

# Les « carrières immobiles » : un *challenge* pour le management ! Les atouts d'une compréhension fondée sur le travail réel et les attentes des salariés

Par Lætitia PIHEL

Laboratoire d'Économie et de Management de Nantes-Atlantique (LEMNA), Université de Nantes

Pour le management, les carrières immobiles constituent un défi qui met à l'épreuve la stratégie RH, les outils de gestion des carrières et, au-delà, les représentations qui les portent. L'immobilisme se caractérise par la recherche de stabilité dans les fonctions actuellement occupées et par l'absence d'appétence pour la mobilité. Notre contribution s'appuie sur une étude de cas ethnographique de 17 mois réalisée au sein d'une clinique privée. La Direction de l'établissement dit faire face à un « immobilisme contagieux ». Pourtant inspiré de bonnes pratiques, le programme de gestion des carrières proposé ne rencontre pas le succès escompté auprès des Infirmières diplômées d'État (IDE). Notre étude a été portée par trois grandes questions : 1) Quelles sont les origines de l'immobilisme de carrière ? 2) Quels sont les mécanismes qui le sous-tendent ? 3) Au-delà, quels sont les angles morts de la réflexion managériale qui mettent en échec les politiques RH en matière de carrières ? Les résultats montrent que l'immobilisme est le produit d'une dynamique complexe engageant plusieurs dimensions : la formation initiale suivie, l'organisation du travail et l'individu (attaché à son projet de carrière). Notre étude a mis au jour les mécanismes d'emboîtement et d'enchevêtrement de ces dimensions au cœur du travail, du collectif, des relations, d'un quotidien qui accapare. Elle témoigne d'une réalité turbulente qui impose des mobilités à l'intérieur même du métier d'IDE et qui permet, à d'autres, de bénéficier de promotions informelles. Elle rend compte de la nécessité d'approcher les conduites de carrière au plus près du contexte et des trajectoires. Elle démontre également que l'immobilisme ne va pas de pair avec une absence de projet et d'ambition professionnels, mais que tout à l'inverse, et contre toute attente, leur présence peut le nourrir. Au-delà des préconisations managériales qu'elle formule, cette contribution livre au débat les réflexes partagés en matière de gestion des carrières tant sur le plan de la pratique que sur celui de la recherche académique.

## Introduction

La communication sur les carrières regorge de représentations désirables mettant en scène des héros fringants, « *super-mobiles* » (FALCOZ, 2010), infatigablement pressés et animés par des projets professionnels bouillonnants. Pour les fidéliser, les entreprises doivent offrir des perspectives de développement, individualiser les propositions d'évolution professionnelle et sophistiquer à l'envi leurs programmes de gestion des carrières. En somme, elles doivent permettre aux talents d'exprimer leurs projets, si elles veulent pouvoir espérer les retenir.

Pourtant, en coulisses, les praticiens qui se heurtent à l'*immobilisme*<sup>(1)</sup> de certains collaborateurs ne sont pas rares. Bien loin des images d'une modernité « ultra-liquide » (BAUMAN, 2010), l'appétence des personnels pour la mobilité se révèle, dans les faits, plus relative qu'universelle. Dès lors, la fluidité nécessaire à l'entreprise peut se trouver singulièrement empêchée. La solution la plus rapidement trouvée pour encourager la mobilité d'un collaborateur consiste

<sup>(1)</sup> Le terme « immobilisme » est employé ici en référence au n° 35 de la revue *Personnel*, 2012 : « *Les carrières immobiles* ».

le plus souvent en un accompagnement individuel visant à contrer cette tendance à l'immobilisme. Il s'agit alors d'éliminer la source identifiée : la résistance, la peur... Mais il arrive aussi que ces efforts achoppent durablement sur une énigme, comme l'exprime ce cadre de Direction, jusqu'à mettre en question les conceptions qui fondent l'action managériale :

« *Je n'arrive pas à comprendre ce qui fait que les efforts de la Direction ne percutent pas... Quelle est la force qui agit là-dessus ? C'est presque une force divine !* »<sup>(2)</sup>

Dès lors, deux réactions sont possibles : poursuivre la sophistication des programmes et des outils de gestion des carrières dans l'espoir de mieux convaincre, ou considérer la situation comme une opportunité pour ré-envisager les grilles d'analyse en matière de mobilité et de carrière.

C'est cette seconde option qui est explorée ici. En effet, il nous semble que le phénomène d'immobilisme vient révéler l'inachèvement d'une forme de pensée managériale. La carrière est aujourd'hui essentiellement envisagée comme une aventure individuelle orchestrée par un individu instinctivement proactif (DANY *et al.*, 2013 ; GATIGNON *et al.*, 2013). Dès lors, le phénomène de « carrière immobile » amène à interroger la légitimité même de l'individu concerné. L'immobilisme ne trouve pas de place dans le monde du management, lequel s'inscrit par principe dans l'action : lorsqu'il est évoqué, c'est au travers d'un jugement négatif décrivant un état de sclérose un peu « honteux » qui nuit copieusement à la flexibilité de l'entreprise.

Par définition, l'immobilisme renvoie à « *une disposition à se satisfaire de l'état présent des choses, à refuser le mouvement ou le progrès* »<sup>(3)</sup>. Appliqué à la carrière, il marque l'état d'un parcours professionnel en suspens qui, arrivé à un certain point (ou à un certain niveau), n'est pas porté par un désir de progression. La préférence va au présent et à la stabilité. Parce qu'elles imposent de mettre en cause « *l'état présent des choses* », toutes les formes potentielles de mobilité professionnelle apparaissent dans ce cas comme étant « abandonnées », qu'elles soient géographiques (changement de lieu de travail), verticales (promotion, prise de responsabilités supérieures), horizontales/fonctionnelles (évolution du contenu du poste, changement de métier), ou encore « d'environnement » (« *faire le même métier dans un autre univers, sans changement significatif dans les missions* », DANY, 2012), « de reconversion » (en « *rupture avec le reste du parcours professionnel* », DANY, 2012).

L'immobilisme suppose de rester dans la fonction actuellement occupée. C'est donc un comportement qui trouve difficilement crédit dans l'ère actuelle fondée sur l'intrépidité et qui tend à disqualifier de l'arène de la carrière l'individu « immobile », accusé d'être sans projet, sans ambition, voire contre l'entreprise, en définitive « hors-jeu ».

Notre objectif consiste ici, d'une part, à comprendre ce phénomène de carrière immobile pour construire des dispositifs qui soient à même de mieux les gérer, et d'autre part, à mettre en questionnement des réflexes partagés en matière de pilotage des carrières. Pour cela, nous nous appuyons sur le cas d'un établissement de santé privé (Églantine) pour lequel une méthodologie ethnographique a été développée. Les principaux résultats issus de l'étude sont ensuite présentés et discutés dans une logique de préconisations. Trois grandes questions ont guidé l'étude que nous avons menée au sein d'Églantine : 1) Quelles sont les origines de l'immobilisme de carrière ? 2) Quels mécanismes le soutiennent ? 3) À partir de là, quels sont les angles morts de la réflexion managériale qui mettent en échec les politiques RH de carrière ?

## Églantine : une dynamique managériale dans l'impasse

### L'histoire, socle d'une réflexion managériale inspirée

Églantine<sup>(4)</sup> est une clinique privée centenaire dotée d'une histoire forte. Fondée par une communauté religieuse, cette structure a bâti sa réputation sur la qualité des soins dispensés et la bienveillance dans la prise en charge des patients. Des sœurs ont des années durant assuré en totalité le pilotage de la structure et l'organisation des soins, sans formalisme ni outillage dédiés. Le principe au centre de leur action, à savoir « *l'écoute bienveillante* »<sup>(5)</sup>, a, en revanche, profondément imprégné la structure de régulations puissantes et structurantes.

Dans les années 1980, pour répondre aux évolutions du secteur et de la demande de soins, les sœurs ont ouvert leur recrutement à des personnels laïcs pour occuper des fonctions de direction et de soins. Cette ouverture s'est faite sous le contrôle constant de la communauté afin d'assurer aussi bien le respect et la cohérence de la culture d'entreprise que la pérennité du message fondateur.

Au début des années 2000, Églantine rachète une autre clinique, Campanule. Les deux structures sont alors réunies sous une entité juridique unique. Chacune des deux cliniques conserve sa dénomination propre et sa localisation géographique initiale. L'effectif total comprend 92 % de femmes au moment de l'étude et selon le bilan social de la structure. Le personnel en CDI est composé à 39 % d'infirmières diplômées d'Etat (IDE), pour une ancienneté moyenne de 7 ans et à 21 % d'aides-soignantes (AS) ayant une ancienneté moyenne de 15 ans<sup>(6)</sup>. 63 % des IDE ont entre

<sup>(2)</sup> Extrait tiré du cas présenté ci-après dans cette contribution.

<sup>(3)</sup> Dictionnaire Robert, nouvelle édition 2011.

<sup>(4)</sup> L'identité de la structure étudiée a été maquillée : Églantine et Campanule sont des noms d'emprunt.

<sup>(5)</sup> Pour assurer l'anonymat de la structure, le message fondateur est traduit en ces termes.

<sup>(6)</sup> Compte tenu de la forte représentativité des femmes, les acronymes IDE et AS sont utilisés au féminin dans le texte.

25 et 40 ans<sup>(7)</sup>. Les AS sont en moyenne plus âgées : 56 % d'entre elles ont entre 40 et 60 ans. Campanule emploie une centaine de personnes en CDI. Propriété initiale de médecins libéraux, Campanule est désormais pilotée par l'équipe dirigeante d'Églantine.

Églantine constitue notre terrain d'étude principal<sup>(8)</sup>. Cette clinique compte un effectif CDI de plus de 300 personnes auquel viennent s'ajouter des CDD et des intérimaires réguliers. La clinique comporte un bloc opératoire et six unités de soins (US). Cinq US dites « de chirurgie » accueillent des patients pour des séjours de courte durée et pour des pathologies variées et réparties par US (pneumologie, cardiologie, orthopédie, etc.). Une US dite « de médecine » prend en charge les pathologies lourdes et les fins de vie. L'étude a essentiellement porté sur les IDE de jour des 6 US. Celles-ci travaillent sur des créneaux horaires établis (matin, ou après-midi, ou journée), par rotations. Les mêmes dispositions horaires s'appliquent à toutes les US.

Les religieuses ont décidé de se retirer progressivement d'Églantine en cédant leurs parts du capital à un groupe de santé (jusqu'à leur totalité, fin 2010). Pour autant, les sœurs qui résidaient dans la clinique sont restées un an de plus, disponibles 24h/24, pour accompagner les patients et aider le personnel des US.

### Une volonté outillée... mais contrariée

Au début des années 2000, la fonction de Responsable Ressources Humaines a été créée au sein d'Églantine. Les actions du RRH sont guidées par le projet d'établissement qui inscrit dès son introduction le message fondateur de la clinique centenaire : « *l'écoute bienveillante* ». L'établissement a développé depuis lors des outils et des initiatives autour du « prendre soin » du patient (par exemple, un comité éthique). Cela à la fois pour anticiper les enjeux liés au départ des sœurs, et pour perpétuer le maintien des symboles historiques.

La qualité des soins de l'établissement est reconnue par la presse spécialisée. Le projet de la Direction consiste à renforcer cette position distinctive. Pour cela, elle déploie des actions managériales centrées sur l'évolution et la professionnalisation des personnels soignants (IDE et AS). Les IDE sont la cible principale de ces programmes : la Direction souhaite les faire monter en compétences pour nourrir la qualité des soins et renforcer la flexibilité interne. Il est attendu d'elles qu'elles aillent au-delà de la maîtrise technique du soin (qui les réduirait à la fonction de « *techniciennes*

<sup>(7)</sup> Selon la DREES (2011), l'âge moyen des IDE du secteur privé est de 38,9 ans et de 40,2 ans pour l'ensemble de la profession.

<sup>(8)</sup> Campanule constitue un terrain d'étude secondaire.



Religieuses soignant un malade alité. Enluminure provenant du Cueilloir (registre des donations) de l'Hôtel-Dieu, XV<sup>e</sup> siècle. Manuscrit conservé aux archives de l'Hôtel-Dieu de Montreuil-sur-Mer.

« L'établissement a développé des outils et initiatives autour du "prendre soin" du patient, à la fois pour anticiper les enjeux liés au départ des sœurs, et pour perpétuer le maintien des symboles historiques. »

de soins »). Selon la Direction, compte tenu de leur statut (niveau de diplôme et de rémunération les plus élevés dans les US), les IDE doivent placer au cœur de leur action l'« écoute » du patient, c'est-à-dire être au plus près de lui, disponible pour lui, et rassurantes de par leur savoir.

Plusieurs outils sont diligentés par la Direction en ce sens : formation, proposition de bilans de compétences et aide individuelle à l'évolution (entretien RH à la demande). Il s'agit d'encourager la mobilité verticale des IDE à travers le passage d'un DU (diplôme universitaire) de management leur permettant d'accéder aux fonctions de Cadre de Santé, mais il s'agit aussi et surtout d'activer la mobilité horizontale/fonctionnelle en soutenant les montées en compétences au sein même du métier (formations spécialisées, enrichissement par la mobilité). La Direction cherche à fluidifier les mouvements d'IDE entre US dans une logique de partage de compétences et de renforcement de la qualité de service :

« En complément de leurs missions, [l'idée est] de les ouvrir sur d'autres spécialités, un complément de compétences qui rentre tout à fait dans leur champ d'action d'IDE, mais qui est un plus, une petite spécialisation, sans pour cela que ce soit forcément toujours diplômant. Elles acquièrent une compétence utile, qui enrichit et qui peut être utile pour toute la maison et justement, pour qu'après, elles puissent travailler en transversal avec les autres professionnels de la clinique, c'est ça qu'il faut développer : de la multi-compétence, pour que ce soit dynamique et que, quand on rencontre un problème dans la prise en charge d'un patient, il y ait quelqu'un avec quelque chose en plus pour pouvoir subvenir à la demande » [Cadre de Direction].

La logique de mission et de transversalité chère à la Direction a été appliquée aux postes de Responsable d'Unité de Soins (RUS) d'Églantine. Les RUS (effectif 100 % féminin) ont chacune en charge l'animation et le pilotage quotidien d'une US. Depuis 3 ans, des tâches auparavant limitées à leur périmètre d'US, la gestion des plannings et des lits, leur incombent désormais par roulement, et ce, pour toutes les US de la clinique.

Dans les faits, les initiatives développées au plan RH pour encourager et promouvoir la mobilité des IDE ne rencontrent pas le succès escompté. Les mobilités internes<sup>(9)</sup> sont rares, jugées difficiles à enclencher, et les inscriptions en formation très faibles. Durant l'année, 3 IDE<sup>(10)</sup> ont obtenu un DU (2 pour des spécialités, 1 pour aller vers des fonctions d'encadrement). La Direction pointe un repli des ambitions dont elle peine à identifier l'origine et sur lequel ses efforts buttent.

<sup>(9)</sup> La Direction comptabilise les mouvements d'ensemble (toutes catégories confondues, administratif, soins, etc.) : « 14 personnes ont changé de service dans le cadre de postes mis en appel à candidatures » sur un effectif total de 400 personnes, selon le Bilan Social.

<sup>(10)</sup> Moins de 2 % de l'effectif des IDE.

## Construction méthodologique

Ces constats se révèlent déconcertants pour la Direction d'Églantine qui se trouve confrontée à une « énigme », une « force » qui retarde ses ambitions, alors même que sa démarche semble s'inspirer de bonnes pratiques. En effet, celle-ci :

- Premièrement, s'inscrit dans la continuité de l'histoire de l'établissement et dans la mémoire collective. La Direction s'engage sur le maintien du message fondateur qui place au centre le « prendre soin », soit une valeur symbolique de la profession de soignant (DIVAY, 2014 ; VEGA, 2008 ; BOURGEON, 2007 ; WENNER, 2004. ABRAHAM, 1998).
- Deuxièmement, elle met au centre la qualité du soin qui constitue un ancrage de l'identité professionnelle d'IDE (CHANIAL, 2010 ; OSTY, 2003 ; HUGUES, 1996 ; STRAUSS, 1992). En cela, la démarche apporte des moyens complémentaires à l'élaboration du sens à donner aux évolutions professionnelles en proposant un cadre propice à l'enrichissement du profil de soin.
- Enfin, troisièmement, le projet RH porté apparaît cohérent avec ce qui correspond à la logique d'évolution professionnelle des IDE. La carrière des IDE est décrite par les études comme étant stable et plus horizontale que verticale (DIVAY, 2012 ; DRESS, 2014, 2010 ; SAVOYANT, 2005 ; BOUFFARTIGUE *et al.*, 2004). Par conséquent, l'offre RH proposée par la structure (qui met davantage l'accent sur la mobilité fonctionnelle) se veut particulièrement consistante avec les attentes de la profession.

Cette problématique d'immobilisme se double d'un autre constat essentiel qui a été établi par la Direction :

« Mais le pire, c'est que ceux qui entrent prennent les mêmes attitudes que ceux [qui sont] là depuis 20 ans ! Alors qu'au moment du recrutement rien ne laissait présager et supposer ça !... » [Cadre de Direction].

Le caractère qualifié de « contagieux », de « viral » de l'immobilisme a aiguillé la construction méthodologique de notre étude. Il laisse entendre un poids important du contexte de travail dans les comportements des entrants. Les grilles habituelles en matière de gestion des carrières ne tiennent, dans l'ensemble, que peu compte de ces phénomènes. Rares sont actuellement les études à proposer une compréhension des comportements de carrière dans une perspective globale, agrégée et multidimensionnelle.

S'agissant des IDE, les études dédiées à la carrière sont très peu nombreuses. Bouffartigue *et al.* (2004) expliquent l'absence de mouvement de carrière chez les IDE par les « déterminants » de cette catégorie socioprofessionnelle et notamment par l'impossibilité, pour cette population, de concilier évolution professionnelle et implication au sein de la famille où elles sont très attendues. D'autres insistent sur la proximité relationnelle recherchée avec le patient pour justifier le rejet d'un poste de cadre qui impliquerait de s'éloigner physiquement du patient (DIVAY, 2012). Si le contact avec le patient est un filtre d'analyse qui nous éclaire incontestablement sur la faiblesse des évolutions

verticales, il nous informe peu, en revanche, sur ce qui limite la volonté de développer des compétences professionnelles en faveur du patient et de la qualité du contact avec celui-ci, conformément au souhait de la Direction d'Églantine. Pour Abraham (2004), les freins à la mobilité horizontale des IDE sont à rechercher dans les enjeux qui entourent l'exercice du métier. À partir d'une enquête réalisée dans un hôpital public, elle montre que la mobilité entre services fait l'objet d'anticipations négatives en raison des « coûts » qu'elle engendre, en particulier de ceux qui sont liés à la nécessité de témoigner, au plan technique et devant ses pairs, de compétences spécifiques à la chirurgie d'affectation et d'investir de nouveaux repères sur le plan organisationnel (rangement, ergonomie, etc.).

Les particularités du cas Églantine et la volonté de dresser un tableau global de compréhension de l'immobilisme ont justifié que nous construisions une méthodologie *ad hoc* fondée sur l'immersion et sur la démarche ethnographique. L'étude s'est étendue sur 17 mois. La Direction a souhaité s'engager dans une démarche de recherche qui fût à même de l'aider à révéler les valeurs fortes et les logiques d'implication de ses équipes de travail. La compréhension de l'immobilisme constituait un sujet inquiétant et prioritaire pour la Direction en ceci qu'il pouvait traduire une sorte « *d'anti-management* », de rejet des outils. Plus globalement, cette étude visait, pour la structure, à construire l'avenir dans le cadre de nouveaux rapprochements d'établissements prévus au sein du groupe de santé, en préservant les valeurs du « prendre soin » et en leur donnant force.

L'étude a été guidée par le principe de pénétration de la « *conscience* » du milieu, proposé par l'ethnologue Marcel Mauss (2003). Selon celui-ci, la *conscience* renvoie aux références ancrées et partagées (mémoire, traditions, règles) d'un contexte, qui donnent sens aux conduites et aux échanges. Le temps est considéré comme l'allié d'une compréhension consistante des règles du milieu, en tant qu'il permet de pénétrer la complexité et de lever les contradictions apparentes. Si Mauss ne propose pas de guide détaillé de sa méthode, il pose toutefois le principe d'une démarche holistique, heuristique et ouverte. Celle-ci doit accueillir toutes les dimensions du milieu concerné dans leur diversité et

leurs interdépendances. Il s'agit alors de « *percevoir l'essentiel, le mouvement du tout, l'aspect vivant, l'insistant fugitif où la société prend* » (MAUSS, p. 275). Durant l'étude il s'est agi pour nous de recueillir et d'analyser les attentes et les préoccupations des IDE, en observant celles-ci et en les interrogeant sur leur travail, leur trajectoire professionnelle et leurs expériences. La mise en sens des conduites nécessitait de caractériser le milieu (Églantine) et d'étudier en parallèle les autres populations en contact pour comprendre « *le tout* », qui aboutit à la « *contagion* » c'est-à-dire à la stabilisation d'une norme de comportement. Les outils méthodologiques mobilisés sont recensés dans le Tableau n°1 ci-après.

### Élucider le mystère de « la force divine »

Expliquer les comportements de carrière en considérant principalement l'influence et la volonté de l'individu constitue une tendance marquée. Il ressort ici, de façon manifeste, que la réflexion sur l'immobilisme ne peut s'y limiter. L'étude réalisée met au jour le poids et la force de phénomènes organisationnels, sociaux et relationnels qui conduisent à une paralysie des trajectoires professionnelles. Plus concrètement, le cas Églantine présente l'immobilisme comme étant le produit d'une dynamique de trois facteurs : la formation initiale reçue, l'organisation (travail, collectif) et l'individu. Il montre que l'immobilisme des carrières doit être compris comme le résultat de plusieurs mécanismes imbriqués, qui n'excluent en aucun cas, chez les personnels concernés, activité et implication fortes.

### Les carences de la formation initiale, vectrices de l'immobilisme

L'immobilisme est très souvent perçu comme un état de nonchalance satisfait et heureux. À l'opposé de cette vision, l'étude fait ressortir une insatisfaction généralisée des IDE. De manière unanime, l'insatisfaction des IDE porte sur une partie des missions qui leur incombe au quotidien, à savoir « *l'administratif* ». Dans les propos recueillis, *l'administratif* est utilisé pour traduire un travail qui consiste à préparer, enregistrer et contrôler des données patients (mise à jour du dossier de

Nombre de demi-journées d'intervention :	66 (dont 6 chez Campanule).
Étude de la documentation interne :	Documents historiques + <i>process</i> organisationnels et RH + intégralité des projets en cours
Nombre d'entretiens semi-directifs :	55 (dont 28 % IDE, 13 % AS, 9 % Agents de Service Hospitalier (ASH), 50 % restants : cadres dirigeants et fonctionnels, communauté religieuse, toutes les RUS)
Nombre de séances d'observation au sein des US :	29 (n'incluant pas l'observation de différentes réunions internes [28], et de certains événements propres à la vie de l'organisation).

Tableau n°1 : Données méthodologiques.

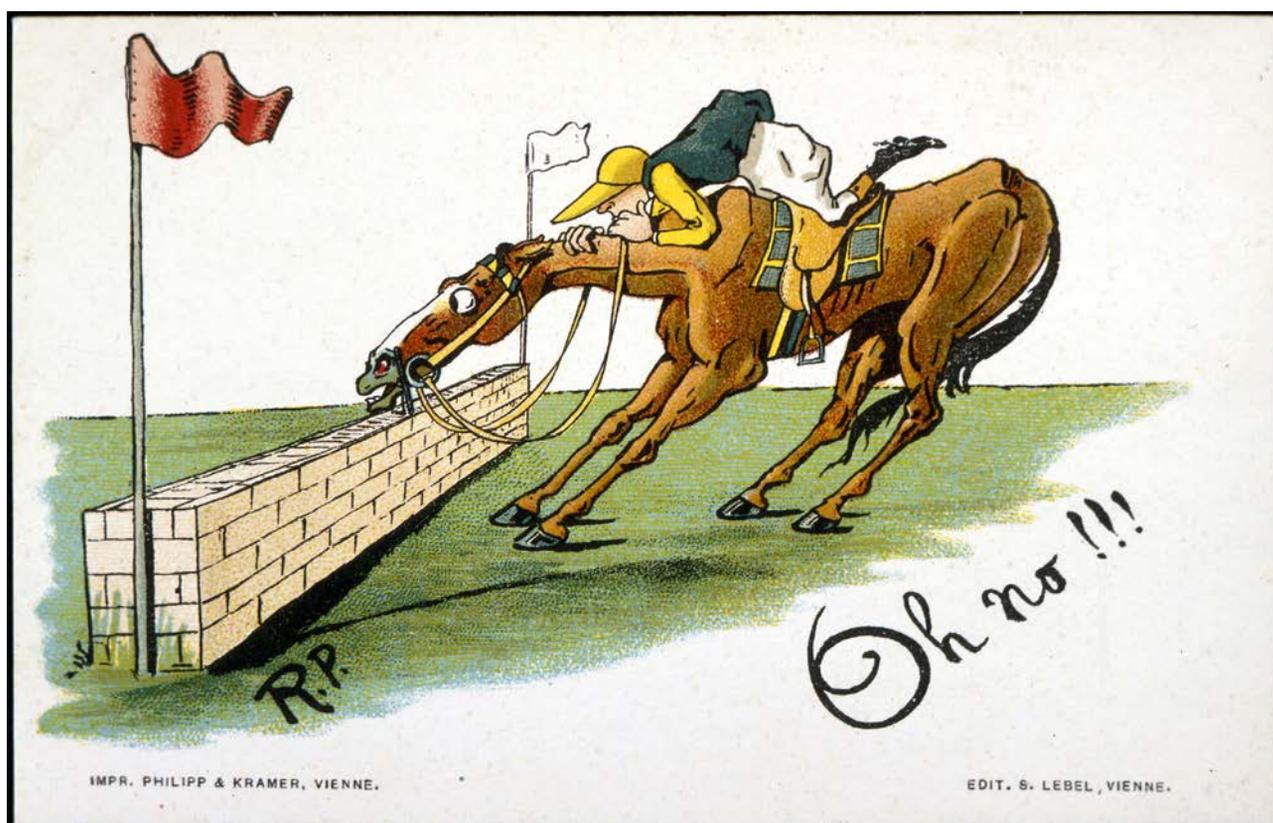


Photo © Collection KHARBINE-TAPABOR

Carte postale satirique représentant un cheval refusant de sauter un obstacle, vers 1900.

« L'étude réalisée met au jour le poids et la force de phénomènes organisationnels, sociaux et relationnels qui conduisent à une paralysie des trajectoires professionnelles. »

soins, suivi des prescriptions), ou encore à téléphoner (réserver des ambulances, des places dans des établissements de suite). La particularité de ces missions est qu'elles impliquent pour les IDE d'être éloignées physiquement du patient, d'être dans l'office<sup>(11)</sup>, et non dans la chambre du patient et en contact direct avec lui comme « doit l'être » une infirmière. Les jeunes IDE disent avoir découvert la dimension *administrative* de leur métier une fois entrées en fonction, et vivent cela comme une sorte de tromperie sur le métier réel [E1]. Les plus anciennes font observer la croissance de ces activités qui, selon elles, participent d'un déclassement et d'une transformation de l'identité professionnelle [E2] :

**E1** : « L'administratif, ça n'était pas prévu au programme ! Pas du tout ! Et même quand on fait nos stages, les infirmières nous font faire beaucoup de soins et on zappe totalement la partie administrative... Quand on se retrouve [en poste], du jour au lendemain on nous dit : "Y'a ça et ça à faire". "Quoi ? Hein ? Mais je les vois quand les gens ?"... C'est du secrétariat, ranger les médicaments, et recopier et recopier encore et sortir les feuilles des anesthésistes et les rappeler. C'est énorme et c'est pas du tout ça, [ce] que l'on recherche. ».

**E2** : « Avant, on était moins parasitées par la papperasse ! Maintenant, je suis infirmière et secrétaire ! »

<sup>(11)</sup> L'office (infirmier) est le local où sont situés les médicaments, les dossiers patients, les ordinateurs et le téléphone de l'US.

Dans l'absolu, l'*administratif* est étroitement lié au patient puisqu'il constitue la continuité des soins. Cependant, pour les IDE, il n'est pas perçu comme tel. L'*administratif* affecte le sens du métier et ce pour quoi il a été choisi, en tant qu'il « malmène » les repères physiques, spatiaux et relationnels du métier et les représentations traditionnelles de la proximité avec le patient.

Les jeunes IDE tout particulièrement remettent en cause la formation initiale qu'elles ont reçue dans sa capacité à préparer à la réalité du métier. Au-delà du contenu des enseignements, les stages pratiques qui leur sont proposés ne permettent pas, selon elles, d'appréhender l'ensemble des enjeux qui entourent la fonction. Les stages visent avant tout à développer et à évaluer les compétences techniques. Elles se disent non préparées et non formées au métier. Une fois en poste, il s'agit pour elles de se former à la maîtrise des missions administratives et de les prendre en charge, autant que de se former à un mode d'organisation du travail particulier qui comporte des règles, des *process*, mais aussi des codes relationnels propres.

Pour les IDE, la maîtrise des missions réclame du temps et de la stabilité dans le poste occupé. Une IDE qui arrive dans une US doit assimiler l'organisation générale de l'établissement, les habitudes des chirurgiens, l'utilisation des technologies et les règles d'organisation propres au service, en même temps

que se spécialiser dans les pathologies propres à l'US d'affectation [E3] :

**E3** : « *Au début c'est un peu la noyade, parce que y'a plein de médecins, on les connaît pas et puis ils nous connaissent pas. Ce qu'était gênant c'est tout ce qui était administratif : trouver le matériel... Après, en soins, c'est les filles qui m'ont formée au fur et à mesure. J'étais pas du tout au point, pourtant j'étais formée, j'ai fait des stages...* ».

Cette phase d'intégration est définie comme complexe par les IDE. Elle repose essentiellement sur les personnels déjà en poste au sein des US, rompus au fonctionnement, et qui *in fine* vont leur permettre d'être opérationnelles. La maîtrise des tâches réclame un investissement fort qui autorisera à agir avec pertinence et certitude et à être reconnue. La découverte du métier réel les oblige à un statut de novice, et à s'inscrire dans un apprentissage au sein et auprès d'un collectif (US et équipe de travail). Cette découverte brutale qui ne les décourage pas pour autant, se veut toutefois très accaparante au quotidien et essentielle au développement de l'identité professionnelle des jeunes IDE. Ce statut d'« apprenti invisible » en dehors de l'US auquel oblige l'absence de maîtrise du métier, vient reléguer au second plan toute autre ambition de développement professionnel.

Les plus anciennes s'engagent, quant à elles, dans une lutte pour la sauvegarde de leur identité professionnelle, tout aussi envahissante au quotidien. Pour elles, les évolutions internes du métier participent d'une véritable mobilité fonctionnelle, en ceci qu'elles portent des changements de contenu et d'organisation du travail qui ne sont pour autant ni objectivés ni mesurés comme tels par la Direction.

### Le quotidien : un parcours d'évolution informel et certifiant

Entrer dans le métier d'IDE oblige à dépendre des autres, c'est-à-dire des collectifs d'immersion (US, équipe, binôme). Cette dépendance est d'autant plus forte que les structures étudiées ne disposent pas de dispositif formel d'intégration : c'est le personnel de l'US qui assure de manière informelle le parrainage de l'IDE qui rejoint l'équipe. Plus spécifiquement ce sont les AS, qui forment avec les IDE des binômes, qui se chargent de leur inculquer les règles de l'US. Véritable rite de passage dans certains cas, l'AS instruit les manières de faire [E4] en matière d'organisation du travail et de rôle à tenir dans le collectif (ce que fait l'AS, ce qui est attendu de l'IDE, les territoires réservés) [E5] :

**E4** : « *Bah il faut composer avec qui on est... Les AS ont des habitudes différentes, c'est ça qu'est dingue : c'est nous qui nous adaptons, on connaît les AS avec qui on est, y'en a qui font ça et d'autres pas et on s'adapte... C'est très compliqué...* ».

**E5** : « *Un jeune qui arrive, c'est pas facile, il faut qu'il fasse pareil : pas faire la pause du matin, c'était la catastrophe, si on se retrouvait à l'écart c'était de notre faute, parce qu'on prenait pas le café avec elles. Ça peut durer longtemps comme ça !* ».

Le poids des spécificités propres à l'organisation du travail<sup>(12)</sup> a particulièrement été pointé par les IDE affectées au Pool de Remplacement (PR). Les IDE du PR interviennent sur toutes les US par rotations pour pallier les absences, les congés et les pics d'activité. Leur présence au sein d'une US se limite en général à quelques jours au maximum (le plus souvent à une journée). Toutes insistent sur l'usure et le coût inhérents aux adaptations permanentes liées à la maîtrise du travail et à la conduite à tenir. Elles doivent dès lors composer avec les habitudes du collectif (pour être irréprochables au regard des attentes de l'équipe) et tenir le rôle qui a été pensé et défini pour elles [E6], ce qui réclame une flexibilité importante au quotidien [E7].

**E6** : « *C'est très stressant, parce que vu que l'inconvénient de tourner, aussi, c'est qu'on revient pas forcément le lendemain donc on ne nous redit pas, des fois quand on oublie des choses (ça peut arriver)... L'inconvénient, obligatoirement, c'est que ça va parler : "Ah bah elle a pas fait ça, elle a pas fait ci" : ça revient toujours au même. J'aime pas, personne n'aime que l'on parle de lui en négatif, donc le problème c'est que l'on ne revient pas, donc on entend pas, donc on peut pas savoir ce qui se dit, donc on est hyper-concentrées et quitte à faire du rab souvent, parce que pour être sûres, pour tout vérifier, pour être sûres que ça parle pas, que l'on ne fait pas de bêtises, que tout soit nickel pour la fille d'après parce qu'on ne revient pas le lendemain elle pourra pas nous le dire. Sinon ça va jaser, ça jase énormément, c'est pour ça qu'on est souvent sous tension (parce que la tension vient pas que du travail en lui-même, ça vient aussi des équipes).* ».

**E7** : « *C'est des habitudes de service plutôt et c'est compliqué et pour moi qui bouge partout c'est compliqué parce que des fois on se souvient plus où est-ce qu'il faut aider à faire le lit. Où est ce qu'il ne faut surtout pas aider ! (rires).* »

Ces résultats mettent au jour la fragilité et la dépendance auxquelles condamne l'absence de préparation au travail réel. Les IDE qui poursuivent leur apprentissage du métier entrent dans un collectif qui porte un ordre qu'elles ne semblent pas à même de pouvoir légitimement contester : « *Nous, on court plus en tant que jeunes parce que l'on a plus de mal à s'imposer* ».

La dépendance ressort comme un contrecoup des carences de formation et des obligations liées à la chaîne relationnelle au cœur du travail dans les US. C'est le collectif en place qui définit des jalons propres de reconnaissance, soit une sorte de parcours de progression à l'intérieur du métier, par ailleurs invisible pour la Direction de l'établissement. Chaque collectif définit pour l'IDE un rôle social sur mesure dans lequel elle sera évaluée, voire étroitement contrôlée, et dans lequel elle devra témoigner de savoir-être spécifiques (accepter de respecter les règles, se montrer flexible,

<sup>(12)</sup> Voir notamment : HUGUES (1996) et STRAUSS (1992).

etc.). Refuser ou résister au scénario entraîne des sanctions sociales immédiates [E8] :

**E8** : « *Moi qui prends pas mal de temps avec les patients parce que je suis quand même là pour ça, eh bien, plus d'une fois, y'en a des AS qui se sont carapantées pendant le tour, parce qu'elles en avaient marre d'attendre !* ».

L'étude menée complète les travaux d'Abraham (2004) sur la mobilité fonctionnelle des IDE. Pour cette auteure, la mobilité entre services s'accompagne de coûts directs de gestion d'image : pour être reconnue, il s'agit de prouver à ses pairs que l'on maîtrise techniquement le soin lié à la pathologie d'affectation. Ici, la mobilité entre US impose surtout d'accepter une mobilité « intellectuelle », une évolution identitaire, un contenu de métier étroitement circonscrit et singulier. Pour être reconnue, il s'agit avant tout de signaler son adhésion aux règles sociales construites.

Pour les IDE du pool, les enjeux associés à cette resocialisation et redéfinition permanente de soi et de son rôle justifient la recherche d'un poste fixe dans une US. Les mécanismes mis au jour dans cette étude rendent compte d'une complexité sociale qui, pour être gérée, réclame un certain immobilisme pour atteindre à une identité et à une maîtrise.

### Le quotidien en mode « super-mobile » : une lutte pour la réalisation professionnelle

Les observations du travail témoignent d'une activité dense des IDE : il faut « courir », « faire du rab » pour parvenir à « tout faire » et laisser derrière soi un travail conforme aux attentes des autres et au métier tel qu'il se présente aujourd'hui avec sa composante administrative. Les IDE se disent très « mobiles », en mouvement permanent et sous pression dans le métier. Loin de la stabilité, le quotidien est mouvant, flottant, en même temps qu'il laisse au milieu du gué [E9] :

**E9** : « *Voilà on est infirmière et on prend soin des gens, mais voilà : soit on le fait à fond, soit on le fait pas... et nous, on est entre les deux. On essaie de le faire à fond mais on lutte car à côté on a des choses qui nous attendent et qu'on est obligées de faire aujourd'hui... L'impression de faire moitié-moitié et d'avoir l'impression d'être toujours en flottement, de ne pas être à fond dans mon truc...* ».

Le temps passé par les IDE sur des tâches qu'elles jugent administratives et chronophages réduit, selon elles, la véritable proximité avec le patient et crée un vide relationnel dans la chambre. Ce « vide » est comblé par les AS qui, remplacent l'IDE auprès de patients, en obligeant celle-ci dans le même temps à un contre-don [E10] :

**E10** : « *En fait, quand elles [les AS] nous font ça, ça nous permet de nous désengorger. Nous on les aide aussi... Le soir, je veux dire, elles finissent les départs, j[je n]ai plus de patients, je vais les aider à faire le ménage dans les chambres, je nettoie mon office, je fais tout, je passe la serpillère. C'est du travail d'équipe, ça participe de l'équipe... Je veux dire, [il] faut se donner un coup de main, que ça ne soit pas toujours dans le même sens,*

*parce que c'est fatiguant et que j'aimerais pas faire leur boulot. Y'a assez de tensions dans le milieu médical* ».

S'acquitter de services rendus par l'AS n'implique pas nécessairement pour l'IDE d'être plus proche du patient. Et même quand cela le permet, c'est au profit d'un glissement de rôle interdit par la Direction au nom du respect de la hiérarchie formelle des diplômes. Aider l'AS constitue une obligation du point de vue de l'équipe, et c'est aussi un moyen de lutter, de retrouver du contact avec le patient, et de rattraper l'identité métier recherchée [E11].

**E11** : « *Les binômes c'est important, c'est un temps gagné. On apprend des choses quand on fait la toilette, c'est complètement un moyen de rester en contact avec lui [le patient]* ».

L'éloignement physique des IDE permet dans le même temps aux AS de récupérer une partie de leurs missions d'écoute des patients. Cette récupération engage à leur profit une démarche de revalorisation de leur métier : le relationnel, « gratifiant », qu'elles récupèrent ainsi, justifie le fait de ne pas vouloir évoluer vers un poste d'IDE [E12, E13], puisque, dans les faits, elles ont vécu une ascension professionnelle sans pour autant que le service RH de la structure ne l'ait perçu.

**E12** : « *Non, moi, le concours d'infirmière cela ne m'intéresse pas, ce n'est pas le même métier. Les infirmières n'ont pas les mêmes relations avec le patient. Les patients ont peur de l'infirmière, l'infirmière c'est la piqûre, et quand il y a la piqûre, nous, on est là pour leur prendre la main, les rassurer, être auprès d'eux...* ».

**E13** : « *Devenir infirmière, ah non !, j'ai pas du tout envie, parce que les infirmières c'est les soins techniques, moi ce que j'aime c'est le relationnel, c'est être proche du malade, c'est travailler presque dans l'intime...* ».

Ce que redoute la Direction d'Églantine, c'est d'avoir des IDE en contact avec le patient uniquement pour opérer les soins techniques, voire pire, qui réalisent des missions relevant d'un niveau de qualification inférieur (la toilette du patient notamment), ce que tendent à confirmer les observations. Être une IDE proche du patient semble possible sur des créneaux réservés de la journée. Pour autant, cela ne peut constituer, au regard de la charge de travail, la base structurante et organisatrice de l'action. Cet état de fait n'est pas une posture de principe des IDE, ni un choix délibéré, mais plutôt une conséquence de l'organisation du travail. De ce fait, la stabilité au sein d'une équipe ressort comme une condition favorable à la proximité avec le patient. Les routines permettent un gain de temps salutaire. Ainsi, par ce qu'elles permettent de gagner ou de retrouver, il n'y a aucun intérêt à les détruire, bien au contraire.

### Les projets professionnels à contretemps versus les contretemps du projet professionnel

L'individu immobile est volontiers décrit « sans projet » professionnel, au sens où ce projet s'appuie sur « des choix à travers lesquels il entend se réaliser dans la sphère professionnelle » (BOUTINET, 2014, p. 41). L'analyse des trajectoires des IDE révèle une toute

autre réalité, l'immobilisme de leur carrière apparaissant ici « nourri » par un projet professionnel.

En effet, l'entrée dans le métier d'IDE s'inscrit dans un choix de métier porté par une vocation (BOURGEON, 2007 ; ABRAHAM, 1998). Le métier destine à un « marché du travail fermé » au sens de Paradeise (1984), au sein duquel il est prévu de « faire carrière » (p. 352). Les entretiens menés auprès des IDE confirment cette dimension vocationnelle, avec au commencement le désir d'aider, de prendre soin de l'autre, d'être dans une proximité relationnelle (« en contact » avec le patient). Elle est par ailleurs souvent exprimée à l'aune d'une prédestination sociale et psychologique : « ma mère est IDE », « dans ma famille, tout le monde est dans ce milieu... » [E14].

**E14** : « Moi, c'est très très tôt. J'ai perdu mon papa quand j'avais 8 ans, j'ai connu le milieu médical très tôt. Ma maman s'est retrouvée veuve avec 2 enfants, elle a repris ses études et du coup elle a commencé une formation d'AS, donc moi j'ai été un peu dans ce truc-là et en fait, depuis cet âge-là, j'ai toujours dit que je serais dans le milieu médical... ».

Le projet professionnel des IDE se présente avant tout comme un « projet professionnel identitaire », au sens de Boutinet (2014), c'est-à-dire comme un projet « marqué par une perspective de réalisation et de continuité dans le même travail ». Il se distingue du « projet professionnel de mobilité ou projet de carrière » qui, lui, échafaude un « itinéraire fait de changements pour les années à venir » (p. 41). Toutes les IDE que nous avons rencontrées nous ont signifié qu'elles voulaient rester dans le métier.

Elles ont de manière précoce fait un choix de carrière impliquant, sans limitation de durée *a priori*. Elles ont choisi une formation dédiée et exclusive en vue d'obtenir un diplôme qui leur permette par la suite de rechercher un poste. *In fine*, l'obtention d'un poste officialise l'existence dans la profession et l'aboutissement de la démarche projet.

Les IDE rencontrées ont témoigné d'une stratégie unanime en matière de recherche d'emploi. Celle-ci comporte des facteurs d'exclusion (de lieux : E15 ; de types d'établissements : E16, E17) et un élagage à grands traits des types de pathologie [E18] et d'US [E19, E20]. Elle place au centre la recherche d'une identité métier conçue comme « universelle » dans un champ des possibles important<sup>(13)</sup>.

**E15** : « J'ai suivi mon compagnon qui allait à X et j'ai tout de suite postulé ici, et un peu partout [ailleurs], et j'ai été prise ici : alors voilà !... ». La localisation doit nécessairement être compatible avec la situation personnelle.

**E16** : « J'ai postulé dans toutes les cliniques du coin, ici, et voilà, j'ai été prise ». Les candidatures sont uniquement envoyées vers des hôpitaux.

**E17** : Privé, public ? « Pfff... Cette question-là, je ne me la suis pas du tout posée ! »

La distinction entre le privé et le public ne ressort pas comme un critère de choix.

**E18** : « Je [ne] savais même pas spécialement qu'il y avait des sœurs. J'suis pas venue pour l'urologie : déjà, au départ, je ne connaissais même pas la clinique ».

Une dichotomie franche est opérée entre la chirurgie et la médecine au regard de l'engagement requis sur un plan personnel et identitaire :

**E19** : « La chirurgie, y'a une sorte de guérison, même si ça peut être temporaire... Ça a un côté rassurant ».

**E20** : « [En médecine] c'est hyper valorisant de se dire qu'on a accompagné quelqu'un jusqu'à la mort ».

Les IDE ont initialement cherché à exprimer une identité, et disent avoir accepté le premier poste qu'on leur a proposé. La pathologie et les distinctions techniques ne constituent pas des critères de choix fondamentaux : ils sont transcendés par l'identité. Il s'agit avant tout de trouver dans l'exercice du métier la possibilité d'épanouir des valeurs, que l'on doit pouvoir retrouver dans tous les services. En poste, les IDE expérimentent un métier dont une facette n'a pas été appréhendée et qui, selon elles, s'éloigne de l'image construite du métier. Ce n'est pas la démarche projet (le trajet pour le réaliser) qui est en cause ici, mais le résultat qu'elles observent au terme de sa mise en œuvre. Leur projet reste d'une certaine manière inabouti, inassouvi, inachevé. Au travers de l'expérience, la recherche de proximité avec le patient se révèle être contrariée alors même qu'elle constitue la source du projet identitaire. Pour autant, toutes les IDE ont signifié vouloir rester dans le métier et lutter pour réaliser ce qu'elles souhaitent. Il est important de souligner que l'évolution professionnelle est davantage pensée vers l'extérieur que vers l'interne. La mobilité externe est (à long terme et de manière marginale) perçue comme une possibilité de trouver un cadre d'exercice plus favorable (notamment chez les jeunes) ou comme une manière de changer de métier et de lutter ainsi contre certains risques d'usure.

La problématique posée par le cas Églantine semble aussi être pour les IDE celle d'enclencher un nouveau projet professionnel, étant donné ce qu'elles expérimentent (l'inaboutissement de celui qu'elles ont construit très tôt et qu'elles tentent de réaliser). Elles ne sont pas à court de projet. Les IDE conçoivent d'une manière générale qu'elles sont dans une organisation emblématique, « familiale », laquelle, de par son histoire, porte haut des valeurs, une culture (« la bienveillance ») et qui d'une certaine manière assure une résonance plus claire avec leur dessein. Il s'agit pour elles d'un privilège là où elles observent une dégradation générale du métier dans les autres établissements d'exercice : « c'est partout pareil... ».

<sup>(13)</sup> En raison de la diversité des lieux d'exercice (EHPAD, crèche, etc.) et d'un rapport de force employé/employeur en faveur des IDE (BARET *et al.*, 2013), tout particulièrement dans certaines régions (MOTTAY, 2010).

## Ce que nous apprend le cas Églantine sur l'immobilisme professionnel et la gestion des carrières

L'immobilisme professionnel n'est pas simple affaire de volonté individuelle qui condamnerait irrévérablement le management à l'impuissance. Pas plus que la multiplication et la sophistication des outils de gestion des carrières ne constituent le remède universel à ce « syndrome ». Le cas Églantine dresse un tableau beaucoup plus fourni et complexe et met en évidence plusieurs angles morts de la pensée managériale actuelle.

L'immobilisme ressort comme étant le produit d'une dynamique engageant plusieurs dimensions : la formation initiale suivie (ses carences qui fragilisent), l'organisation du travail (les espaces de régulation et d'intégration informels) et l'individu (attaché à son projet). C'est en considérant ensemble ces dimensions, cet écheveau, que l'on parvient à donner les clés de l'énigme managériale. L'étude met ici en relief, au plan méthodologique, l'intérêt d'une démarche contextuelle, ouverte et immergée pour comprendre les comportements de carrière. Elle témoigne aussi de la nécessité de reconsidérer les espaces temporels en jeu – le passé, le présent – pour envisager les conduites et leur avenir.

L'immobilisme pointé masque ici une activité forte, des luttes identitaires, l'existence manifeste de projets professionnels (inaboutis ou étouffés), une implication prononcée des IDE, qui plus est en phase avec la Direction (retrouver coûte que coûte du temps avec le patient), comme une volonté d'en découdre avec une organisation du travail qui met en péril les attentes de carrière. Bref, l'immobilisme est traditionnellement défini comme un état, alors qu'il ressort comme étant un processus composite. L'observation de ce phénomène appelle également à ré-envisager les canons de la mobilité et ses étalons de mesure. La Direction, placée en dehors des US, observe une absence de mouvement là où les IDE se disent « ballottées » face à un métier en transformation, qui réclame d'apprendre et de s'adapter. En d'autres termes, les IDE pointent les enjeux des évolutions du travail qui réinterrogent non seulement la légitimité d'approches managériales « à distance » du travail et de son milieu, mais aussi les étalons de mesure de la mobilité fondés sur le visible, le palpable, le formel, des grilles et des plans. Les IDE font face à des changements qui percutent leur identité métier et ce qui est attendu d'elles, exactement comme le ferait une mobilité professionnelle.

Il en ressort que la réflexion sur le pilotage des carrières est inséparable d'une analyse des métiers tels qu'ils sont réellement exercés, des liens qu'ils entretiennent entre eux, de l'organisation du travail, des rôles des managers et des attentes et préoccupations qui animent les acteurs cibles des programmes. Le cas étudié met en débat les représentations courantes qui associent l'immobilisme à l'absence d'ambition professionnelle. Il montre que l'immobilisme n'exclut nullement l'idée de projet, mais semble à l'inverse témoigner de sa

force et de sa prégnance. L'importance accordée au projet professionnel s'exprime par une énergie quotidienne et omniprésente mise au profit de sa réalisation. L'organisation du travail, le collectif et la formation initiale, pour les plus jeunes IDE notamment, font de leurs tâches un ouvrage inabouti et toujours en cours qui accapare et préoccupe. La question qui se pose alors est celle de savoir s'il est possible de construire un nouveau projet lorsque le précédent est « bloqué ». Et si oui, comment ? Sur quel espace-temps ? Et sur quels engagements de l'organisation ? – en ce sens que « *le projet a toujours à voir avec un itinéraire déjà constitué, un passé à élucider pour penser un nouveau désiré, pour greffer un inédit.* » (BOUTINET et BRECHET, 2014 : p.14). Un projet professionnel fondé sur la fuite, la résignation et la déception peut-il faire sens pour l'individu ? Peut-il être profitable pour l'organisation ?

Là où des analyses stylisées pourraient associer l'immobilisme à un attachement satisfait à une position confortable, celui des IDE *a contrario* se fonde sur une insatisfaction certaine. L'équilibre identitaire des IDE se trouve engagé dans la démarche de persévérance (DUBAR, 2000). En ce sens, les routines de travail sont gage d'une certaine survivance, quitte à défier les règles formelles.

Les attentes des IDE sont bien plus proches de celles de la Direction que celle-ci ne le pense. Pour autant, selon la Direction, les IDE n'engagent pas de mobilité et perdent de l'ambition. Le projet professionnel des IDE s'est dessiné précocement, il a été mis en œuvre à partir d'une stratégie fondée et apprise. L'expérience révèle des désajustements forts qui, loin d'éteindre les efforts pour retrouver une place auprès du patient, alimentent un jeu qui contrecarre les principes de la Direction (pour une IDE : ne pas faire le travail d'une AS) et ses investissements dans des propositions de développement de leur carrière. Le travail de régulation qui appartient aux RUS apparaît difficile à tenir. Les soignants opèrent un constat de conséquences autour des nouvelles fonctions transversales des RUS : « *On ne les voit jamais* ». Les points de référence deviennent l'équipe et ses règles de fonctionnement propres.

L'immobilisme d'une population entraîne celui des autres populations qui travaillent à son contact. Les AS retirent toute satisfaction de la situation des IDE, grâce à laquelle elles vivent une mobilité professionnelle informelle très gratifiante. En dehors de l'US, cette ascension est invisible et leur carrière semble paralysée. Les IDE qui s'attachent à vouloir voir se concrétiser les images et les représentations idéales de leur métier, mais qui s'en estiment « empêchées », n'envisagent pas pour autant des fonctions de cadres de santé, une telle évolution supposant selon elles de devoir « *faire le deuil du patient* » de manière définitive. Il s'agirait alors effectivement d'une renonciation.

Au-delà, les préconisations managériales qui suivent ces analyses et qui ont été formulées auprès de la Direction d'Églantine s'orientent vers plusieurs cibles.

La formation initiale, tant dans ce qu'elle laisse échapper (la partie administrative du travail qui réclame des connaissances organisationnelles) que dans ce qu'elle conforte (les représentations idéelles), contribue à fragiliser la population cible. Les désajustements semblent en effet tenir aux parcours et aux représentations acquises par les IDE avant leur entrée chez Églantine. Les attentes se construisent sans nécessairement trouver un écho dans l'expérience. Les stages pratiques comme les contenus de formation (les repères de la proximité) pourraient en ce sens être mis en débat. La Direction d'Églantine a notamment été encouragée à développer des partenariats avec des établissements de formation au métier de soignant. Les axes de travail s'orientent sur ce point autour de la réalité du travail, notamment l'accueil de stagiaires selon un protocole d'intégration mettant l'accent sur la dimension organisationnelle.

Sans cette démarche de rapprochement, le processus d'intégration des établissements de soins s'avère plus qu'impératif – et à structurer. L'objectif devient alors de prendre en charge la formation et la communication sur la part échappée du travail : *l'administratif*. La mise en sens de cette part du travail peut faire l'objet de groupes de travail autour des liens manifestes qu'elle entretient avec le patient. Enfin, parallèlement, l'intégration impose un suivi, au même titre que le soutien du projet professionnel l'exige désormais. Les managers de proximité (RUS chez Églantine) ont un rôle prioritaire à jouer. Leur présence au plus près des équipes apparaît incontournable pour orienter et guider les soignants dans une dynamique d'évolution. Cela implique également d'y avoir été formé au préalable. Au sein d'Églantine, la redéfinition des fonctions des RUS apparaît incompatible avec cette mission d'accompagnement, leur présence au sein des US s'étant profondément réduite, laissant par là-même possibles les jeux informels.

Plus globalement, Églantine a été encouragée à repenser son organisation en binômes en tenant compte des âges, et à organiser des groupes de travail consacrés à la mise en discussion des rôles propres des soignants et à la « *transmission* » des savoirs<sup>(14)</sup>. L'ancienneté des AS et l'inexpérience des plus jeunes IDE trouvent ici à conforter certains modes de fonctionnement qui fragilisent et mécontentent les uns au profit des autres.

## Conclusion

L'individualisme méthodologique occupe aujourd'hui une place saisissante dans la recherche sur les carrières. De nouvelles devises émergent autour de la figure de l'individu « à projet », sans pour autant que le fond du concept de projet (DENAVE, 2015 ; PRALONG, 2011 ; ZUNIGO, 2010) soit débattu en GRH. Les images modernes et normatives nous semblent laisser en jachère une question essentielle, celle des lieux de construction et d'institutionnalisation qui les soutiennent. Les non-cadres, souvent perçus comme

des « sans carrière » (DANY, 2012 ; Pihel, 2006), peuvent aussi conduire des projets. Le cas Églantine met en valeur des éléments occultés qui révèlent les ellipses de la pensée managériale en matière de pilotage des carrières.

## Bibliographie :

- ABRAHAM J. (2004), « Marché interne du travail : enjeux et limites de la mobilité », In GUERRERO S., CERDIN J.L. & ROGER A. (coord.), *La gestion des carrières*, Enjeux et perspectives, Vuibert, pp. 35-54.
- ABRAHAM J. (1998), « Identité hospitalière et culture de métiers », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°28, pp. 3-14.
- AUTRET J. (2002), *Le monde des personnels de l'hôpital. Ce que soigner veut dire*, L'Harmattan.
- BARET C., DUMAS F., MAIRESSE C. & RANDON S. (2013), « Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation du personnel. Le cas du centre hospitalier de Versailles », *Revue Interdisciplinaire Management, Hommes & Entreprise*, n°8, pp.124-134.
- BAUMAN Z. (2010), *L'amour liquide. De la fragilité des liens entre les hommes*, Pluriel.
- BOUFFARTIGUE P. & BOUTEILLER J. (2006), « Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. », *Revue Temporalités*, n°4.
- BOUFFARTIGUE P. & BOUTEILLER J. (2004), *Le temps de travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*. Rapport de recherche L.E.S.T pour le compte de la DREES, avril.
- BOURGEON D. (2007), *Don, résilience et management*. Éditions Lamarre.
- BOUTINET J.P. (2014), *Psychologie des conduites à projet*, PUF, dernière édition.
- BOUTINET J.P. & BRECHET J.P. (2014), *Logiques de projet, Logiques de profit. Convergences ou oppositions ?*, Chronique sociale.
- CHANIAL Ph. (2010), « Le new public management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'ineestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*. La gratuité. Éloge de l'ineestimable, n°35, pp. 107-122.
- CLOT Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte.
- DANY F., Pihel L. & ROGER A. (coord.) (2013), *La gestion des carrières. Populations et contextes*, Vuibert.
- DANY F. (2012), « La gestion des carrières », In ALLOUCHE J. coord., *Encyclopédie des Ressources Humaines*, pp. 144-150.
- DENAVE S. (2015), *Reconstruire sa vie professionnelle. Sociologie des bifurcations biographiques*, PUF.

<sup>(14)</sup> Voir notamment DIVAY (2014).

- DIVAY S. (2014), « Les dessous cachés de la transmission du métier de soignante », *SociologieS*, Dossiers La transmission du métier.
- DIVAY S. (2012), *Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales*, Céreq. Net.Doc.90.
- DREES (2014), *Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et des infirmiers du secteur hospitalier*. Document de travail. Série Études et Recherches, n°132, novembre.
- DREES (2011), *La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*. n°759, mai.
- DREES (2010), *La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*, n°101, novembre.
- DUBAR C. (2000), *La socialisation : construction des identités sociales et culturelles*, Armand Colin.
- FALCOZ C. (2010), *Pour en finir avec les carrières sans frontière – Prolonger et dépasser le courant des "boundaryless careers" – Pour un programme renouvelé de recherche sur la gestion des carrières*, Congrès annuel de l'AGRH, Saint-Malo.
- GATIGNON-TURNAU A.L., VENTOLINI S. & FABRE C. (2013), *Soyez proactif pour gérer votre carrière ! Du discours managérial à la théorie*, Congrès annuel de l'AGRH, Paris.
- GUERRERO S., CERDIN J.L. & ROGER A. (coord.) (2004), *La gestion des carrières, Enjeux et perspectives*, Vuibert.
- HUGUES E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Éditions EHESS.
- MAUSS M. (2003), « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », In MAUSS M. *Sociologie et anthropologie*. Quadrige, pp. 145-279.
- MOTTAY D. (2010), *Le recrutement et la fidélisation des IDE en Midi-Pyrénées*, Congrès annuel de l'AGRH, Saint-Malo.
- OSTY F. (2003), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, PUR.
- PARADEISE C. (1984), « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue Française de Sociologie*, n°25, pp. 352-375.
- PIHELL. (2006), *La relation d'emploi durable : approche d'une dynamique d'implication singulière. Analyse du cas France Télécom à partir du paradigme du don/contre-don*. Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Nantes.
- PRALONG J. (2011), « Les projets n'engagent que ceux qui y croient ! Une étude longitudinale des projets, performances et compétences », *Revue Française de Gestion*, n°216, pp. 15-31.
- SAVOYANT A. (2005), *La professionnalisation des personnels infirmiers*, Document CEREQ n°4/5.
- STRAUSS A. (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, L'Harmattan.
- VEGA A. (2008), *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Éditions des Archives Contemporaines.
- WENNER M. (2004), *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?*, édition révisée, éd. Seli Arslan.
- ZUNIGO X. (2010), « Le deuil des grands métiers. Projet professionnel et renforcement du sens des limites dans les institutions d'insertion ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2010/4, pp. 58-71.