiques<br>Difficulté à faire entendre sa voix<br>Faible poids dans les décisions organisationnelles<br>Non implication dans la gouvernance hospitalière                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                             | Asymétrie structurelle du pouvoir institutionnel                   | Déséquilibre de pouvoir entre métiers<br>Organisation hospitalière centrée sur le médical<br>Distribution structurelle du pouvoir<br>Inégalités institutionnalisées<br>Pouvoir concentré dans certaines fonctions<br>Faible reconnaissance du pouvoir infirmier<br>Dépendance hiérarchique structurelle                                                                                                                                      |
| Construction identitaire : tension entre héritage de subordination et recherche d'autonomie professionnelle | Héritage historique d'une identité subordonnée                     | Référence au modèle de la "bonne sœur"<br>Image historique d'assistance au médecin<br>Héritage religieux et vocationnel<br>Construction historique d'un rôle d'exécutant<br>Subordination inscrite dans l'histoire du métier<br>Modèle traditionnel de dépendance médicale<br>Continuité des représentations anciennes                                                                                                                       |
|                                                                                                             | Socialisation professionnelle à la subordination / intériorisation | Apprentissage implicite de la hiérarchie<br>Intégration des normes de soumission professionnelle<br>Reproduction des modèles par les pairs<br>Transmission des représentations dès la formation<br>Socialisation à la discrétion et à l'effacement<br>Intériorisation des limites du rôle<br>Adaptation aux attentes hiérarchiques<br>Sentiment de moindre légitimité<br>Dévalorisation du rôle infirmier<br>Intériorisation des stéréotypes |
|                                                                                                             | Tension entre identité prescrite, vécue et reconnue                | Décalage entre rôle attendu et rôle réel<br>Incohérence entre compétences et reconnaissance<br>Tension entre responsabilités et statut<br>Identité professionnelle fragmentée<br>Difficulté à se positionner professionnellement<br>Conflit entre attentes institutionnelles et réalité du terrain                                                                                                                                           |
|                                                                                                             | Recherche de légitimité et d'affirmation professionnelle           | Volonté d'être reconnu comme professionnel autonome<br>Recherche de légitimité dans les décisions<br>Affirmation progressive du rôle<br>Revendication d'une place dans les décisions<br>Développement d'une posture professionnelle affirmée<br>Besoin de reconnaissance de l'expertise<br>Volonté d'émancipation du modèle subordonné                                                                                                       |

|                                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Leadership infirmier émergent, informel et dépendant des contextes organisationnels</b>                       | <b>Leadership informel et non reconnu institutionnellement</b>                                | Leadership exercé sans statut officiel<br>Influence sans reconnaissance formelle<br>Leadership non identifié<br>Rôle de leader non institutionnalisé<br>Leadership invisible dans l'organisation<br>Invisibilité du leadership exercé au quotidien                                                                                                                                |
|                                                                                                                  | <b>Leadership relationnel fondé sur l'interaction et la confiance</b>                         | Influence basée sur la relation<br>Leadership par la communication<br>Importance de la confiance dans l'équipe<br>Capacité à fédérer les collègues<br>Leadership basé sur le soutien<br>Relation interpersonnelle comme levier d'influence<br>Leadership ancré dans le collectif                                                                                                  |
|                                                                                                                  | <b>Leadership situationnel et contextuel</b>                                                  | Leadership dépendant des situations<br>Activation du leadership en contexte spécifique<br>Influence selon les besoins du service<br>Adaptation selon le contexte<br>Leadership activé en situation de crise ou besoin<br>Influence du management<br>Climat d'équipe facilitateur ou limitant<br>Culture organisationnelle déterminante                                            |
|                                                                                                                  | <b>Faible structuration et absence de formalisation du leadership</b>                         | Absence de cadre pour le leadership<br>Manque de reconnaissance institutionnelle<br>Leadership non intégré dans les fonctions<br>absence de stratégie organisationnelle<br>Leadership peu valorisé officiellement<br>Influence limitée dans les structures                                                                                                                        |
|                                                                                                                  | <b>Leadership collectif limité et faible corporatisme professionnel</b>                       | Faible vision collective du leadership<br>Difficulté à agir collectivement<br>Faible cohésion professionnelle<br>Manque de solidarité entre infirmiers<br>Leadership individuel plutôt que collectif<br>Faible capacité d'influence du groupe<br>Absence de mobilisation collective<br>Fragmentation de la profession                                                             |
| <b>Construction du leadership infirmier issu des dynamiques organisationnelles et des processus de formation</b> | <b>Formation initiale comme matrice des représentations professionnelles et du leadership</b> | Socialisation précoce aux rapports de pouvoir<br>Apprentissage implicite à la hiérarchie médicale<br>Reproduction du modèle exécutant durant la formation<br>Absence d'apprentissage du leadership<br>Intériorisation des normes de discrétion et non-revencication<br>Construction d'une identité professionnelle opérationnelle VS décisionnelle                                |
|                                                                                                                  | <b>Climat organisationnel et soutien hiérarchique comme conditions du leadership</b>          | Influence du style de management<br>Soutien ou absence de soutien des cadres<br>Sécurité relationnelle nécessaire à la prise de parole<br>Vairabilité du leadership selon les services<br>Environnement favorable à l'expression du leadership<br>Leadership dépendant de la culture                                                                                              |
|                                                                                                                  | <b>Dispositifs organisationnels et structuration institutionnelle comme leviers ou freins</b> | Absence de dispositifs formels de développement du leadership<br>Participation limitée aux instances décisionnelles<br>organisation hospitalière centrée sur le médical<br>Faible institutionnalisation du rôle infirmier<br>Existence de dispositifs facilitants<br>Leadership dépendant des structures en place<br>Alignement organisationnel comme condition du pouvoir d'agir |
|                                                                                                                  | <b>Reconnaissance de l'expertise comme condition organisationnelle du leadership</b>          | Légitimité fondée sur l'expertise clinique<br>Reconnaissance académique comme levier de crédibilité<br>Invisibilisation des savoirs infirmiers<br>Difficulté à faire reconnaître l'expertise<br>Reconnaissance variable selon les acteurs<br>Influence conditionnée par la crédibilité professionnelle<br>Déficit de reconnaissance interprofessionnelle                          |
| <b>Reconnaissance professionnelle fragmentée et conditionnant l'expression du pouvoir d'agir</b>                 | <b>Reconnaissance interpersonnelle comme principal levier d'engagement professionnel</b>      | Reconnaissance des collègues comme source de motivation<br>Soutien entre pairs dans le travail quotidien<br>Valorisation informelle du travail réalisé<br>Sentiment d'utilité dans l'équipe<br>Reconnaissance vécue dans les interactions quotidiennes<br>Soutien relationnel comme moteur d'engagement                                                                           |
|                                                                                                                  | <b>Reconnaissance institutionnelle insuffisante et ambivalente</b>                            | Manque de reconnaissance de la hiérarchie<br>Faible valorisation institutionnelle du rôle infirmier<br>Reconnaissance implicite non formalisée<br>Ecart entre responsabilités et reconnaissance statutaire<br>Participation limitée à la gouvernance<br>Manque de visibilité dans les décisions<br>Sentiment de ne pas être entendu par l'institution                             |
|                                                                                                                  | <b>Invisibilisation du travail réel et de l'expertise infirmière</b>                          | Travail infirmier peu visible<br>Réduction du rôle à des tâches techniques ou exécutantes<br>Invisibilité de la complexité du travail<br>Méconnaissance du rôle par les autres professionnels<br>Invisibilisation des compétences relationnelles<br>Faible reconnaissance de l'expertise clinique<br>Décalage entre travail réel et perception sociale                            |
|                                                                                                                  | <b>Reconnaissance conditionnelle et inégalement distribuée</b>                                | Reconnaissance variable selon les services<br>Différences selon les relations interprofessionnelles<br>Influence du statut et de l'expérience<br>Reconnaissance dépendante du contexte<br>Stratification interne de la profession<br>Inégalités dans la valorisation des rôles<br>Reconnaissance liée à la technicité ou visibilité du soin                                       |
|                                                                                                                  | <b>Reconnaissance comme condition de la légitimité et du pouvoir d'agir</b>                   | Sentiment de légitimité dépendant de la reconnaissance perçue<br>Difficulté à prendre la parole sans reconnaissance<br>Influence conditionnée par la crédibilité accordée<br>Besoin de validation pour agir<br>Autocensure lié au regard des autres<br>Engagement limité en l'absence de reconnaissance                                                                           |

## Annexe 2. Guide d'entretien

### GUIDE D'ENTRETIEN

Cet entretien s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche portant sur la manière dont les infirmiers perçoivent leur profession et vivent leur rôle au sein de l'hôpital. L'objectif n'est pas d'évaluer votre pratique ni de rechercher de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses, mais de comprendre votre point de vue et votre expérience. Vous êtes libre d'exprimer ce qui vous semble important. L'entretien est confidentiel et anonymisé. Avec votre autorisation, l'entretien sera enregistré. Vous pouvez interrompre ou ne pas répondre à une question si vous le souhaitez. Nous nous entretiendrons durant 45 minutes environ.

**TEMPS 1 :** (faire émerger les représentations sociales par la méthode d'évocation hiérarchisée)

1. Question d'évocation

**« Quand vous pensez à la profession infirmière aujourd'hui, quels sont les cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ? »**

2. Hiérarchisation (prendre note en question 1 pour rappeler le cas échéant en 2)

**« Parmi ces 5 mots ou expressions, pourriez-vous les classer du plus important au moins important pour vous ? »**

Relances :

- Pourquoi avez-vous placé celui-ci en premier ?
- Que représente ce mot pour vous concrètement,
- Vous avez cité « le terme » ... Pouvez-vous me dire ce que cela signifie dans votre quotidien ?
- 

### **TEMPS 2 – Entretien semi-directif**

#### PERCEPTION GENERALE DU METIER

1. **« Comment décririez-vous le métier infirmier tel que vous le vivez ou l'observez dans votre quotidien professionnel ? »**

Relances :

- Qu'est-ce qui vous paraît le plus représentatif de ce métier ?
- Qu'est ce qui a le plus évolué selon vous ?

2. « De manière générale, comment pensez-vous que le métier infirmier est perçu au sein de l'hôpital ? »

Relances :

- Par les autres professionnels ? Par l'institution ?
- Avez-vous l'impression que la place des infirmiers dans les décisions s'est modifiée à l'hôpital ces dernières années ?

### **POSTURE PROFESSIONNELLE ET VECU**

3. « Comment vous situez-vous personnellement dans votre rôle d'infirmier aujourd'hui ? »

Relances :

- Qu'est-ce qui vous donne le sentiment d'être à votre place, d'exercer pleinement votre métier ?
- Y a-t-il des aspects de votre rôle qui vous paraissent moins clairs ou plus difficiles à assumer ?

4. « Pouvez-vous me parler d'une situation récente dans laquelle vous avez eu le sentiment de pouvoir agir, influencer ou faire évoluer quelque chose dans votre travail ? »

Relances :

- Qu'est-ce qui a rendu cela possible ? Qu'est-ce qui vous a permis d'agir ?
- A l'inverse, avez-vous vécu des situations où cela vous semblait difficile, voire impossible ?
- Dans cette situation, diriez-vous que vous avez joué un rôle de simple référent ou de leader pour les autres ? Pourquoi ?

### **RECONNAISSANCE ET LEGITIMITE**

5. « Dans votre quotidien, qu'est-ce qui vous donne, ou non, le sentiment d'être reconnu dans votre travail ? »

Relances :

- Par vos collègues – la hiérarchie – l'institution en général ?

6. « Selon vous, qu'est-ce qui contribue à se sentir légitime pour prendre la parole, proposer ou initier des actions dans votre service ? »

Relances :

- Qu'est ce qui concrètement vous fait ressentir cela ?
- Y a-t-il des moments où vous vous sentez plus à l'aise que d'autres pour intervenir ?
- Est-ce que cela dépend des situations ou des personnes présentes ?
- Quels éléments vous permettraient-ils de vous sentir reconnu dans votre travail ?  
(Symbolique VS matériel)

**ENGAGEMENT, INFLUENCE ET LEADERSHIP**

**7. « Quand on parle du leadership infirmier, formel ou informel, à quoi cela vous fait-il penser ? »**

Relances :

- Dans quels types de situations cela se manifeste-t-il ? Est-ce une chose que vous observez dans votre quotidien ?
- Qui est, selon vous, concerné par ce type de rôle ?
- Est-ce que cela vous semble accessible à tous les infirmiers ?

**8. « Avez-vous déjà eu l'impression d'exercer une forme d'influence ou de leadership, même de façon informelle, dans votre pratique ? »**

Relances :

- Dans quel type de situation ? Dans quel contexte ?
- Qu'est-ce que cela produit ? Avec quels effets ?

**9. « Selon vous, qu'est-ce qui facilite ou freine la capacité des infirmiers à agir, à s'engager ou à influencer les décisions dans l'hôpital ? »**

Relances :

- Des facteurs personnels ?
- Organisationnels ?
- Culturels ou liés à l'image du métier ?

**10. « Selon vous, qu'est-ce que le grand public connaît le plus du métier infirmier aujourd'hui ? Ou que connaît-il le moins ? »**

Relances :

- En quoi cela correspond ou non à la réalité de votre travail ?
- Est-ce que cela a des effets concrets sur votre travail ?

## **CLOTURE**

**11. « Si vous aviez la possibilité de faire évoluer quelque chose pour permettre aux infirmiers de s’engager davantage ou de peser plus dans les décisions, que changeriez-vous ? »**

### *Relances :*

- Pourquoi cet élément en particulier ?
- Qu’est-ce que cela permettrait concrètement de changer ?
- Pensez-vous que ce soit réalisable aujourd’hui ?

**12. « Y a-t-il un aspect que nous n’avons pas abordé et qui vous semble important pour comprendre la place des infirmiers et leur capacité à agir ? »**

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR  
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | [www.uclouvain.be/fsp](http://www.uclouvain.be/fsp)