

Les « cadres cliniques » infirmiers : Une nouvelle légitimité professionnelle à l'hôpital ?*

Kevin Toffel, Philippe Longchamp et Amal Tawfik

On a fait 2-3 études et puis grâce à ça on a eu un fonds européen. Et ça c'était le point de départ. Tout d'un coup c'était des infirmières avec doctorat, master, qui avaient eu un fonds européen. On a publié dans des journaux à haut indice, plus haut qu'eux [les médecins du service dans lequel elle exerce] ont jamais publié. Tout d'un coup c'était des infirmières qui prenaient le même parcours qu'eux mais qui étaient publiées. Et puis grâce à ça, alors qu'ils sont en train de dégraisser les infirmières, on a pu mettre sur pieds une consultation infirmière qui soutient en fait les besoins en soins de support. Donc ça c'était la première reconnaissance. À l'interne il y avait tous les gens qui avaient des masters ou des licences en pédagogie, en psychologie, et nous on avait juste « clinicienne niveau II ». De dire « écoute j'ai aussi un titre universitaire mais en sciences infirmières », tout d'un coup on a eu un autre statut. Et c'est grâce à ça qu'on a pu mettre ce groupe de travail sur pied. On est reconnues comme les spécialistes en sciences infirmières, alors qu'avant on était des praticiennes. (Madame Seppi, 44 ans, titulaire d'un Master en sciences infirmières)

Qu'est-ce qu'être « chef » au sein de la profession infirmière, davantage réputée pour endurer le pouvoir que pour l'exercer ? En quoi l'académisation de la formation en soins infirmiers contribue-t-elle à redéfinir les rapports de force en jeu dans cette profession ? Telles sont les questions abordées dans ce texte. Pour y répondre, nous partirons d'un cadre large, celui d'une vaste recherche menée au moyen d'entretiens et d'une enquête par sondage auprès d'infirmières exerçant en Suisse romande (Longchamp, Toffel, Bühlmann et Tawfik, 2020). Dans ce chapitre, nous nous focaliserons sur les infirmières de notre échantillon exerçant à l'hôpital (n = 1972).

La compréhension des enjeux qui traversent actuellement la profession nous permettra de resserrer la focale sur la citation de Mme Seppi présentée en ouverture de chapitre. Nous verrons que chacun de ses propos pointe un seul et même changement en cours au sein de la profession : l'académisation de la formation qui entraîne l'émergence d'un profil d'infirmières doté d'une nouvelle légitimité professionnelle. Cette légitimité est assurée par la détention d'un Master en sciences infirmières reposant sur des savoirs scientifiques issus du champ académique, un univers de référence qui dépasse le cadre de la profession infirmière. Incarnée par ceux que nous appellerons les « cadres cliniques », cette nouvelle forme de pouvoir vient concurrencer le pouvoir des cadres infirmiers traditionnellement adossé à l'ancienneté professionnelle, l'expérience clinique et des compétences gestionnaires.

Après un bref détour historique permettant de comprendre les rapports de force qui structurent la profession et l'émergence des cadres infirmiers à l'hôpital, nous nous concentrerons sur les conséquences de l'académisation de la formation. Pour ce faire, nous explorerons les propos de Mme Seppi qui, restitués dans le contexte plus large de notre enquête statistique, constituent un véritable révélateur de cette nouvelle forme de légitimité professionnelle.

Les cadres infirmiers : d'une légitimité à l'autre

Historiquement assujetties, d'abord à l'Église puis au corps médical, les femmes soignantes (Collière, 1996) se sont progressivement émancipées de ces tutelles depuis l'apparition de la profession infirmière au tournant du 20^e siècle. Petit à petit tenues par et pour les infirmières, les écoles de soins infirmiers ont vu leur autonomie croître ; les infirmières ont alors obtenu des diplômes issus de cursus et d'écoles dédiées à leur formation, attestant de leurs connaissances et compétences propres. Longtemps maintenue dans l'ombre du corps médical, cette formation

* In I. Sainsaulieu & J.-P. Leresche (dir.), *C'est qui ton chef ?! Sociologie du leadership en Suisse*, Lausanne, PPUR, 2023.

s'est progressivement élevée dans la hiérarchie des titres scolaires jusqu'à son académisation et l'ouverture de filières master et doctorale en Suisse au début du 21^e siècle. Parallèlement à cette émancipation des filières de formation, le terrain de la pratique professionnelle s'est partiellement affranchi de la tutelle médicale, notamment grâce à la reconnaissance d'un « rôle propre » infirmier (Lert, 1996).

Le salut gestionnaire

En dépit de ce gain d'autonomie, les biens de santé les plus légitimes (diagnostic et prescription) sont demeurés le monopole des médecins. Si bien que c'est en définitive sur le terrain gestionnaire que la profession infirmière s'est le plus affirmée en développant une hiérarchie propre dans les institutions hospitalières. Constituée d'infirmières en charge du management des ressources humaines soignantes et de l'organisation des activités au lit du patient, une direction des soins a émergé, favorisant l'apparition d'une nouvelle fonction : celle de cadre infirmier.

C'est donc en s'éloignant des soins, soit en renonçant partiellement à ce qui forme le cœur de leur culture professionnelle et en renforçant « la dimension managériale de leur fonction » (Schweyer, 2017 : 18), que les infirmières ont paradoxalement accédé à « une forme d'émancipation par rapport aux médecins » (idem). Dépendant de la direction des soins, ces cadres intermédiaires de l'hôpital occupent effectivement « une position d'entre deux, à la fois sociale et technique, entre d'une part les dirigeants, et d'autre part les exécutants » (Belorgey, 2020 : 406), et jouent ainsi un rôle important de transmission et de transformation de l'information.

Les premières formations de cadre infirmier sont apparues dans les années 1950 en Suisse et les profils de ces cadres se sont formalisés à la fin des années 1970, dans les grandes institutions (notamment les hôpitaux universitaires), avec l'apparition des statuts d'« infirmières chef d'unité de soins » (ICUS) et d'« infirmières chef de service » (ICS) (Anchisi, Berra et Pott, 2004). Initialement dédié à la gestion des ressources humaines d'un côté et au respect de la qualité des soins de l'autre, le rôle de ces cadres a rapidement évolué : « [V]u d'abord comme un contrôleur appliquant les directives et un garant de la morale professionnelle, [le cadre] devient petit à petit un gestionnaire d'équipe pour s'apparenter enfin à un planificateur, parallèlement à la technisation de la médecine. » (Anchisi *et al.*, 2004 : 43) C'est ainsi que plus de la moitié des cadres infirmiers de notre échantillon a suivi une formation en management et encadrement.

Si une telle orientation leur confère une certaine légitimité, elle a aussi pour corollaire d'éloigner ces cadres infirmiers de leurs collègues travaillant au chevet des patients qui tendent alors à les considérer comme un « contre-modèle de la femme soignante » (Véga, 1997 : 112). Près de la moitié (46%) des cadres de notre échantillon ne prodigue plus de soins aux patients, contre seulement 3% des infirmières non-cadres (Tableau 1).

C'est dans ce contexte que le pouvoir de ces cadres, adossé à une ancienneté doublée de compétences gestionnaires, semble aujourd'hui concurrencé par l'émergence d'un nouveau profil infirmier, celui des « cadres cliniques », dont la légitimité repose sur la possession d'un diplôme académique et la mobilisation de savoirs scientifiques.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et pratiques professionnelles selon le statut professionnel (%)

	Cadres infirmiers (n = 270)	Cadres cliniques (n = 25)	Infirmières non-cadres (n = 1677)
Total	14	1	84
Genre :			
Femme	67	76	85
Homme	33	24	15
Formation en management :			
Non	44	100	92
Oui	56	0	8
Soins aux patients :			
Non	46	20	3
Oui	54	80	97
Mobilise ses compétences en recherche :			
Jamais, rarement	32	24	60
Souvent	46	44	30
Toujours	22	32	10
Mobilise son intuition :			
Jamais, rarement	18	36	24
Souvent	48	40	50
Toujours	34	24	27
Les infirmières négligent la dimension relationnelle :			
Pas d'accord	31	16	46
Ni d'accord, ni pas d'accord	49	40	40
D'accord	20	44	14
Les infirmières diplômées HES manquent de formation pratique :			
Pas d'accord	9	44	10
Ni d'accord, ni pas d'accord	38	36	37
D'accord	54	20	52

Les « cadres cliniques » : une légitimité plus académique

On est reconnues comme les spécialistes en sciences infirmières, alors qu'avant on était des praticiennes. (Mme Seppi)

Composée de cursus et diplômes essentiellement rattachés à des pratiques cliniques jusqu'aux années 1990, la profession a pris un virage académique à l'orée du 21^e siècle en Suisse à l'instar d'un mouvement observable en Europe continentale (Lahtinen, Leino-Kilpi et Salminen, 2014). Des cursus de niveau tertiaire sont apparus avec l'introduction en 2002 de filières bachelor en soins infirmiers dans les Hautes écoles spécialisées de Suisse occidentale (HES-SO). À l'enseignement des pratiques cliniques s'ajoute en particulier le développement de compétences en recherche qui ouvre la voie à la production de connaissances scientifiques. Malgré un retard de plusieurs décennies sur les pays d'Amérique du Nord, la plus haute marche des titres scolaires a été atteinte à Bâle en 2000 et à Lausanne en 2009 avec l'ouverture de filières master et doctorale hébergées par les facultés universitaires de médecine, sources d'une nouvelle légitimité académique.

Ce sont les infirmières ayant ce Master en sciences infirmières que nous qualifions de « cadres cliniques », reprenant à notre compte un terme parfois utilisé dans les entretiens menés. Bien qu’ils ne bénéficient pas formellement du statut de cadre (ces infirmières dépendent de la hiérarchie traditionnelle), ces cadres cliniques occupent une position dominante. Disposant généralement du statut de « clinicienne spécialisée », ces infirmières se dédient d’une part à la prise en charge de patients ayant des problèmes de santé complexes, et d’autre part à la mise en place de « bonnes pratiques cliniques » basées sur des preuves scientifiques à l’usage de leurs collègues. Calquée sur l’*Evidence-Based Medicine* qui consiste en l’« utilisation conscientieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles » issues de la recherche « pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient » (Sackett *et al.*, 1996 : 71), le recours à l’*Evidence-Based Nursing* constitue un tournant majeur dans la profession. La prise en charge des patients ne repose en effet plus seulement sur des connaissances et compétences essentiellement pratiques, mais sur des stocks de connaissances scientifiques régulièrement discutés à l’aune des derniers résultats de la recherche.

Comme le relèvent les propos de Mme Seppi, les cadres cliniques incarnent une forme d’aboutissement de l’académisation des formations en soin et symbolisent à ce titre les mutations de la figure de chef au sein de la profession infirmières. Car si les cadres et les cadres cliniques bénéficient tous deux d’un « cumul des capitaux » (Belorgey, 2020), une différence centrale les distingue. Pour les cadres, ces capitaux reposent sur une légitimité professionnelle acquise par la pratique dans les soins et sur des ressources gestionnaires issues du monde du management. Dans le cas des cadres cliniques, la légitimité liée à l’expertise clinique se double de compétences scientifiques matérialisées par la détention d’un Master en sciences infirmières. De toutes les infirmières de notre échantillon, les cadres cliniques sont ainsi ceux qui mobilisent le plus fréquemment leurs compétences en recherche – 32% déclarent toujours les mobiliser contre 22% des cadres infirmiers et 10% des infirmières non-cadres (Tableau 1). Dans la même veine, les cadres cliniques se distinguent des cadres par un moindre recours à l’intuition dans leur travail – respectivement 36% vs 18% déclarent ne jamais ou rarement y avoir recours.

Alors que le pouvoir et l’autonomie des cadres infirmiers reposent paradoxalement sur leur éloignement de la pratique clinique, il en va très différemment des cadres cliniques dont le rôle consiste précisément à encadrer les soignants en se basant sur les résultats de recherche afin d’assurer les meilleurs soins possibles. Ainsi, et tout comme les médecins, ces infirmières d’un nouveau type ne déléguent qu’une partie des soins directs – 20% d’entre elles déclarent ne s’occuper d’aucun patient dans l’exercice de leur fonction, contre 46% des cadres infirmiers et 3% des infirmières non-cadres – tout en étant reconnues comme les expertes des « bonnes pratiques cliniques », ce qui leur évite d’être perçues comme le contre-modèle de la femme soignante.

Le maintien d’un lien avec les patients se manifeste en particulier dans l’importance accordée à la dimension relationnelle du travail infirmier : les cadres cliniques sont 44% à considérer que les infirmières négligent trop souvent la dimension relationnelle des soins contre 20% des cadres et 14% des infirmières non-cadres (Tableau 1). Cependant, si ces infirmières parviennent à réaliser un grand écart entre leur rôle d’encadrement et la pratique clinique, elles s’exposent à une forme de défiance à l’égard de leurs savoirs parfois perçus comme trop théoriques et peu en lien avec la pratique quotidienne des soins. Cette relative défiance au sein de la profession à l’égard de l’académisation de la formation se manifeste notamment par le fait que plus de la moitié des cadres et des infirmières non-cadres considèrent que les infirmières diplômées HES (et donc *a fortiori* celles titulaires d’un master) manquent de formation pratique.

D’une légitimité académique importée à une légitimité académique spécifique

À l’interne il y avait tous les gens qui avaient des masters ou des licences en pédagogie, en psychologie, et nous on avait juste « clinicienne niveau II ». De dire « écoute j’ai aussi un titre universitaire mais en

sciences infirmières », tout d'un coup on a eu un autre statut. (Mme Seppi).

Bien qu'elles soient les pionnières d'une académisation professionnelle initiée récemment, les cadres cliniques ne sont pas les premières infirmières à disposer de diplômes universitaires. Cela fait plusieurs décennies qu'une proportion non négligeable de soignantes (10 % au sein de notre échantillon) suit des formations de troisième cycle en sciences humaines et sociales en complément à leur formation en soins.

Si ces formations universitaires ont pu conférer à ces infirmières une certaine légitimité, il s'agissait cependant toujours d'une *légitimité d'emprunt* puisqu'importée d'autres disciplines. Contrairement aux médecins qui ont très tôt su imposer leurs sciences médicales reposant sur une synthèse de la chimie, de la physique et de la biologie (Pinell, 2009), les infirmières étaient jusqu'ici réduites à se référer à des disciplines scientifiques qui ne faisaient qu'irriguer leur pratique de l'extérieur.

Tableau 2 : Représentations, pratiques professionnelles et motivations selon le statut professionnel (%)

	Cadres infirmiers (n = 270)	Cadres cliniques (n = 25)	Infirmières non-cadres (n = 1677)
La profession infirmière devrait davantage développer un savoir scientifique qui lui soit propre :			
Pas d'accord	7	0	10
Ni d'accord, ni pas d'accord	44	16	52
D'accord	49	84	38
Ecrire un article publié dans une revue scientifique avec comité de lecture ou y contribuer :			
Oui	32	44	11
Non	68	56	89
C'est un bon tremplin pour devenir cadre :			
Oui	39	12	13
Non	61	88	87
J'ai souhaité devenir infirmière pour faire carrière :			
Oui	26	48	21
Non	74	52	79
L'infirmière est le « bras droit » du médecin :			
Pas d'accord	45	68	30
Ni d'accord, ni pas d'accord	39	28	39
D'accord	16	4	31
Proposer des soins qui ne respectent pas les consignes de l'employeur et/ou la hiérarchie :			
Oui	16	12	27
Non	37	64	68
Non réponse	48	24	5
Désaccord avec les chefs de clinique :			
Jamais	10	14	19
Moins d'une fois par semaine	50	27	53
Au moins une fois par semaine	34	41	22
Au moins une fois par jour	6	18	6

Les cadres cliniques disposent ici d'un avantage générationnel : investis de la même soif de connaissances que leurs prédecesseurs, ils rencontrent un état historique de la profession qui offre désormais une formation disciplinaire de niveau académique. L'avènement des sciences infirmières, leur consécration par les cursus universitaires et l'existence de revues scientifiques spécialisées, introduisent une véritable rupture, ce que les propos de Mme Seppi illustrent on ne peut plus clairement : d'une légitimité d'emprunt, on passe à une légitimité intrinsèque soutenue par des cadres théoriques de référence spécifiques à la profession. Le projet d'émancipation professionnelle par la possession de savoirs scientifiques est d'ailleurs clairement affiché par les cadres cliniques qui ne sont pas moins de 84% (contre seulement 49% des cadres et 38% des infirmières non-cadres) à considérer que la profession infirmière devrait davantage développer un savoir scientifique qui lui soit propre (Tableau 2).

Alors que les infirmières détentrices d'un diplôme universitaire en sciences humaines et sociales sont souvent amenées à quitter l'hôpital (elles sont surreprésentées dans les secteurs extrahospitaliers), celles qui disposent d'un Master en sciences infirmières se retrouvent dotées d'un capital qu'elles peuvent faire valoir jusque dans les secteurs les plus prestigieux de la profession, à savoir ceux où les interactions avec les médecins sont aussi les plus fréquentes. Le Master en sciences infirmières apparaît donc aussi comme un moyen de « résister » à la tendance générale qui voit les infirmières quitter l'hôpital au fur et à mesure qu'avance leur carrière (Longchamp, Toffel, Bühlmann et Tawfik, 2020).

L'ambition multidimensionnelle des cadres cliniques

On a fait 2-3 études et puis grâce à ça on a eu un fonds européen. Et ça c'était le point de départ. Tout d'un coup c'étaient des infirmières avec doctorat, master, qui avaient eu un fonds européen [...] Et puis grâce à ça, alors qu'ils sont en train de dégraissier les infirmières, on a pu mettre sur pieds une consultation infirmière qui soutient en fait les besoins en soins de support [...] Et c'est grâce à ça qu'on a pu mettre ce groupe de travail sur pied. (Mme Seppi).

L'une des conséquences majeures de l'académisation de la formation est la familiarisation de ces infirmières avec la recherche scientifique. Ainsi, 44% des cadres cliniques ont écrit (ou contribué à) un article publié dans une revue scientifique avec comité de lecture, contre 32% des cadres et 11% des infirmières non-cadres (Tableau 2). Si ces infirmières sont formées à mobiliser les acquis de la science au service de la qualité des soins, elles le font également dans l'optique d'une valorisation de leur profession. Comme le mentionne Mme Seppi, les cadres cliniques font ainsi largement reposer la légitimité de leur prise en charge, et notamment la mise en place de « consultations infirmières », sur leur capacité à mobiliser les acquis de la recherche scientifique.

D'un espace professionnel clos au champ académique : une légitimité accrue

La mise en place de cette consultation agit donc à deux niveaux. Elle valorise la mobilisation d'un savoir-faire propre à la profession et garantit une certaine autonomie dans la prise en charge soignante. Par ailleurs, contrairement à l'expérience du terrain sur laquelle repose largement la prise en charge des infirmières officiant au chevet du patient, c'est ici que la légitimité scientifique opère.

Porteuses de logiques académiques, les cadres cliniques amènent un changement qui, de manière analogue à ce qu'observait Pierre Bourdieu (2002) à la suite du rapprochement entre les mondes citadin et paysan, fait basculer la profession infirmière « du monde clos à l'univers infini ». Car un diplôme infirmier frappé du label académique entraîne une nouvelle envergure : tandis que les frontières de la profession constituaient jusqu'alors un horizon indépassable, ces infirmières ont désormais la possibilité de participer à un univers autrement plus vaste, celui du

champ académique. Si la position de cadre infirmier éloignait des fondements professionnels par son contenu managérial, elle cantonnait en même temps ceux qui s'y engageaient à l'espace clos de la profession. Au contraire, parce qu'elle ouvre la porte à la discipline infirmière, et à la recherche inscrite au sein du champ académique, la formation des cadres cliniques présente une potentialité disponible au sein même de la profession, d'un avenir aux desseins bien plus larges. Ainsi s'explique sans doute que le statut de cadre ne constitue pas un objectif en soi pour les cadres cliniques (seules 12% mentionnent cette fonction parmi leurs motivations, contre 39% pour les cadres), alors que « faire carrière » apparaît au contraire comme une motivation forte pour 48% d'entre elles (contre 26% des cadres, Tableau 2).

Le discours des cadres cliniques fait très clairement apparaître le fait que l'accès à un diplôme universitaire s'accompagne *de facto*, par les contenus de ses savoirs et des horizons qu'ils leur permettent d'envisager, d'une revalorisation de la profession. Ainsi en va-t-il de l'obtention d'un « fonds européen » qui, hautement compétitif et donnant lieu à d'importants budgets de recherche, symbolise la reconnaissance des hautes instances de légitimité académique. Les cadres cliniques apparaissent ainsi comme des agents du changement de la profession au sens où elles y font pénétrer les logiques d'un monde à forte légitimité qui lui demeurait jusque-là étranger. Ce faisant, elles entraînent une reconfiguration globale des rapports sociaux, non seulement au sein de la profession, mais aussi vis-à-vis des autres professions, et notamment de la profession médicale.

Se repositionner face aux médecins

On a publié dans des journaux à haut indice, plus haut qu'eux [les médecins du service dans lequel elle exerce] ont jamais publié. (Mme Seppi)

Nous l'avons dit, la possession d'un titre académique propre à la profession permet aux cadres cliniques de résister à la tentation de quitter l'hôpital et même de se maintenir au cœur des secteurs les plus médicalisés. Si l'apparition des cadres cliniques est à même de reconfigurer les rapports au sein de la profession, c'est aussi en raison des effets que produit la possession d'un diplôme académique sur les relations avec les professions environnantes au premier rang desquelles figure la profession médicale.

Le diplôme universitaire renforce leur position. Du fait de leurs compétences en recherche, ces infirmières ont le sentiment d'évoluer en parallèle des médecins, ces derniers étant désormais davantage perçus comme des partenaires que comme des professionnels aux savoirs supérieurs. Un tel partenariat ne va d'ailleurs pas sans certaines tensions, les cadres cliniques se distinguant des cadres par une propension nettement plus forte à afficher leur désaccord avec les chefs de clinique (18% vs 6% sont en désaccord au moins une fois par jour, Tableau 2). En publiant dans des revues scientifiques parfois mieux cotées que celles où publient certains de leurs collègues médecins, elles en viennent à renvoyer ces derniers à une forme de provincialisme scientifique, chose tout à fait inimaginable quelques années auparavant.

Le propos de Mme Seppi souligne le projet militant des cadres cliniques, notamment au travers de l'émancipation de la profession vis-à-vis de la profession médicale. Tandis que le tandem médecin-infirmière est historiquement caractérisé par une hiérarchisation (genrée) de l'activité de chacun – le médecin établissant le diagnostic avant de prescrire les traitements que l'infirmière sera en charge d'administrer –, la division du travail est désormais perçue par les cadres cliniques sous le jour de l'horizontalité. Indicateur de ces velléités, le rejet marqué de la conception traditionnelle de la division du travail entre infirmières et médecins dans laquelle l'infirmière officierait comme « bras droit » du médecin : seules 4% des cadres cliniques sont d'accord avec une telle conception de la division du travail contre 16% des cadres infirmiers et 31% des infirmières non-cadres (Tableau 2).

Du cadre infirmier au cadre clinique, un procès d'intériorisation du changement

Compte tenu du contexte actuel de réformes hospitalières, deux questions peuvent être posées : quel rapport les cadres cliniques entretiennent-ils avec la tendance du monde hospitalier à se soumettre toujours davantage aux lois comptables (Giauque, 2014) ? Et jusqu'à quel point l'émergence de ce nouveau profil infirmier vient-il modifier les rapports hiérarchiques de la profession ?

S'intéressant aux effets sur les pratiques professionnelles de l'introduction en Suisse du système de financement hospitalier par cas en 2012 – un outil gestionnaire importé des États-Unis, les *diagnosis related group* (DRG), ayant pour principal effet une concurrence hospitalière qui conduit à une « rationalisation » de l'usage des ressources et une accélération du virage ambulatoire –, une recherche a pointé les « injonctions contradictoires » auxquelles sont largement soumis les cadres intermédiaires à l'hôpital, confrontés à une situation « d'entre-deux mondes » (Resenterra, Siggen et Giauque, 2013). Relevons cependant que les cadres infirmiers ne constituent pas une entité homogène : on observe notamment une polarisation entre adhésion consensuelle et scepticisme critique face aux discours institutionnels (Sainsaulieu, 2008). On peut ainsi rapprocher les cadres présentés par F. Resenterra et ses collègues du groupe des « sceptiques » décrit par I. Sainsaulieu, affichant une certaine défiance face aux réformes managériales, plus « attaché[s] au métier de base [...] et souffrant de] sollicitations contradictoires et de contraintes multiples » (2008 : 59-60). Ces derniers doivent à la fois accompagner le changement lors de l'introduction des réformes de l'hôpital tout en tentant de préserver des conditions de travail qui respectent la culture professionnelle des équipes soignantes. Ils sont alors pris dans un « conflit de loyauté » entre les directions hospitalières leur demandant d'appliquer « directives » et « outils de gestion » d'un côté, et le respect de leur culture professionnelle de l'autre (Resenterra, Siggen et Giauque, 2013).

La situation d'entre-deux mondes vécue par les cadres ne saurait rendre compte de ce que vivent les cadres cliniques, apparus dans ce contexte de réformes gestionnaires qui ont depuis largement montré leurs limites et dont les dérives sont aujourd'hui bien connues. Tandis que les premiers étaient tiraillés par des injonctions contradictoires, les seconds présentent plutôt, si ce n'est une entière adhésion au discours gestionnaire, du moins une croyance quant aux bienfaits auxquels les réformes peuvent conduire ; ce pour plusieurs raisons.

Il faut d'abord considérer les outils mobilisés par les cadres cliniques dans l'accompagnement des réformes et le positionnement professionnel qu'il implique. Ces professionnels mobilisent largement des outils issus des sciences infirmières. Alors que les cadres infirmiers luttent pour rendre légitime aux yeux de leur groupe professionnel ce qu'ils avaient eux-mêmes « de la peine à trouver légitime » (Resenterra, Siggen et Giauque, 2013 : 14), leur socialisation académique en sciences infirmières permet aux cadres cliniques d'éviter cette dissonance cognitive.

De plus, comme ceux-ci se sont, dans une moindre mesure, éloignés du lit du patient, leur positionnement vise avant tout un changement des pratiques soignantes et non plus gestionnaires. Du moins en apparence, puisque c'est là que se loge la gestion, inattendue et néanmoins au cœur de leur profession. Car ces « bonnes pratiques », tout en visant une prise en charge optimale des patients, œuvrent aussi à la réduction des coûts et donc à l'objectif institutionnel de « rationalisation » des soins. Lorsque Madame Seppi avance que la première reconnaissance est celle d'avoir obtenu l'ouverture d'une consultation infirmière alors même que les politiques hospitalières tendent à « dégraisser les infirmières », c'est bien sur cet aspect qu'elle met le doigt. La légitimité des cadres cliniques repose largement sur des méthodes scientifiques, en particulier la mise en place de « bonnes pratiques cliniques » basées sur des preuves qui permettent de faire montre de la plus-value de leur prise en charge de patients aux pathologies complexes. Et l'objectif visé est bien la *qualité* de la prise en charge des patients.

Mais celle-ci repose notamment sur l'évaluation d'une *efficience* adossée à la technocratisation croissante des pratiques soignantes qui se mesure, par exemple, à l'aune du raccourcissement des séjours hospitaliers et au transfert de la prise en charge de leur maladie des soignants vers des patients formés à l'éducation thérapeutique (Toffel et Tawfik, 2019). Et ceci, les administrations hospitalières semblent l'avoir bien compris.

Mentionnons enfin l'ambition d'autonomie portée par les cadres cliniques. La profession infirmière se caractérise par une quête d'autonomie jusqu'ici inassouvie. Or, et tandis que d'une manière générale l'autonomie des cadres intermédiaires à l'hôpital de même que « leur pouvoir discrétionnaire ont fortement diminué depuis quelques années » (Resenterra, Siggen et Giauque, 2013 : 15), l'ambition des cadres cliniques d'occuper une position de pouvoir inédite est grande, forts de leur nouvelle légitimité et de la maîtrise des coûts (à court terme) à laquelle participe l'*Evidence-Based Nursing*, quand bien même c'est en participant aux réformes actuellement en cours.

Rupture ou continuité dans le processus d'autonomisation ?

Si le virage académique et l'arrivée du Master en sciences infirmières constitue bien un *turning point*, il ne faudrait pas opposer deux types de leadership entre les cadres infirmiers et les cadres cliniques, mais plutôt les considérer dans la continuité d'un accompagnement aux réformes gestionnaires qui continuent de progresser dans le monde sanitaire. Ces leaderships reposent, il est vrai, sur différents types de ressources. Tandis que celles des cadres infirmiers sont avant tout internes à leur espace professionnel et issues du monde du management, les ressources des cadres cliniques se réfèrent à un autre espace de pouvoir : le champ académique. Ces deux types de ressources proviennent donc d'arènes distinctes et donnent des profits spécifiques à ceux qui les détiennent. Les ressources des cadres infirmiers les cantonnent certes à un pouvoir essentiellement hiérarchique mais qui demeure efficient à ce jour puisque statutairement réglé : les cadres infirmiers étant les seuls à occuper les positions de chefs (ICUS comme ICS), les cadres cliniques exercent sous leur supervision. Dénus de cette position hiérarchique, les cadres cliniques jouent une carte que l'on peut plutôt qualifier de symbolique et qui consiste à asseoir leur légitimité sur la mobilisation de savoirs issus d'un champ académique qui déborde largement leur espace professionnel. Ce faisant, sans renverser les rapports de pouvoir internes, l'apparition des cadres cliniques contribue au positionnement de la profession dans le champ académique et amorce son repositionnement dans le champ médical.

La figure du cadre clinique est donc liée à l'essor de la discipline des sciences infirmières, à son académisation et à son autonomie croissante. Toutefois, en dépit de la création d'instituts de sciences infirmières, de filières universitaires master et doctorat, de sociétés savantes et de publications spécialisées, la formation académique des infirmières demeure, à l'heure actuelle, sous la tutelle institutionnelle des sciences biomédicales.

C'est le paradoxe de l'évolution de la profession infirmière qu'incarnent au fond les cadres cliniques : une nouvelle légitimité acquise dans le champ académique permet aux infirmières de s'émanciper davantage des médecins au sein de l'hôpital ; mais la recherche et la formation en sciences infirmières restent toutefois dépendantes des sciences biomédicales en raison de l'inscription des filières master et doctorat au sein des facultés de médecine. Et c'est ainsi que les sciences infirmières se retrouvent à nouveau sous l'emprise et la tutelle – relative quoiqu'institutionnellement bien réelle – des médecins (les professeurs de médecine) et des sciences biomédicales dès lors qu'elles accèdent à la formation académique.

Au final, l'apparition des cadres cliniques est révélatrice de cette forme d'« autonomie impossible » à laquelle semble confrontée la profession infirmière. Privée d'un véritable champ professionnel qui lui permettrait de développer des pratiques ayant pour seul principe une logique interne, elle se voit condamnée aux stratégies d'emprunt à d'autres champs ; qu'il

s'agisse du champ religieux jusqu'à la fin du 19^e siècle, du champ médical dès le tournant du 20^e siècle, du champ économique à partir des années 1970 ou, aujourd'hui, d'un champ académique au sein duquel la profession se voit une nouvelle fois annexée par le champ médical.

Références

- Anchisi A., Berra E., Pott M., « Cadres et qualité : à la recherche des soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, 77, 2004, pp. 41-55.
- Belorgey N., « Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier », *Revue française d'administration publique*, 174(2), 2020, pp. 405-423.
- Bourdieu P., *Le bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn*, Paris, Éditions du Seuil, 2002.
- Giauque D., « Le management stratégique ou stratégie de contrôle ? Des éléments d'analyse du secteur hospitalier suisse » in Mazouz B. (éd.), *La stratégie des organisations de l'État. Contexte d'analyse, paramètre de décision et gestion du changement*, Québec, PUQ, 2014, pp. 93-113.
- Lahtinen P., Leino-Kilpi H., Salminen L., “Nursing Education in the European Higher Education Area – Variations in Implementation”, *Nurse education today*, 34(6), 2014, pp. 1040–1047.
- Lert F., « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 14(3), 1996, pp. 103-115.
- Longchamp P., Toffel K., Bühlmann F., Tawfik A., *L'espace infirmier. Visions et divisions d'une profession*, Neuchâtel, Alphil, 2020.
- Pinell P., « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50(2), 2009, pp. 315-349.
- Resenterra F., Siggen M., Giauque D., « Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande », *Humanisme et Entreprise*, 315(5), 2013, pp. 1-24.
- Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S., “Evidence based medicine: what it is and what it isn't”, *British Medical Journal*, 312, 1996, pp. 71-72.
- Sainsaulieu I., « Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime » in Sainsaulieu I. (éd.), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2008, pp. 46-86.
- Schweyer F.-X., « Approche sociologique des fonctions de directeurs et de cadres hospitaliers », *Soins Cadres*, 2017 pp. 16-20.
- Toffel K., Tawfik A., « Le New Public Management et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles », *Revue française d'administration publique*, 172(4), 2019, pp. 1077-1091.
- Véga A., « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 15(3), 1997, pp. 103-132.