

Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales

Sophie Divay

Centre d'économie de la Sorbonne (CES)

Centre associé régional du Céreq pour la région Ile-de-France

Céreq

10 place de la Joliette

BP 21321 Marseille Cedex 02

Ce document est présenté sur le site du Céreq afin de favoriser la diffusion et la discussion de résultats de travaux d'études et de recherches. Il propose un état d'avancement provisoire d'une réflexion pouvant déboucher sur une publication. Les hypothèses et points de vue qu'il expose, de même que sa présentation et son titre, n'engagent pas le Céreq et sont de la responsabilité des auteurs.

Mars 2012

SYNTHÈSE

Les infirmières tiennent un discours intéressant sur leur carrière. D'un côté, elles soulignent que les possibilités d'ascension professionnelle sont faibles ; elles peuvent suivre une formation après avoir passé un concours et devenir cadres de santé ou encore se spécialiser et devenir infirmières anesthésistes, infirmières de bloc ou infirmières puéricultrices. Mais dans tous les cas, les places sont rares et les concours sélectifs. D'un autre côté, elles se félicitent de la diversité des modes d'exercice de leur profession qui leur offre le choix entre de nombreuses situations d'emploi : infirmières du travail en entreprise, infirmières scolaires à l'école, infirmières en libéral ou en intérim, etc.

Ces faibles possibilités d'ascension professionnelle et cette diversité de modes d'exercice se conjuguent dans un contexte socioéconomique favorable à ces soignantes. Bien que leur effectif s'élève aujourd'hui à plus de 500 000, les infirmières font défaut dans les établissements de soins où nombre de leurs postes sont vacants. Le marché du travail des infirmières présente une configuration rare de nos jours. Les vendeurs de force de travail sont moins nombreux que les acheteurs qui connaissent ainsi une pénurie de main-d'œuvre dans leurs établissements.

La première partie traite des possibilités de carrière que l'on qualifiera d'horizontales. Dans les hôpitaux comme dans les cliniques privées, les infirmières se voient proposer des « postes maison » (postes de coordonnatrices, de responsables d'une mission particulière, etc.) ou des fonctions non statutairement reconnues (faisant fonction de cadre). Leur fiche de poste évolue, leurs responsabilités s'accroissent sans pour autant que leur situation d'emploi change sensiblement, changement que certaines ne recherchent d'ailleurs pas, mais dont elles bénéficient tant les besoins en personnel sont importants dans leur établissement. Il est à ce propos intéressant d'observer les négociations qui s'instaurent entre offreurs et demandeurs d'emploi. Les infirmières disposent toutes d'une marge de manœuvre pour imposer leurs conditions, mais les candidates externes semblent davantage enclines à défendre leur niveau de rémunération.

En second lieu, sont abordées les évolutions de carrière verticales, c'est-à-dire le passage cadre qui représente une forme d'ascension professionnelle. Un rapide examen de l'historique de cette fonction montre que cette catégorie d'encadrantes a connu deux moments de transformation ou tournants, celui de la laïcisation du personnel infirmier et celui de la managérialisation de leur mandat. Aujourd'hui, les postes de cadres de santé attirent peu de candidates, nombre d'entre eux étant vacants dans les établissements de soins. Cette faible attractivité s'explique notamment par l'impuissance des cadres à améliorer les dysfonctionnements dans les services et par l'inconfort du rôle de cadre mandaté pour faire accepter les restrictions budgétaires par leur équipe. L'absence d'un véritable pouvoir d'action et le manque de reconnaissance salariale conduisent bien des infirmières à fuir ces postes de cadre de santé, et parfois à fuir l'hôpital pour aller exercer leur métier dans d'autres conditions de travail moins pénibles.

Les parcours professionnels de ces infirmières, faisant partie de la catégorie des professions intermédiaires, prennent donc majoritairement la forme d'une carrière horizontale. Ce type de carrière est jugé satisfaisant du point de vue de la diversité des activités de travail, mais insatisfaisant quant au niveau des rémunérations proposé. En 2012, être infirmière consiste toujours à exercer un beau métier... mal payé !

A paraître, un dossier de *Sociologie Santé*, sous la direction de Sophie Divay,
« Les infirmières : un groupe professionnel aux multiples facettes », *Sociologie Santé*, n°35, mars 2012.

Quelles carrières pour les infirmières ?

Une profession réglementée au sein d'un marché du travail dynamique

INTRODUCTION

Les effectifs infirmiers sont en constante augmentation depuis le début des années 1970 : le nombre d'infirmières s'élève à 150 000 en 1971, puis à 383 000 en janvier 2000¹ et enfin à presque 500 000 en 2009 : « Cette augmentation n'a pas été linéaire. Le rythme de croissance, particulièrement soutenu de 1971 à 1981 (74 %), s'est maintenu entre 1981 et 1991, mais à un rythme moins élevé (24 %). Ces dernières années, le rythme de croissance semble se stabiliser à + 2 % par an. Cette progression des effectifs a accompagné non seulement l'évolution de la médecine hospitalière, de plus en plus technique et de plus en plus spécialisée, mais aussi la croissance et la diversification des prises en charge ambulatoires. » (Acker, 2003, p.285-286).

Selon la DREES (Barlet, Cavillon, 2010) seuls 8,5 % des infirmiers sont spécialisés, même si leur part progresse de 0,14 % en moyenne annuelle depuis 2000. De tels chiffres permettent de comprendre pourquoi beaucoup d'infirmières ont souvent l'impression d'être bloquées dans leur progression professionnelle, tant les possibilités de promotion passent en grande partie par la spécialisation.

Les infirmiers spécialisés

Parmi les 8,5 % des infirmiers spécialisés, sont pris en compte ici :

- les cadres de santé (1,2 % des infirmiers) : le diplôme s'obtient après une formation de 42 semaines en alternance suivie dans un institut de formation des cadres de santé, après avoir passé un concours accessible aux infirmières et certains professionnels paramédicaux justifiant de 4 ans d'exercice effectif à temps plein dans leur métier d'origine ;
- les IADE, infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (1,6 % des infirmiers) : le diplôme s'obtient après la réussite au concours d'entrée à l'école et une formation de 24 mois accessible aux titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier après une expérience professionnelle minimale de deux ans ;
- les IBODE, infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (1,2 % des infirmiers) : ont suivi une formation de 18 mois après avoir réussi au concours d'entrée à l'école, accessible aux infirmiers ayant 2 ans minimum d'expérience professionnelle en équivalent temps plein.

D'après la DREES (Barlet, Cavillon, 2010), le nombre des IADE, IBODE et cadres de santé s'élève en 2009 à 28 000 infirmiers spécialisés. Infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres infirmiers sont classés dans la PCS « Profession intermédiaire de la santé et du travail social » de l'INSEE.

Bien que les chances de progression de carrière s'avèrent faibles, nous nous intéresserons tout de même ici à ce phénomène dont l'examen livre des aspects insoupçonnés : tout n'est en effet pas aussi figé qu'il n'y paraît puisque les infirmières peuvent avoir accès à des fonctions certes peu reconnues, comme celles de « faisant fonction » ou « coordonnatrice de soins », mais qui recouvrent cependant des responsabilités d'encadrement. L'étude des parcours d'infirmières exerçant au sein de deux cliniques (voir encadré méthodologique) a permis de mettre au jour l'existence de telles opportunités.

¹ Voir : Audric S., Niel X., Sicart D., Vilain A. (2001).

À travers le croisement des points de vue individuels des salariées et des stratégies des employeurs, nous reprenons à notre compte la démarche méthodologique du « double jeu de détermination » que préconise Anne-Marie Arborio, démarche permettant de voir :

« 1- comment l'institution oriente des parcours individuels, comment des règles, des normes, des routines s'inscrivent dans des histoires singulières ;

2- en même temps que la manière dont ces parcours individuels contribuent à orienter cette organisation. » (Arborio, 2009, p. 12).

Les interactions observées entre les salariées et les établissements de santé seront en l'occurrence analysées au regard du contexte socioéconomique dans lequel elles sont inscrites. La nature du marché du travail des infirmières est en effet apparue comme une donnée conjoncturelle prédominante ayant des effets tant sur les parcours des individus que sur les politiques de gestion du personnel des entreprises : la pénurie de personnels soignants, notamment qualifiés, génère des tensions entre offres et demandes d'emploi qui élargissent la marge de manœuvre des salariés et contraignent celle des employeurs.

Encadré méthodologique

Caractéristiques des terrains d'enquête

La clinique 1M², constituée en Société anonyme, est issue d'un regroupement de trois établissements qui s'est achevé en juin 2002. Elle est désormais l'un des plus gros pôles hospitaliers privés de son agglomération en termes de capacité d'accueil avec 235 lits et places. Le personnel est composé d'environ 400 salariés. Une centaine de médecins interviennent en tant que libéraux et 62 d'entre eux sont actionnaires de la clinique et détiennent chacun 1 à 2% des parts de la société. Le CA est élu par les actionnaires. L'établissement est géré par un directeur administratif salarié et un PDG, président du Conseil d'administration et salarié à mi-temps par la clinique en tant que chirurgien.

La clinique 2C a été créée en 1972 par une dizaine de chirurgiens aujourd'hui retraités et dont l'un d'eux occupe la fonction de gérant. Elle est constituée sous la forme juridique de SARL et est gérée par un directeur administratif. Depuis un programme de restructuration et d'extension mis en œuvre en 2000, le nombre total de lits et de places est passé de 134 à 208.

Le personnel est composé de 280 salariés et d'une cinquantaine de praticiens libéraux, dont une petite partie d'entre eux est actionnaire.

Méthodes de recueil des données

Le recueil de données s'est effectué par le biais de 20 entretiens semi-directifs approfondis réalisés auprès des équipes de direction et de tout le personnel cadre de santé et « faisant fonction » des deux cliniques considérées, ainsi qu'auprès de quelques infirmières spécialisées (IADE et IBODE). A travers ces entretiens nous avons cherché, d'une part, à explorer les politiques d'emploi et de gestion de carrière suivies par les dirigeants de ces cliniques et, d'autre part, à comprendre les logiques des parcours professionnels des soignantes et cadres de santé interviewées.

² Les noms des deux cliniques sont des noms d'emprunt.

1. UNE GRANDE VARIÉTÉ DE PARCOURS

La mise à plat de la structure diachronique de chaque entretien mené avec des infirmières met en lumière une grande diversité des parcours suivis après l'entrée dans le premier poste stable. Des quatorze récits étudiés, il a en effet été possible de dégager sept types de parcours distincts rapidement présentés dans les lignes qui suivent.

Un premier type de parcours relève d'une « **carrière mono-entreprise temporairement ascensionnelle** » dont le cours est tout d'abord caractérisé par un enchaînement de réussites professionnelles, puis par une phase relativement brutale de désenchantement. Mme A. est âgée de 52 ans et a été embauchée à l'âge de 24 ans en tant qu'infirmière à la clinique 1M après une période d'intérim ; elle est promue cadre après avoir suivi la formation payée par son directeur qui exerçait un management paternaliste. Le développement économique et organisationnel de la clinique s'accompagne de l'arrivée de nouveaux dirigeants qui vont rapidement mettre sur la touche cette cadre « ancien modèle ». La carrière de Mme A. n'a donc été que temporairement payante : employée « fidèle », attachée à un « patron » traditionnel, elle n'a pas su s'adapter aux évolutions de ses conditions de travail résultant du développement de l'activité de son établissement.

Mme J. incarne pour sa part l'infirmière ayant connu un type de « **carrière poly-entreprises ascensionnelle** ». Elle se dit globalement très satisfaite de son parcours qu'elle a effectué pour une grande part en région parisienne, pendant 25 ans. Après son premier poste en bloc opératoire, on lui propose très vite un poste de responsable de bloc, tant les infirmières ayant une expérience au bloc font défaut. Pour mieux continuer à assumer les responsabilités qui lui incombent, elle décide de suivre la formation d'IBODE. Elle obtient son diplôme en 1980 et change plusieurs fois d'employeur. Elle exercera même sa profession pendant une année en Arabie Saoudite où elle a suivi son mari médecin originaire de la Syrie. A son retour en France, après son divorce, elle trouve plusieurs emplois dans différentes cliniques d'Île-de-France en tant que surveillante de bloc. En 1999, à l'âge de 54 ans, elle est contrainte de revenir dans sa ville d'origine en province pour des raisons familiales. Elle trouve un poste à la clinique 1M où elle est recrutée par le directeur en tant que cadre de santé alors qu'elle n'est pas titulaire du diplôme correspondant, manque en partie compensé par son titre d'IBODE.

D'autres infirmières parviennent moins facilement à la réussite professionnelle et présentent une « **carrière ascensionnelle faiblement légitimée** ». Mme K. a obtenu son diplôme d'infirmière en 1978. Elle démarre sa carrière en bloc opératoire en CHU. Elle occupe un poste de faisant fonction de cadre en 2002, mais rate le concours d'entrée à l'école des cadres l'année suivante. Par dépit, elle quitte son poste et se fait embaucher par relations dans la clinique 2C. Elle démissionne sans hésitation de la fonction publique. Sa décision est rentable puisqu'elle obtient un poste de responsable de bloc en 2007 pour un salaire net de 4000 euros mensuel. Elle est toutefois inquiète car le gérant de la clinique, en tant que chirurgien, est plus sensible que le directeur administratif au fait qu'elle n'ait qu'un diplôme d'infirmière. Malgré son manque de légitimité, qui la rend quelque peu vulnérable, Mme K. est tout de même parvenue à occuper un poste de responsable d'un plateau technique équipé de treize salles d'opération. Là encore, la pénurie de candidates sur le marché du travail a conduit ses employeurs à baisser le seuil de leurs exigences.

Le travail en clinique offre également l'opportunité de mener une « **carrière de manager** ». Mme Q., fille d'expert comptable, obtient son diplôme d'infirmière en 1980 alors que son père la destinait à faire médecine. Sa fille ne restera cependant pas très longtemps dans son premier poste d'infirmière à la Croix Rouge. Elle parvient à se faire embaucher dans un IFSI³ en tant que formatrice à la condition de passer dès

³ IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

que possible le concours de l'école des cadres. Elle obtient le diplôme de cadre de santé en 1991, postule sur un poste de cadre à la clinique 2C où son dynamisme est apprécié par le nouveau directeur en place. Elle a le sens de la gestion et développe de nombreux projets porteurs pour la clinique. En 2009, à l'âge de 51 ans, sa rémunération s'élève à « 5000 euros net par mois lissé sur l'année », mais elle espère encore une progression. Pour ce faire, elle négocie avec son directeur la possibilité de faire passer les « infirmières générales » au niveau supérieur de « cadre dirigeant »⁴. Son argument majeur est qu'avec ce statut elle ne sera plus soumise aux conditions horaires prévues par le code du travail et le problème du paiement de ses nombreuses heures supplémentaires sera ainsi résolu. Elle prévoit bien sûr une augmentation de salaire et sait qu'en tant que cadre dirigeant elle pourra devenir actionnaire de la clinique.

À ce parcours réussi de manager peut être opposé un type de carrière plus difficile dit « **carrière au féminin éprouvée** ». Certaines des personnes interviewées ont en effet fait état d'accidents biographiques auxquels elles ont fait face en donnant la priorité à leurs responsabilités familiales, tout en limitant leur investissement professionnel. Il est intéressant de noter que ces embûches n'ont empêché ni le maintien dans l'emploi, ni même une certaine évolution professionnelle des personnes concernées. Mme C. n'a jamais eu de stratégie professionnelle visant une quelconque promotion. Elle a pendant longtemps donné la priorité à son rôle d'épouse et de mère jusqu'à ce qu'un accident vienne bousculer le cours de sa vie. Diplômée en 1976, elle commence à exercer son métier d'infirmière dans un CHU. Cependant, son futur mari, étudiant de médecine, ne parvient pas à trouver une place d'internat dans la ville où ils habitent. Le couple est contraint de déménager pour une année ; Mme C. démissionne de son poste d'infirmière, quittant ainsi la fonction publique hospitalière. En 1979, alors que son mari commence à exercer sa profession de médecin, elle arrête de travailler pour élever ses trois enfants. Cette interruption ne sera que temporaire puisqu'elle sera contrainte de reprendre une activité professionnelle en 1996, après le décès de son mari. Malgré « un trou » dans son CV de dix-sept années d'inactivité et une expérience professionnelle de seulement deux années (de 1977 à 1979), Mme C. parvient facilement à se faire embaucher en 1996 à la clinique 1M, tout en demandant pour commencer un emploi à temps partiel (80 %). C'est en 2005, que Mme Q., sa supérieure hiérarchique, lui propose de prendre la responsabilité du service ambulatoire dont l'agrandissement nécessite la création d'un poste de coordonnatrice des soins qui lui offre ainsi la possibilité de passer de la catégorie de technicienne à celle d'agent de maîtrise.

Sans qu'elles ne connaissent d'événements dramatiques particuliers, certaines des infirmières qui donnent la priorité à leur vie familiale se trouvent rattrapées par des enjeux professionnels et présentent malgré elles une « **carrière au féminin propulsée** ». Mme L. (30 ans, deux enfants), Mme R. (48 ans, trois enfants) et Mme Z (46 ans, 2 enfants) ont respectivement commencé leur carrière à 23, 22 et 21 ans à la clinique 2C. Depuis leur embauche, elles n'ont jamais songé à évoluer dans leur vie professionnelle, principalement rythmée par les événements de leur vie privée. Bien que leur investissement ait été limité, elles ont donné satisfaction à leur hiérarchie, au point d'être choisies pour occuper de nouveaux postes de coordonnatrices. Aucune des trois n'avait anticipé cette opportunité et Mme L. a même disposé de la latitude nécessaire pour négocier un délai et définir ses attributions. Elle a ainsi pu faire patienter plusieurs mois sa cadre, jusqu'à son retour de congé maternité, avant d'accepter le poste proposé tout en ayant l'assurance de ne pas totalement abandonner le soin.

Une autre voie s'offre encore aux infirmières qui ont la volonté d'évoluer sans pour autant avoir des responsabilités d'encadrement. Celles-ci peuvent faire « **carrière par la voie de la spécialisation** ». Leur objectif est souvent d'obtenir la reconnaissance formelle de responsabilités techniques qui leur incombent déjà au bloc, tout en ayant la possibilité d'approfondir leurs connaissances et de donner plus de sens à leurs pratiques quotidiennes. Les diplômes d'IADE et d'IBODE permettent de satisfaire de telles attentes professionnelles.

⁴ Cf. classification de la convention collective de la Fédération de l'hospitalisation privée.

La description objective des chemins empruntés par les interviewées renseigne sur les différentes étapes ou événements qui ont orienté ces parcours sans rien révéler du rapport subjectif qu'elles entretiennent à leur travail et carrière. Quels choix disent-elles avoir fait ? De quelle marge de manœuvre ont-elles disposé ? À quelles logiques exogènes ont-elles dû faire face ?

À travers leur discours, les interviewées laissent transparaître des niveaux variables d'intentionnalité ou de maîtrise sur le déroulement de leur carrière, qui s'échelonnent tout au long d'un continuum allant de l'affirmation de prises volontaires de décisions (forte autonomie) à des formes de résignation face aux événements ou d'absence de projets (forte hétéronomie).

Les différents degrés de variation ne pourront pas être présentés dans le détail ici, mais on peut retenir qu'ils se déploient entre deux positionnements extrêmes illustrés par les situations de Mme Q. et Mme C. déjà évoquées plus haut. La première déclare avoir fait des choix qu'elle a d'abord exprimés en refusant de satisfaire les attentes de son père. A la fac de médecine, elle a préféré l'école d'infirmière. Elle s'est par la suite fixée, selon son expression, un « chemin de carrière » pour arriver à occuper un poste de cadre supérieur de santé et à négocier *in fine* l'obtention d'un statut de cadre dirigeant. A l'inverse, Mme C. se décrit comme une personne très passive : elle a démissionné pour suivre son mari, a arrêté de travailler pour élever ses enfants conformément aux attentes de son père, a repris un emploi par nécessité, et s'est enfin soumise à la décision de son directeur qui lui offre une promotion qu'elle ne brigait pas.

Toutefois, les stratégies des infirmières ne sauraient être considérées comme l'unique facteur explicatif du cours de leur carrière. Celles des employeurs doivent également être prises en compte. Dans le chapitre qui va suivre, il s'agira d'interroger la politique de gestion du personnel des entreprises, politique construite dans le cadre d'un rapport de force salarial où le pouvoir des responsables est limité.

2. ARTICULATION DES LOGIQUES DES SALARIÉES ET DES POLITIQUES DE GESTION DU PERSONNEL

Tout aussi forte que soit l'intentionnalité des salariées rencontrées, elle ne peut être considérée indépendamment des politiques de gestion du personnel, elles-mêmes tributaires d'un marché du travail caractérisé par une pénurie de demandes d'emplois infirmiers et cadres de santé. Les entretiens menés auprès des directeurs et du gérant ou PDG des deux cliniques nous ont appris que les embauches des dix dernières années avaient principalement eu lieu à la suite d'un développement d'activité par croissance externe (regroupements de petites cliniques) ou par croissance interne (agrandissement du service ambulatoire ou encore création d'un service d'EHPAD⁵). Dans les deux cas, les responsables disent avoir en premier lieu fait appel au marché interne à la fois par choix et par obligation.

S'ils préfèrent faire appel à des salarié(e)s connu(e)s et dont ils ont pu apprécier les qualités, ils sont également conscients du fait que les tensions sur le marché du travail dans le secteur de la santé ne leur facilitent pas la tâche : la rareté des candidatures encourage en outre les candidates extérieures à négocier le montant de leur salaire d'embauche. Parmi les personnes interviewées, aucune des salariées promues en interne n'a négocié une augmentation de salaire, comptant silencieusement sur une probable reconnaissance

⁵ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées.

de la part de leur directeur. En revanche, celles qui venaient d'un autre établissement n'ont pas hésité à aborder cette question lors de leur entretien d'embauche.

Les démarches de recrutement formalisées par le biais de l'émission d'une offre d'emploi ou l'intervention d'un chasseur de tête et d'entretiens d'embauche, qui mettent en présence un employeur et un(e) candidat(e) qui ne se connaissent pas, favorisent les négociations portant sur le montant du salaire, d'autant que la concurrence entre offreurs de travail est faible et qu'ils connaissent les difficultés de recrutement des employeurs. En revanche, le recrutement en interne, obéissant en l'occurrence à une logique de désignation d'une élue par sa hiérarchie, semble inhiber les tentatives de négociation du salaire, sachant que la personne élue se trouve à ce moment précis face à un employeur avec lequel elle est déjà en relation de subordination. Cette configuration est de toute évidence beaucoup plus confortable pour ce dernier que ne l'est celle du recrutement externe. Lorsqu'il a la possibilité d'opérer son choix parmi plusieurs soignantes salariées de sa clinique, entre autres selon des critères comportementaux (en évitant comme le souligne une infirmière les éléments « assez butés »), et ce sans les avertir de ses recherches, il bénéficie d'un effet de surprise qui laisse peu de latitude à l'élue pour se positionner en tant que candidate.

Cet avantage en faveur du recruteur connaît toutefois des limites. En effet, si Mme L., la dernière nommée des coordinatrices, n'a pas davantage que les autres négocié son salaire, elle n'a pas pour autant hésité à décliner l'offre de promotion faite par sa cadre, en lui indiquant qu'elle ne lui donnerait une réponse qu'après sa grossesse et son retour de congé maternité. Son peu d'empressement démontre au moins deux choses : Mme L. n'était d'une part personnellement pas dans une logique d'évolution professionnelle, et, d'autre part, elle n'était pas sans savoir que le vivier interne des élues potentielles était limité, et que son employeur évitait de recourir à un recrutement externe plus risqué et là aussi limité quant au nombre des candidatures.

D'autres facteurs viennent encore renforcer ces difficultés de recrutement. L'appartenance des postes de personnel soignant qualifié à la catégorie des professions réglementées réduit la marge de manœuvre des employeurs. En ce qui concerne les emplois d'infirmières et infirmières spécialisées les conditions d'accès sont strictement définies et aucune candidate non titulaire du diplôme d'Etat correspondant à la fonction exercée ne peut être embauchée. Pour les cadres de santé, les conditions se sont également récemment durcies. Alors que les surveillantes d'antan étaient promues à l'ancienneté, le diplôme de cadre de santé est aujourd'hui devenu officiellement obligatoire depuis la parution du décret de décembre 2001⁶ concernant le statut du corps de santé de la fonction publique hospitalière. Ce texte visant expressément le secteur public, les établissements privés ne sont pas soumis aux dispositions de ce texte. Toutefois, la montée des exigences en matière de sécurité et de qualité, notamment imposées au travers des procédures de certification, incitent les dirigeants de cliniques à s'aligner sur les pratiques et règles du public. A ce propos, on rappellera la situation de Mme K. de la clinique 2C, déjà évoquée plus haut : celle-ci estime être « sur un siège éjectable » parce qu'elle occupe la fonction de responsable de bloc sans être titulaire d'un autre diplôme que celui d'infirmière. Alors que le directeur administratif a approuvé l'affectation de Mme K. dans ce poste, en tant que chirurgien le PDG s'est montré beaucoup plus réticent, craignant notamment les conséquences de la sous-qualification de son employée en cas de problème médical et de recours juridiques des patients concernés.

Vue du côté des employeurs, la question des évolutions de carrière des infirmières met donc au jour un ensemble de contraintes organisationnelles et structurelles qui orientent en grande partie leur politique de gestion du personnel, et de ce fait les évolutions de carrière des infirmières : incidences des opérations de développement de l'activité des établissements, ressources en main-d'œuvre restreintes tant sur le marché interne qu'externe du travail, poids de la réglementation des professions de la santé et des normes de sécurité et de qualité médicales.

⁶ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel du 1^{er} janvier 2002.

CONCLUSION

Pour revenir et finir sur les parcours des infirmières, quels enseignements tirer des informations croisées recueillies tant du côté des salariés que des employeurs ? Dans un contexte économique global défavorable aux demandeurs d'emploi, le marché du travail des infirmières fait figure d'exception. Comme le démontrent leurs trajectoires, ces professionnelles disposent d'une sécurité d'emploi dont la plupart des salariés sont privés. On observe ainsi qu'elles n'hésitent pas à démissionner de postes de titulaires de la fonction publique hospitalière pour aller travailler dans le secteur privé, alors que partout ailleurs ces emplois sont fortement convoités, notamment aux moments où le chômage s'intensifie (Maurin, 2009). Elles prennent également sans grand risque la décision d'arrêter de travailler, notamment pour élever leurs enfants, étant assurées de retrouver un emploi, même après plusieurs années d'inactivité et avec une faible expérience professionnelle. En outre, même celles qui se repositionnent sur le marché du travail à un âge avancé (50 ans et plus) bénéficient d'une réinsertion rapide. Elles n'ont pas à faire la preuve de leur « employabilité » auprès des employeurs tant ces derniers sont aux prises avec un manque important de personnel soignant qualifié.

Dans une telle conjoncture, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les interviewées présentent des parcours divers et contrastés, puisqu'elles ne sont pas soumises à de fortes contraintes concurrentielles. L'état des rapports salariaux dans ce secteur professionnel entraîne au moins deux conséquences. D'une part, les salariées ayant la volonté ou l'ambition de connaître une progression ascensionnelle en termes de pouvoir hiérarchique ont de grandes chances d'atteindre leur objectif. D'autre part, celles qui, comme Mme C., se montrent moins « entrepreneuruses » et moins ou peu soucieuses de l'évolution de leur carrière « risquent » toutefois de se voir rattrapées par les sollicitations des employeurs qui sont obligés de faire appel à toutes les forces vives de l'entreprise faute d'une main-d'œuvre de réserve disponible.

BIBLIOGRAPHIE

- Acker Françoise, 2003, « Les infirmières : une profession en crise ? », in Jean de Krevasdoué (dir.), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003, pp. 281-306.
- Arborio Anne-Marie, 2009, « Les cheminements longs en sociologie », in Coralie Perez, Sophie Divay, Jean-Luc Outin *et alii*, *Les cheminements longs : données, méthodes et apports pour les analyses du marché du travail*, XVIèmes Journées d'études sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail, Céreq, Marseille, Relief n°29, décembre, pp. 11-23.
- Audric Sophie, Niel Xavier, Sicart Daniel, Vilain Annick, 2001, « Les professions de santé : éléments d'informations statistiques », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°1, janvier-mars, pp. 115-136.
- Barlet Muriel, Cavillon Marie, 2010, *La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*, Paris, DREES, Document de travail, Série Etudes et recherche, n°101, novembre.
- Maurin Eric, 2009, *La peur du déclassement. Une sociologie des récessions*, Paris, Seuil.
- Vimont Claude, Baudot Jacques, 1968, « Les infirmières des hôpitaux publics, évolution récente des effectifs, calcul des besoins », *Population*, Volume 23, n°3, pp. 477-498.

Cadre de santé, une fonction en tension

Porter le titre de cadre procure un certain prestige symbolique. Tous les salariés de ce groupe hétérogène (Boltanski, 1982) ne bénéficient cependant pas de la même valeur sociale. Il est même des secteurs où les candidats font défaut et où de nombreux postes sont vacants. Telle est la situation dans le monde hospitalier public et privé où les postes de cadres de santé sont peu recherchés. Ce manque d'attractivité n'est pas sans entraver le fonctionnement de nombreux services qui souffrent ainsi d'un manque de coordination entre les parties impliquées, allant du chirurgien aux soignant(e)s en passant par les patients.

Que se passe-t-il dans les établissements de santé pour que la position de cadre soit délaissée ? Des infirmières préféreraient-elles se priver de progression professionnelle plutôt que d'être confrontées à certaines contraintes inhérentes à cette fonction ? Dans ce milieu féminin, le pouvoir ne représenterait-il que peu d'intérêt aux yeux des salariées ? Les responsabilités et la charge de travail seraient-elles disproportionnées par rapport à la rémunération proposée ?

Afin d'élucider la question, il sera tout d'abord instructif de faire un détour par le passé et d'interroger rapidement l'histoire des surveillantes qui ont précédé les cadres de santé d'aujourd'hui. A la lumière de ces informations, il sera alors temps d'explorer les caractéristiques sociodémographiques de ces cadres dont la plupart sont issues du métier de soignant(e). Enfin, les données de terrain recueillies auprès de professionnels de la santé (cf. encadré méthodologique) livreront une part des raisons et logiques qui sous-tendent le rapport au travail et au rôle de cadre de celles qui ont soit choisi soit refusé de tenter l'expérience.

Encadré méthodologique

Méthodes de recueil des données :

Les résultats présentés dans cet article émanent de plusieurs enquêtes menées depuis 2008. Le recueil de données s'est effectué par le biais d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmières et de cadres de santé salariées de deux cliniques (secteur privé) et d'un hôpital local.

Terrains d'enquête :

- la clinique 1M⁷, constituée en société anonyme, a une capacité d'accueil de 235 lits et est composée d'environ 400 salariés,
- la clinique 2C, est une SARL de 280 salariés et comprend 208 lits,
- un hôpital local qui compte une centaine de lits et 120 agents titulaires.

⁷ Les noms des deux cliniques sont des noms d'emprunt.

1. DE LA SURVEILLANTE A LA CADRE : UNE LONGUE HISTOIRE

Le métier de cadre de santé a aujourd'hui une longue histoire derrière lui. Il plonge ses racines dans un passé lointain lié à celles de l'hôpital. A tort, sa naissance est souvent située en 1958, date de la promulgation du décret prévoyant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante ou monitrice. Comme le souligne un directeur des soins de l'hôpital de Cognac : « De tout temps, il a existé des personnels chargés de l'encadrement des soins, même si l'encadrement tenait plus du contrôle et les soins d'une exécution plus ou moins professionnelle. En effet, la littérature donne de nombreux exemples dans le passé de supérieures ou supérieurs chargés des fonctions de surveillante ou surveillant des services de soins. » (Eggers, 2008, p. 1). Les premières surveillantes étaient des religieuses qui occupaient un rôle central dans les services : « fonction de surveillance, d'intendance, de maintien de l'ordre et de la discipline plus que fonction de soignante avec laquelle elles n'ont qu'un rapport lointain par le biais d'un personnel laïque qu'elles utilisent et encadrent. » (Poisson, 1998, p. 40)

Si le courant de laïcisation des hôpitaux a fait disparaître ce personnel religieux, il n'en a eu raison que progressivement. L'éviction des sœurs et des aumôniers s'est d'abord produite dans les établissements de l'Assistance publique. Entre 1878 et 1888, dix-sept hôpitaux sont laïcisés à Paris. Il en va tout autrement en province : « Par rapport à la laïcisation de l'enseignement, la volonté politique de laïciser les hôpitaux est moins évidente : la question demeure au second plan, compte tenu d'une opinion publique très attachée aux religieuses soignantes. (...) Les médecins eux-mêmes sont partagés sur la question de la laïcisation, d'autant plus qu'ils constatent l'absence d'un personnel capable de remplacer immédiatement la sœur de charité. » (Knibiehler, 1984) Cette laïcisation prendra des décennies avant d'achever son œuvre. Si en 1954, on comptait encore 12 000 religieuses dans les hôpitaux, leur catégorie s'éteint au cours des années 1960, et les laïques qui prennent leur place doivent être titulaires du diplôme d'infirmière (Maillard, 1986).

A ces processus de laïcisation et de professionnalisation, s'ajoute une vague de rationalisation d'ordre gestionnaire qui déferle sur l'hôpital au cours des années 1990 et se concrétise par la publication de la loi portant réforme hospitalière en 1991. Ce tournant a des effets immédiats sur la population des surveillantes qui après avoir été rebaptisées « cadres infirmiers » (à partir de 1973) deviennent des « cadres de santé » (à partir de 1995). Cette évolution entraîne la mise en place d'un nouveau programme de formation des cadres en 1995 : « Ce dernier parachève une orientation totale de la fonction vers une dimension gestionnaire amorcée dans les programmes précédents. Une comparaison des quatre programmes officiels montre la diminution de la place de la clinique dans cette formation. A partir de 1995, les savoirs se rapportant à la médecine ne sont plus enseignés et sont remplacés par des savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion. » (Bourret, 2006, p.37).

Sans entrer dans le détail des incidences organisationnelles de ce tournant gestionnaire et managérial lié à l'introduction des principes du *New public management*⁸ en France que nous avons étudiées ailleurs (Divay, Gadea, 2008), on retiendra ici que cette « nouvelle gouvernance » de l'hôpital a généré une redéfinition des missions des cadres de santé qui les contraint à s'éloigner du rôle de la surveillante pour endosser celui de la gestionnaire ou, en d'autres termes, à agir non plus en tant que membres de leur profession, mais en tant que membres de l'organisation, chargés de la réalisation du projet d'établissement. Les cadres sont de ce fait devenues les garantes de l'application de réformes définies à un niveau nationale. « Poussées de gré ou de

⁸ Issu de modèles américains, le *New Public Management* calque la gestion de l'administration sur celle de l'entreprise privée. Il s'agit de définir les centres de coût, de déterminer des objectifs précis, de rationaliser les organigrammes et les cahiers des charges et de responsabiliser les centres de décision en leur donnant plus d'autonomie. Ces modèles, basés sur la notion de profit, ne font pas de distinction réelle entre service public et secteur privé. De ce fait, les citoyens sont considérés comme des consommateurs de prestations.

force à être des gestionnaires, des cadres se retrouvent alors dans l'obligation d'assumer des décisions qui les mettent parfois en porte-à-faux avec leurs équipes et/ou avec leurs projets professionnels initiaux, surtout lorsqu'ils font l'expérience "de fin de non recevoir" émanant des médecins, de directions administratives ou, pis, de leurs propres hiérarchies. » (Vega, 2008, p.166)

Ce passage de la figure de la « surveillante » à celle de la « cadre » n'a certainement pas encore dévoilé tous ses effets. D'après les conclusions d'un récent rapport de la Mission cadres hospitaliers remis en septembre 2009 à la ministre de la santé (De Singly, 2009), il apparaît que les pouvoirs publics envisagent d'amplifier cette évolution. Dans le cadre de la modernisation de l'hôpital organisée par le Plan hôpital 2007 (suivi du Plan hôpital 2012), qui instaure la nouvelle gouvernance des hôpitaux publics et la mise en place des pôles d'activité, les cadres sont appelés à jouer un rôle moteur dans l'application de cette restructuration. Pour atteindre cet objectif, la Mission préconise ce que l'on peut appeler une « managérialisation » de la catégorie des cadres hospitaliers passant tout d'abord par une uniformisation ou une unification des différentes filières cadres (santé, technique, administrative, et médico-sociale). Ce processus suppose une redéfinition de la formation des cadres qui ne sera plus dispensée dans des instituts distincts, mais à l'université dans le cadre de masters spécialisés dans le management. Les « jeunes » diplômés affectés dans leur nouveau poste de cadre disposeront ainsi des compétences nécessaires pour insuffler la logique gestionnaire dans leur service. Il est également prévu une revalorisation de leur carrière en remplaçant l'avancement à l'ancienneté et la notation des agents par une évaluation individualisée des performances annuelles. Les auteurs du rapport soulignent notamment qu'ils voient dans leurs préconisations un moyen d'améliorer la faible attractivité de la fonction de cadre qui confronte les établissements à des difficultés de recrutement.

Plusieurs étapes ont donc jalonné l'histoire des surveillantes qui sont devenues des cadres après avoir connu des vagues successives de laïcisation, professionnalisation et « managérialisation ». Leur profil actuel est la résultante de ces transformations qui ont progressivement contribué à construire une catégorie de cadres marqués par leur métier d'origine, celui d'infirmière.

2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES CADRES DE SANTÉ D'AUJOURD'HUI

Il convient avant toute chose de situer les cadres de santé au sein de leur hiérarchie professionnelle. Elles occupent certes des postes de cadres, mais des postes dits de proximité, car, comme le montre le tableau suivant, ces responsables sont, d'une part, les encadrantes directes des personnels soignants et, d'autre part, placées sous l'autorité d'un cadre supérieur et d'un directeur des soins infirmiers.

Tableau n°1

Hiérarchie paramédicale à l'hôpital public

Niveaux hiérarchiques	Anciens titres
Directeur des soins infirmiers	Infirmière générale
Cadre de santé supérieur	Surveillante chef, surveillante générale, cadre infirmier supérieur
Cadre de santé	Surveillant de soins, cadre infirmier
Infirmières et infirmières spécialisées	
Aides-soignantes	
Agents de services hospitaliers	

Depuis 2001, les cadres du public doivent obligatoirement être titulaires du diplôme de cadre de santé obtenue après une formation de 42 semaines dans l'un des 37 instituts de formation des cadres de santé (IFCS) existant en France. Les candidats doivent passer un concours d'entrée, et justifier d'une expérience professionnelle d'au moins quatre années dans le domaine paramédical⁹. Plus de 80% des étudiants en IFCS sont d'anciens infirmiers (Debelleix, 2010). La profession de cadre de santé s'inscrit donc dans le cours d'une carrière de soignant, les cadres étant des gens de métier qui n'accèdent jamais directement à cette fonction dès leur entrée dans la vie active.

Si l'on se réfère aux données établies par la DREES sur les formations aux professions de santé en 2009 (Jakoubovich, 2010), on apprend que la dominante féminine propre au métier d'infirmière (88 %) persiste. Parmi tous les inscrits en IFCS en 2009, 82 % des étudiants sont des femmes (soit 1549 femmes sur 1876 étudiants). En 2009, 1793 diplômes ont été délivrés, avec 33 non reçus, soit 2 % d'échec. Les étudiants inscrits en 2009 sont majoritairement en milieu de carrière paramédicale :

- 72 % des inscrits en 2009 ont entre 34 et 44 ans,
- 3 % ont moins de 34 ans,
- 25 % ont 45 ans et plus.

⁹ Les candidats doivent être issus de secteurs du soin et de services médico-techniques. Les professionnels concernés sont les suivants : audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, infirmier du secteur psychiatrique, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales.

Parmi les nouveaux inscrits en 2009 en IFCS, 90 % des étudiants occupaient un emploi en milieu hospitalier l'année précédant leur entrée en formation. On ne dispose pas d'informations précises sur le secteur de provenance, mais Debelleix (2010) note qu'une immense majorité de ces étudiants appartient à l'hôpital public. Cette surreprésentation s'explique d'une part par le poids que représente le public chez les employeurs de personnels paramédicaux, mais aussi parce que le secteur privé n'est pas soumis, comme le public, à l'obligation d'embaucher des cadres diplômés.

En 2009, en termes de mobilité sociale, les nouveaux étudiants d'IFCS sont pour 54 % d'entre eux issus d'un milieu agricole, d'ouvriers, d'employés et de professions intermédiaires. Sachant que les cadres de santé appartiennent à la PCS 43- « professions intermédiaires de la santé et du travail social », on peut dire que leur progression de carrière permet à plus de la moitié d'entre eux soit de maintenir leur niveau social d'origine soit de connaître une ascension sociale, pendant que 30 % subissent une démotivation sociale.

Tableau n°2

Origine sociale des nouveaux inscrits en 1ère année en 2009

Postes PCS	Pourcentage des inscrits	Effectifs
Agriculteurs	5%	74
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	14,5%	214
Cadres et professions intellectuelles du supérieur	30%	442
Professions intermédiaires	15%	223
Employés	32,5%	481
Ouvriers	1,5%	22
Inactifs	1,5%	18
Total	100%	1474

Source : Tableau reconstitué par nous, (Jakoubovitch, 2011).

3. RAPPORT SUBJECTIF A LA POSITION DE CADRE DE SANTE

Comme les données statistiques le montrent, les postes de cadres sont quasiment tous occupés par d'anciennes infirmières qui, vers la quarantaine, décident de changer de métier tout en restant dans leur milieu professionnel. Il ne s'agit de ce fait pas d'une reconversion, mais d'une évolution dans la continuité, souvent motivée par une volonté d'agir sur ce milieu dont elles ont eu le temps de découvrir les qualités et les défauts. Comme nos enquêtes menées en milieu hospitalier nous l'ont appris, leur intention est bien souvent de trouver le moyen d'améliorer les dysfonctionnements dont elles ont souffert en tant qu'infirmières, de s'extraire d'une position dans laquelle elles ne pouvaient que subir les contraintes. La fonction de cadre de santé leur apparaît alors comme une réponse à leurs attentes et insatisfactions :

« Et donc, c'est comme ça que j'ai voulu être calife à la place du calife, c'est-à-dire que je me suis dit : c'est bien joli de critiquer, mais t'as qu'à aller au charbon ! Voilà, donc je suis allée au charbon, c'était ça ou je faisais autre chose, je sais pas quoi mais... Donc, j'ai décidé de faire l'école des cadres. » (Cadre de santé, ancienne infirmière en CHU, hôpital local)

Les améliorations visées concernent avant tout l'organisation du travail quotidien des services : la prise en charge des patients et des familles, les relations avec les médecins, la gestion du personnel soignant, ou encore les modalités de distribution des soins :

« Mon directeur m'a dit : "Pourquoi vous ne feriez pas l'école des cadres ?" Je lui ai dit : "Je ne peux pas m'arrêter de travailler !" Il m'a dit : "Mais on vous prendrait en charge." Alors, ça, ça a commencé à me faire réfléchir. Et puis franchement, je commençais à en avoir ras le bol de travailler comme on faisait, c'est-à-dire que nous on faisait des soins de série. Nous étions deux infirmières le matin, donc une faisait toutes les injections de tous les patients du service, toutes les prémédications, tous les retours de blocs, toutes les transmissions, mais c'était sur un cahier, donc tous les jours, on faisait des traits, on recopiait, on remettait les noms avec le risque d'erreurs, enfin, bref... mais c'était fastidieux (...) Bon, c'est vrai que j'ai toujours eu, en tant qu'infirmière, le sens de l'organisation, sinon, j'aurais pas fait ça. Et puis ça me plaisait bien et puis je me suis dit, après tout, c'est l'occasion de changer les choses ! » (Cadre de santé, ancienne infirmière, clinique 2C)

L'organisation est bien au centre des attributions d'une cadre de santé, mais encore faut-il préciser ce que cette tâche recouvre. Si les cadres y voient la possibilité de changer les règles formelles et informelles qui régissent, entre autres, les principes de distribution des soins et de division du travail soignant, leurs supérieurs hiérarchiques, pour leur part, ont une autre définition de cette mission. Le directeur de la clinique 1M compare ses cadres de santé à des gouvernantes :

« C'est-à-dire qu'elles doivent être en même temps prestataires de service à l'égard des personnels qui seront au sein des services. Parce que si elles ont ce rôle de prestataire de service, donc de réponse à leurs attentes, être à leur écoute, forcément le patient va être mieux soigné derrière. »

Etre à l'écoute des personnels ne signifie cependant pas défendre les intérêts des personnels, mais ceux de l'entreprise, tout en sachant garder sa place. Les cadres de santé ont un rôle d'encadrement de proximité, dont le champ d'action est limité. Leur hiérarchie ne les implique ainsi pas dans les enjeux politiques et financiers de l'établissement :

« Au niveau des groupes régionaux de travail, les cadres peuvent être impliquées mais... pas trop encore, parce que sur ces groupes de travail, on est encore à un niveau de planification. Donc c'est assez stratégique si vous voulez ! (rire). Donc, on aime bien savoir où on va et quel va être le devenir. C'est-à-dire qu'il faut avoir une vision assez politique du système, parce qu'il y a des éléments assez stratégiques et il ne faut pas faire preuve de naïveté, en résumé ! » (Directeur de la clinique 1M)

En revanche, ce directeur leur confie volontiers la mise en œuvre interne des projets arrêtés à un niveau national ou régional, ainsi que la régulation de l'usage des ressources fournies par la clinique. Il leur revient notamment de programmer les horaires d'accès aux salles d'opération appartenant à la clinique, mais dont ont besoin les chirurgiens qui y exercent en tant que libéraux :

« Et puis, les cadres doivent aussi être autant que faire se peut l'interface entre le corps médical, donc ces micro-entreprises et le service. Parce que une des grandes différences qu'il y a entre un établissement hospitalier public et nous, c'est qu'à l'hôpital vous avez un chef de service avec un service délimité. Ici, j'aurais tendance à dire : on a que des chefs de service ! » (Directeur de la clinique 1M)

Comme le souligne ce directeur, les règles du jeu du privé diffèrent grandement de celles du public, mais il n'en reste pas moins que les cadres de santé sont amenés à jouer le rôle d'« interface » dans les deux milieux. Il leur incombe à l'hôpital de faire appliquer les orientations générales de gestion des établissements, c'est-à-dire de faire accepter les restructurations, réformes et autres plans de modernisation décidés au plus haut niveau et qui se traduisent concrètement par la mise en œuvre de nombreux dispositifs gestionnaires visant à augmenter l'efficacité et l'efficience des services (Bélorgey, 2010). Démarche qualité, accréditation, certification, traçabilité, indicateurs de performance, protocolisation sont autant d'instruments de mesure de l'activité médicale et soignante que les personnels doivent adopter. Les directions des hôpitaux comptent sur la persuasion des cadres de santé pour vaincre les résistances des agents et obtenir leur participation.

CONCLUSION

Afin d'expliquer pourquoi les infirmières renâclent à devenir cadres, le refus d'abandonner le métier de soignante a souvent été invoqué. Cependant, les soignantes interviewées ne tiennent pas unanimement ce discours. Certaines se disent physiquement et mentalement usées par leur travail et aimeraient faire autre chose. Toutefois, la fonction de cadre ne les tente pas. Elles ne veulent pas sombrer « dans la paperasserie » ou encore être à la croisée de demandes parfois contradictoires que les cadres en parviennent que difficilement à satisfaire. Ce n'est pas l'exercice du pouvoir qui effraie ces agents, mais la détention d'un pouvoir insuffisant. Madame P., qui a quitté l'hôpital pour devenir infirmière scolaire, ne regrette pas son choix :

« Non, non, moi cadre de santé, non ! Ça aurait été plutôt cadre sup. de santé, mais pas simple cadre de santé, parce que moi je suis un peu comme ça, carrée ! Et être à l'écoute, oui, mais il faut aussi pouvoir dire des choses, quand ça ne va pas, je le dis ! Et c'est vrai que quand on est simple cadre de santé, on a quand même la sup. qui est au-dessus de vous, et vous en prenez plein la figure de la supérieure et puis des inférieures ! Alors, bon, vous êtes au milieu de tout ça, alors moi, j'ai besoin de rentrer chez moi et de dormir ! »

La cadre de santé, cadre de proximité, n'a en fait que peu de pouvoir sur l'organisation des services, et elle se rend rapidement compte qu'on attend d'elle non pas qu'elle améliore les conditions de travail pour les personnels et la prise en charge des patients, mais plutôt qu'elle serve de courroie de transmission des orientations de la direction. A cette source de désillusion, s'ajoute une autre source d'insatisfaction, celle d'une insuffisante reconnaissance salariale dont pâtissent ces cadres de premier niveau : « L'évolution de la rémunération globale des cadres de santé est nettement à l'avantage de ces derniers par rapport aux IDE¹⁰. Il faut toutefois remarquer que cette évolution est due beaucoup plus au niveau de la rémunération inférieure à celle de professionnels qu'il encadre même lorsque ces derniers sont peu avancés dans leur carrière. Autrement dit, le différentiel de rémunération entre un IDE en début de carrière et un cadre en début de carrière est relativement faible (moins de 20% en 2009). De ce fait, un cadre de santé débutant peut se retrouver avec une rémunération inférieure à celle de professionnels qu'il encadre même lorsque ces derniers sont peu avancés dans leur carrière. » (De Singly, 2009, p. 93).

Le secteur privé offre peut-être de meilleures rémunérations, mais les données chiffrées manquent et ne concerneraient en tout état de cause qu'une minorité des cadres de santé qui exercent majoritairement dans le public. Les responsables de ce secteur sont bien conscients de ce malaise, et cherchent des solutions pour y remédier. Faudra-t-il assouplir les conditions d'accès à cette fonction et autoriser des professionnels non issus du domaine paramédical à exercer cette fonction ? Si de tels aménagements étaient adoptés, ils bouleverseraient la logique de métier qui prévaut actuellement et modifierait grandement le profil de ces cadres ainsi que leur positionnement au sein des services et des établissements. Les dirigeants auraient alors face à eux des cadres dotés d'un habitus professionnel peut-être plus perméable aux principes gestionnaires, mais pas forcément aussi enclins à accepter les conditions salariales actuellement en vigueur...

¹⁰ IDE : infirmière/ier diplômé(e) d'Etat.

BIBLIOGRAPHIE

- Bélorgey Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- Boltanski Luc, 1982, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit.
- Bourret Paule, 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital*, Paris, Editions Seli Arslan.
- Debelleix Emmanuelle, 2010, Comment entrer dans le cadre ?, *L'Infirmière Magazine*, n°269, 15 décembre, pp. 22-25.
- Divay Sophie, Gadea Charles, 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue Française d'Administration Publique*, n°128, 2008.
- Jakobovitch Steve, 2010, *La formation aux professions de santé en 2009*, Paris, DREES, Document de travail, Série statistique, n°150, octobre.
- Knibiehler Yvonne, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.
- Maillard Christian, 1986, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Dunod.
- Poisson Michel, *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Vincennes, Editions Hospitalières, 1998.
- Singly de Chantal, 2009, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Paris, Ministère de la santé et des sports, tomes 1 et 2, en ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>
- Vega Anne, 2008, « Les risques d'incommunicabilité entre le cadre et son équipe », in Ivan Sainsaulier (dir.), *Les cadres hospitaliers : représentations pratiques*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, pp. 163-199

ISSN : 1776-3177
Marseille, 2012.