

# Sujet corrigé 6

Concours IFCS Limoges, 2017  
Épreuve d'admissibilité



20 points




Durée : 4 heures

L'ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ  
Sujet corrigé 6

## 1 Le sujet

### Sujet

#### Dossier

 **Document** : « Le collectif cadre peut-il donner un sens au pôle ? », de Céline Docquière, *Soins Cadres*, n° 98, mai 2016

#### Questions

1. Réalisez la synthèse du texte en 12 lignes (+ ou - 3).
2. Analysez et commentez la phrase suivante à partir de vos connaissances générales et de vos expériences professionnelles.  
« Le sentiment d'appartenance est donc bel et bien ce qui fonde les relations entre cadres au sein des collectifs, et procède donc à la construction d'une culture commune. »



### Document

#### LE COLLECTIF CADRE PEUT-IL DONNER UN SENS AU PÔLE ?

L'arrivée des pôles dans le paysage hospitalier français a laissé entrevoir la possibilité de décroisonner les services et l'opportunité de développer une réelle culture commune, à mi-chemin entre l'institution et le service de soins, au carrefour des différentes réformes hospitalières. Le cadre de santé fait désormais partie d'un collectif de cadres important, piloté par un cadre paramédical de pôle. Il devient porteur d'une réelle culture de pôle.

*Mots clés* : cadre de santé ; collectif ; culture ; identité professionnelle ; management ; pôle ; valeur

*Can the manager collective give meaning to the centre of activity? The arrival of centres of activity in the French hospital landscape has opened the door to the possibility of decompartmentalizing departments and the opportunity of developing a real common culture, midway between the institution and the care unit, at the crossroads of the different hospital reforms. Health care managers now form part of a large collective of managers,*

...

*led by a centre of activity paramedical manager and are promoting a real culture of specialised centres of activity.*

**Keywords :** *centre of activity; collective ; culture ; health care manager ; management ; professional identity; value*

Les pôles hospitaliers et leurs projets ont renforcé l'aspect participatif des cadres de santé (CDS) hospitaliers au quotidien. Le collectif est ainsi remis au cœur du dispositif. Si les services de soins ont toujours travaillé en équipe, le CDS devait, en même temps qu'obtenir son diplôme, apprendre à travailler, autonome certes, mais seul. Cette image de cadre solitaire tend à disparaître depuis les premiers regroupements de services en départements et l'arrivée des cadres supérieurs de santé. Pour certains cadres, ce fut un sentiment de perte d'autonomie. Pour la majorité, il s'agissait de renouer avec un aspect de leur métier qui leur tenait à cœur. Les pôles ont agrandi encore plus ce collectif cadre. À l'image des services de soins qui ont appris à travailler en interdisciplinarité, les CDS doivent composer avec une culture professionnelle de base commune, certes, mais avec des problématiques quotidiennes différentes<sup>1</sup>.

### **Le CDS d'aujourd'hui**

Le collectif fait partie de l'histoire et de l'identité professionnelle du CDS. Ce dernier se trouve dans une ambivalence qui lui pose question, notamment au début de sa carrière. À l'inverse de nombreux cadres des entreprises privées, le cadre de santé a une « vie antérieure » avec laquelle il doit composer : sa vie de soignant.

### **Une identité professionnelle en flottement**

Afin de définir leur identité professionnelle, il est intéressant d'analyser les motivations qui poussent les CDS à exercer ce métier. Ainsi, l'enquête menée par Ivan Sainsaulieu [1], professeur de sociologie, en juin 2006, sur les cadres hospitaliers, est encore en adéquation avec la réalité d'aujourd'hui. La majorité évoque l'envie de manager une équipe et d'avoir une vision plus large de l'institution. Vient ensuite le désir de « faire avancer les choses », de militer pour sa profession. Le cadre se place donc du côté soignant, ce qui s'explique par un passé encore proche : « L'histoire des cadres est aussi une histoire revendicative. Le segment élitaire du monde soignant a endossé le rôle historique de porte-parole et de figure de proue des revendications infirmières portant sur les salaires, la reconnaissance des diplômes ou les carrières. L'identité cadre est encore fortement structurée par ce rôle » [2].

Il est édifiant de constater que les motivations évoquées rejoignent la double identité souvent évoquée et débattue des CDS : d'un côté les cadres-managers, qui se trouvent plus dans une logique administrative et institutionnelle, de l'autre, le cadre-expert, sorte de super infirmier qui reste dans une logique soignante. « On peut parler d'une loyauté ambiguë ou d'une double loyauté, envers l'organisation et envers le groupe d'origine » [3]. Le CDS se retrouve au carrefour des cultures infirmière et managériale, entre l'institution et l'équipe soignante, entre le médecin responsable du service et l'équipe, mais aussi entre les logiques gestionnaires et soignantes.

### **Des valeurs soignantes aux valeurs managériales**

Les valeurs orientent les comportements des individus et sont l'élément moteur de la culture : « Les valeurs permettent aux individus de donner une signification à leurs comportements, de se considérer en accord avec ceux-ci et de se forger une identité professionnelle. » [4] Les cadres utilisent des valeurs majoritairement soignantes, certaines réadaptées sur le plan managérial : ainsi l'égalité est devenue l'équité. Cette éthique de justice semble découler directement de la vision égalitaire du service public. Peuvent être également citées les valeurs du care<sup>2</sup> et de la qualité. Le soin reste donc une culture

...

professionnelle ancrée chez les cadres puisqu'il envahit leur discours et influence leur manière d'agir. Ils sont unanimes pour dire qu'ils se rencontrent volontiers sur ces valeurs en équipe de cadres.

Les cultures managériales des cadres ont évolué tout au long de leur histoire. Depuis les années 1940, trois courants se sont succédé : le management-vocation plutôt autoritaire, le management-profession ou cadre-expert, et enfin le management-gestion ou cadre-manager [5]. Nous semblons donc être à un carrefour entre les deux derniers types de management, tout comme il se dessine un compromis entre les deux logiques soignantes et gestionnaires.

### **Les influences du nouveau management public, émergence du « cadre animateur »**

« Tout changement organisationnel ne tient pas sans évolution du management. » [6]. L'approche gestionnaire induite par le nouveau management public ne va pas sans remettre en cause les valeurs managériales des cadres. Les courants managériaux qui ont cours actuellement dans notre société sont, en majorité, issus des entreprises privées. Cela a pour conséquence des réadaptations par les acteurs de terrain : aussi les cadres ont-ils développé une « appropriation et, dans une certaine mesure, un détournement de discours managériaux pour les adapter au service du patient, non plus dans une logique d'abord marchande et capitaliste, mais dans une logique militante d'organisation pour le bien commun. [...] Ce à quoi l'on assisterait aujourd'hui ce serait à [...] une évolution du commandement, moins planificateur et dirigiste, plus respectueux des équipes qu'il faut ménager avant que manager » [5]. Les cadres auraient donc tenté de réadapter un discours entrepreneurial à l'organisation hospitalière. Et même si nombreux sont ceux qui adhèrent au management participatif, force est de constater qu'au final, chacun est amené à utiliser différents courants managériaux en fonction des situations.

Ivan Sainsaulieu a décrit plusieurs profils de cadre, dont un s'avère dominant aujourd'hui : celui du « cadre animateur » [1]. Ce qui caractérise ce profil est le positivisme : il est confiant sur l'amélioration de la qualité des soins et accepte les contradictions de sa fonction, tout comme l'entre-deux. Mais il émet également des critiques en dénonçant parfois la pénurie de personnels et la pression financière des pôles. Il souhaite défendre le service public, adhère à la dimension de proximité inhérente à sa fonction et aime participer. Il envisage le cadre comme une personne engagée et dévouée au personnel et au patient. Il émet des « regrets sur le manque de coopération entre cadres ou avec les médecins, avec qui les relations sont parfois tendues. » [1] Il prend également plaisir à monter des projets collectifs.

### **Qu'est-ce qui construit un collectif cadre de pôle ?**

L'appartenance à un groupe s'exprime par l'adoption de modèles qui agissent comme des principes moraux. Les valeurs sont donc non négociables, et en quelque sorte la colonne vertébrale de nos actions.

### **Construction d'une cohésion d'équipe**

« La coopération est le concept fondateur du collectif qui est une forme organisée et une construction sociale entre individus par principe solidaires et dont les objectifs sont a priori convergents » [7]. Il faut être d'accord sur les objectifs à atteindre. « Pour établir des relations satisfaisantes, il faut d'abord prendre conscience de sa propre complexité. Une équipe devient performante et unie si elle respecte les différences de chacun de ses membres. » [8]. C'est dans cet esprit de respect des différences que certains cadres parlent de richesse collective. Le fait de se retrouver sur la base de leurs valeurs, de se sentir reconnus par leurs pairs créant une confiance entre eux et ainsi leur permettre de dépasser les différences de comportement, d'idées et d'expérience. Cette reconnaissance permet

...

d'éviter l'isolement, de disposer de conseils, de partager des expériences, de présenter ses réussites et ses échecs, de créer une compétence collective et donc de coopérer.

Les projets faciliteraient la cohésion d'un groupe, par leur dimension participative pour pouvoir y adhérer. Ainsi, qu'ils soient l'affaire de grands ou petits groupes, les projets ont pour conséquence un décloisonnement : il existe une meilleure compréhension des caractéristiques et contraintes des autres services, ce qui facilite les relations, ainsi qu'une vision plus large du parcours patient et de l'institution. Cette dimension participative, poussée de l'équipe-cadre vers les équipes de soin, participe ainsi à lancer une dynamique transversale au sein des pôles.

### **Sentiment d'appartenance et proximité**

Le sentiment d'appartenance confère une stabilité nécessaire à l'ancrage des professionnels et qui favorise la dynamique, tout comme la convivialité. Celle-ci est justement largement évoquée par les cadres comme garante d'un collectif qui « fonctionne ». Elle permet de se sentir moins seul face aux difficultés rencontrées au quotidien. Les moments informels sont l'occasion de réels moments de partages, qu'ils soient professionnels ou plus personnels, et aident à construire la confiance. « Le moteur de l'appartenance collective se situe dans le degré d'interrelation avec autrui : plus on se voit, plus on se sent une appartenance commune » [5].

Le sentiment d'appartenance est donc bel et bien ce qui fonde les relations entre cadres au sein des collectifs, et procède donc à la construction d'une culture commune. L'interaction entre pairs s'avère primordiale pour les jeunes cadres, afin de les aider à se construire au cœur de leur nouvelle identité professionnelle.

### **Le cadre supérieur de santé, un manager parmi les managers**

Le poste de CDS paramédical de pôle est le plus souvent occupé par un CSS. Ce dernier possède une double responsabilité : il doit « décliner la politique institutionnelle au sein du pôle et participer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle » [6]. Collaborant avec le chef de pôle et le cadre administratif, il doit donc développer une culture financière et budgétaire afin de mener à bien ses missions. Il participe ainsi à la sensibilisation des cadres de proximité à ces derniers aspects. Le CSS se trouve également au carrefour des injonctions directes de la direction et des requêtes ascendantes des cadres : des logiques médicales, paramédicales et gestionnaires.

Tous les cadres interrogés pensent qu'il est essentiel que les valeurs portées par le CSS soient en adéquation avec les leurs. Ils estiment que le CSS est un soutien pour les cadres, un guide. Il existe une relation de confiance réciproque. Ils attendent de lui qu'il fasse le lien avec la direction, dans un sens comme dans l'autre : il doit faire redescendre les informations mais aussi faire remonter leurs problématiques.

### **Le collectif cadre, levier de la construction d'une culture polaire**

Même s'il est difficile d'identifier les acteurs qui fondent les collectifs de cadres, ces derniers semblent se retrouver sur leurs valeurs, et pensent partager la même culture professionnelle dans la majorité des cas. Il s'agit de pouvoir collaborer avec les autres acteurs du pôle, à savoir les médecins, les contrôleurs de gestion, les personnels administratifs, etc. Les logiques de parcours-patient qui tendent à être instaurées dans les configurations des pôles au sein des établissements pourraient permettre des collaborations plus évidentes. C'est en ce sens que les institutions sont amenées à travailler, comme en témoignent les reconfigurations de pôle régulières. Cependant, les problématiques quotidiennes peuvent être un frein à la collaboration renforçant la tendance nombriliste contre laquelle chacun tente de lutter. Pour autant, tous se rejoignent sur l'effet fédérateur

...

et cohésif des projets sur le groupe, les différences devenant alors une richesse. Celles-ci, pointées du doigt, semblaient intolérables au quotidien mais apparaissent enrichissantes sur le plus long terme. Le management hospitalier se situe encore à un carrefour entre les cultures managériales du cadre expert et du cadre-manager.

Certes, le collectif de cadres partagerait une culture commune de valeurs soignantes. Mais elle s'avère insuffisante pour créer une dynamique de groupe. Le cloisonnement des équipes peut donc encore persister si un consensus managérial entre cadres n'est pas trouvé, et freiner ainsi le sentiment d'appartenance à un pôle. La conduite de projet peut aider en ce sens, afin de prendre le temps nécessaire à la réflexion managériale. Il ne s'agit pas d'uniformiser à outrance le management, qui garde une part de personnalité du manager, mais de s'entendre sur des valeurs communes pour favoriser l'équité. Enfin, les CSS ont un rôle important à jouer pour favoriser ces échanges.

### Notes

<sup>1</sup> Cet article est issu d'un travail de recherche effectué dans le cadre d'une formation à l'Institut de formation des cadres de santé de Grenoble (38). Les données sont issues d'un croisement entre la littérature et une enquête de terrain qui a concerné des CDS hospitaliers issus de différents pôles d'un centre hospitalier universitaire.

<sup>2</sup> Verbalisé comme le prendre soin, la bienveillance ou la bientraitance par les cadres interrogés.

### Références

- [1] Sainsaulieu I., « Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime », in : Sainsaulieu I. (sous la dir.). *Les Cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Coll. Fonction cadre de santé. Paris : Lamarre ; 2008.
- [2] Langlois E. « Du bon usage de la relation chez les cadres », in : Sainsaulieu I. (sous la dir.). *Les Cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Coll. Fonction cadre de santé. Paris : Lamarre ; 2008.
- [3] Ibid.
- [4] Bailly I., « Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière », *Soins cadre*, 2009 ; 71:20-2.
- [5] Sainsaulieu I., *L'Hôpital et ses acteurs : appartenances et égalité*, coll. Perspectives sociologiques, Paris ; Belin ; 2007.
- [6] Coll. Le cadre paramédical de pôle, *Soins cadres*, 2013 ; 86:15-49
- [7] Lannoy P. « Un collectif de cadres de santé en biologie », *Soins cadres*, 2012 ; 83:45-7.
- [8] Chagué V. « Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante ? » *Soins cadres*. 2008 ; 65 (suppl) ; 8-12.

Céline Docquière Puéricultrice cadre de santé, pédiatrie polyvalente, Pôle couple-enfant,  
CHU de Grenoble

*Soins cadres* - n° 98 - mai 2016

## 2 Le corrigé

### LA SYNTHÈSE

---

#### » Questionner le texte

Cet article publié dans une revue spécialisée *Soins Cadres*, n° 98, mai 2016 » est écrit par Céline Docquière, puéricultrice, cadre de santé au CHU de Grenoble.

#### » Identifier la nature du document

Cet article est de nature professionnelle. Il est analytique et critique.

**Contexte** : cet article s'inscrit dans l'actualité des réformes hospitalières et en particulier des mesures visant à moderniser le système de santé par la mise en place des pôles de santé (loi de modernisation de 2016). L'auteure aborde la problématique de la coopération entre différents professionnels dans les établissements de santé.

#### » Relever les idées principales

- **Titre** : « Le collectif cadre peut-il donner un sens au pôle ? » est de nature polémique et pose d'emblée la question de la coopération au travail dans les établissements de santé.
- **Le sous-titre** : « L'arrivée dans les pôles... culture de pôle » situe la problématique de l'article : l'enjeu des pôles au sein des établissements de santé et le rôle du cadre au sein du collectif de travail.
- **Accroche** : idée essentielle : grâce aux pôles hospitaliers et leurs projets, le collectif est remis au cœur du dispositif ; ce contexte a permis de renforcer l'aspect participatif des cadres de santé (CDS) hospitaliers.
- La notion de CDS autonome et solitaire disparaît depuis les réformes hospitalières qui tendent à regrouper des services et introduire une culture de la pluridisciplinarité.
- **1<sup>er</sup> paragraphe - Le CDS aujourd'hui**
  - Le collectif fait partie de l'histoire et de l'identité professionnelle du CDS, qui cependant a un passé de soignant.
  - **Une identité professionnelle en flottement** : Ivan Sainsaulieu, professeur de sociologie, définit plusieurs motivations qui poussent à devenir cadre : l'identité cadre est fortement structurée par un rôle « militant » par rapport à la fonction de soignant ; viennent ensuite l'envie de manager une équipe et le besoin de se doter d'une vision plus large de l'institution. Ainsi les CDS se retrouvent au carrefour des cultures infirmière et managériale en prise entre deux logiques de nature différente : une logique administrative et institutionnelle et un rôle d'expert proche de la logique soignante.

- **Des valeurs soignantes aux valeurs managériales** : le soin et les valeurs qui lui sont propres (justice, care, qualité) restent une culture professionnelle ancrée chez les cadres qui les portent dans leurs discours et dans leur manière d'agir.
- Les cultures managériales des cadres ont évolué tout au long de leur histoire et depuis 1940, trois courants se sont succédé ; le cadre actuel est au carrefour entre le cadre-expert et le management-gestion ou cadre-manager ; de même on observe un compromis entre deux logiques soignantes et gestionnaires.
- **Les influences du nouveau management public, émergence du « cadre animateur »**
  - Dans un contexte de changement organisationnel, les CDS ont dû adapter leur discours managérial au contexte de l'hôpital en l'adaptant au grès des situations.
  - Le cadre animateur, dominant, se caractérise par le positivisme dont l'attitude consiste à être confiant au travail, tout en défendant le service public et en s'engageant au service du patient et du personnel dans le cadre de projets collectifs notamment.
- **2<sup>e</sup> paragraphe - Qu'est-ce qui construit un collectif cadre de pôle ?**
  - Chapô : l'appartenance à un groupe s'exprime par l'adoption de modèles qui agissent comme des principes moraux ; les valeurs, au fondement des actions, ne sont pas négociables.
  - Construction d'une cohésion d'équipe : la coopération qui s'appuie sur des objectifs communs et le respect des différences, est le concept fondateur du collectif ; les projets sont des outils pertinents pour décroïsonner et construire une dynamique transversale au sein des pôles.
  - Sentiment d'appartenance et proximité : confère une stabilité dans l'équipe, favorise la dynamique et la convivialité et construit la confiance nécessaire en cas de difficultés ; fonde les relations entre cadres au sein des collectifs et participe à créer une culture commune.
  - Le cadre de santé supérieur, qui se trouve au carrefour de différentes logiques, possède une double responsabilité qui consiste à décliner la politique institutionnelle au sein du pôle et participer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle ; il doit être un soutien pour les CSS dans une relation de confiance.
- **3<sup>e</sup> paragraphe - Le collectif cadre, levier de la construction d'une culture polaire ?**
  - Les facteurs qui fondent les collectifs de cadres sont les valeurs et la culture professionnelle commune ; l'enjeu est de pouvoir collaborer avec les autres acteurs du pôle et les logiques de parcours-patient pourraient en être un des moyens ; cependant, les problématiques quotidiennes peuvent être un frein.
  - Effet fédérateur et cohésif des projets sur le groupe permettant de dépasser les différences.
  - L'enjeu est de créer une dynamique de groupe et de décroïsonner les équipes ; cela nécessite un consensus managérial entre cadres afin de créer le sentiment d'appartenance à un pôle ; la conduite de projet est un moyen car elle permet de

prendre le temps de la réflexion managériale ; il s'agit de partager des valeurs communes pour favoriser l'équité.

### » Mise en relation des idées

- Souligner les idées récurrentes.
- Dégager le problème traité par l'article et ne retenir que les éléments à mettre en perspective dans le cadre de cette problématique.
- Mobiliser ses connaissances juridiques, institutionnelles et professionnelles en rapport avec le sujet.
- Les liens thématiques que le commentaire doit exploiter sont :
  - les réformes hospitalières et la mise en place des formes collaboratives de travail (réseaux, pôles de santé) ;
  - la pertinence du projet collectif afin de créer une culture commune et dépasser les différences entre professionnels ;
  - le mode de management adapté pour décloisonner les services et amener les acteurs à travailler ensemble dans un partage de valeurs et de pratiques.

### » Plan de la synthèse

- Enjeu des pôles hospitaliers dans la coopération entre professionnels
- Évolution des modes de management à l'hôpital
- L'identité professionnelle du cadre et son positionnement
- L'intérêt des projets pour une culture commune
- La nécessité de décloisonner

### » Proposition de corrigé

Pour C. Docquière, puéricultrice, cadre de santé auteure de l'article « Le collectif cadre peut-il donner un sens au pôle ? » paru dans *Soins cadres* en mai 2016, la mise en place des pôles hospitaliers et en particulier les projets collectifs sont une opportunité pour donner un sens au travail et créer ainsi la nécessaire coopération entre les professionnels au-delà des différences. L'émergence des pôles pose aussi la question du rôle du cadre de santé de proximité (CDS) et supérieur (CSS) dans le mode de management des équipes au sein d'institutions soumises à des réformes hospitalières.

Les modes de management ont évolué depuis les années 1940 et désormais le CDS se situe entre le cadre-expert et le cadre-manager contraint à concilier la logique soignante et gestionnaire. Dès lors, le CDS autonome et solitaire disparaît au profit du collectif et d'une culture de la pluridisciplinarité. L'identité professionnelle du CDS est toujours ancrée dans les valeurs et l'attachement au service public comme l'a montré Ivan Sainsaulieu, professeur de sociologie, suite à une enquête. Pour le chercheur, les motivations du CDS recouvrent un rôle « militant » par rapport à la fonction de soignant mais aussi une envie de manager une équipe et d'avoir une vision plus large de l'institution tout en étant confiant et en s'engageant au service du patient et du



personnel. Si les CDS se retrouvent au carrefour des cultures infirmière et managériale, le soin et les valeurs comme la justice, le care ou la qualité, qui leur sont propres restent une culture professionnelle qui les porte dans leurs discours et dans leur manière d'agir.

La cohésion d'équipe nécessaire pour agir s'appuie sur la coopération qui consiste à partager des objectifs communs et à respecter des différences. Pour l'auteur, les projets sont des outils pertinents pour décroïsonner et construire une dynamique transversale au sein des pôles. Ils ont un effet fédérateur sur le groupe permettant de dépasser les différences. Ces projets créent un sentiment d'appartenance et de proximité qui permet de conférer une stabilité dans l'équipe et favoriser la dynamique, la convivialité et la confiance. Ces projets fondent les relations entre cadres au sein des collectifs et participent à créer une culture commune. La conduite de projet est ainsi un moyen efficace car elle permet de prendre le temps de la réflexion managériale et d'ainsi partager des valeurs communes.

Pour l'auteur, l'enjeu est de pouvoir collaborer avec les autres acteurs du pôle dans un processus de décroïsonnement et les logiques de parcours-patient pourraient en être un des moyens. Cependant, les problématiques quotidiennes constituent un frein. C'est pourquoi le CSS, au carrefour de différentes logiques, doit pouvoir décliner la politique institutionnelle au sein du pôle et participer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle en confiance avec les CDS. Cette approche nécessite un consensus managérial entre cadres afin de créer le sentiment d'appartenance à un pôle.

## LE COMMENTAIRE

### » Proposition de corrigé

*[Introduction]* Depuis une vingtaine d'années, les thèmes de coordination et de « parcours de soins » émergent dans le cadre des objectifs visés par les différentes réformes du système de santé. La loi de modernisation de santé du 26 janvier 2016 a institué en particulier les pôles de santé qui ont pour objectif d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels de santé et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

*[Problématique]* Cet article publié dans une revue spécialisée *Soins Cadres*, n° 98, mai 2016 », écrit par Céline Docquière, puéricultrice, cadre de santé au CHU de Grenoble, pose la question du mode de management des cadres de santé au sein des pôles afin de garantir une réelle culture commune au-delà des cloisonnements et des logiques institutionnelles et de soins. Pour l'auteure : « Le sentiment d'appartenance est donc bel et bien ce qui fonde les relations entre cadres au sein des collectifs, et procède donc à la construction d'une culture commune ».

*[Annonce du plan]* Après avoir abordé les enjeux qui sous-tendent les réformes hospitalières visant à créer des pôles de santé regroupant plusieurs professionnels, nous aborderons le mode de management du cadre de santé, garant d'une cohésion d'équipe et de la construction d'une culture commune au sein d'organisations complexes.

## I. Des réformes successives vers plus de cohérence

### a. Les pôles de santé

Le système de santé a connu ces dernières années des réformes visant pour certaines à décloisonner les pratiques des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, a créé au sein du Code de santé publique un article définissant les réseaux de santé visant à favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Plus tard, la loi HPST a jeté les parcours de soins en créant les cadres juridiques, favorables à la diversité des structures de soins coordonnés (pôles de santé, réseaux de soins...), aux démarches volontaires de coopération entre professionnels de santé, et notamment une meilleure articulation entre les établissements hospitaliers locaux et les professionnels de santé libéraux, à un mode de gestion des établissements de santé de plus en plus entrepreneurial. Le parcours coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Plus récemment, avec la loi de modernisation du système de santé (2016), les pôles de santé s'inscrivent dans cette dynamique. Ces exemples montrent l'évolution sans précédent de la prise en charge du patient et des méthodes de collaboration entre professionnels. L'absence de vision d'ensemble peut, en effet, à rebours de ce qu'on attendrait d'une addition d'actes, déboucher sur des défauts de soins et des pertes de chances. Car si les actes préventifs et curatifs, hospitaliers et ambulatoires, sanitaires et sociaux, se succèdent de manière cloisonnée, le risque est grand qu'à certains moments critiques (par exemple, une sortie d'hôpital ou une suite de dépistage) une information mal transmise, une carence, un soin inadapté, ait des conséquences graves. Le phénomène est particulièrement illustré aux frontières du soignant et du social, lorsque doivent être simultanément gérés des problèmes de santé et de perte d'autonomie. Les parcours ne sont pas des objets à construire, ils sont déjà là : chaque soignant dessine en effet, par son cheminement dans le système de soins, un « parcours » de fait, qui n'a pas besoin qu'on le nomme pour exister. En revanche, il n'est pas sûr et il est même la plupart du temps douteux que ce parcours, de fait, fasse l'objet d'une vision d'ensemble qui permette à chaque soignant de mesurer la portée de ce qu'il fait, et d'ajuster son concours. Penser « parcours » n'est donc pas autre chose que de pouvoir soigner en s'appuyant sur une vision en « surplomb » de toute la chronique de soins. C'est une autre manière de parler de coordination, qui met l'accent sur une vision plus diachronique. Il ne faut pas « organiser des parcours », mais organiser le travail collectif de manière à ce que les parcours de soins et de vie s'améliorent, évitent les ruptures, assurent en un mot le maintien optimal de l'état de santé [donnez des exemples]. C'est un changement important de perspective.

Comme l'a souligné, à juste titre, le HCAAM dans un avis sur la coopération entre professionnels de santé, une coopération efficace ne peut déboucher sur une approche de parcours que si elle se met en œuvre, non pas autour d'un ou de plusieurs patients (compte tenu de la difficulté à organiser des équipes qui sont alors à géométrie variable) mais dans le cadre d'équipes constituées en groupes stables, ayant défini en leur sein des processus coordonnés et permanents.

## **b. Les changements de pratiques**

La coordination des différentes tâches à accomplir au sein des équipes évoque une question fondatrice des théories du management et une préoccupation majeure pour le milieu médical et en particulier les cadres de santé. Dans ce domaine, la coordination est avant tout abordée comme une affaire de structures et de professionnels construisant des habitudes de travail devenant des « réflexes » au fil du temps. Pour autant, de nombreuses situations nécessitent une approche plus dynamique de la coordination allant vers la cohésion d'équipe, la construction d'une culture commune dépassant les différences et les obstacles. Cela nécessite de faire évoluer les pratiques *[donnez des exemples]*.

*[Transition]* Dans ce contexte, le cadre de santé a un rôle primordial à jouer. Il se situe au cœur des dispositifs et des changements dans la prise en charge du patient et l'accompagnement de ses équipes. Cela implique qu'il soit capable de travailler en partenariat au sein de réseaux pluridisciplinaires.

## **II. Vers un management ancré sur la coopération et le décloisonnement**

### **a. Le nécessaire travail en équipe au-delà des cultures et des différences**

Les enjeux des pôles de santé sont importants comme le souligne l'auteur de cet article. Le cadre, de par ses fonctions, est constamment à la recherche de sens s'articulant autour de l'accompagnement du patient et de son parcours de soin. C'est par sa présence, sa « disponibilité », sa connaissance de la culture soignante, qu'il participe à la mise en place d'une culture commune. C'est en effet parce qu'il est « un expert du soin », que le cadre de santé peut penser l'organisation et favoriser la qualité des soins et le parcours de soin du patient. Les enjeux des pôles sont nombreux et le cadre doit les appréhender : articulation entre le secteur hospitalier, ambulatoire et médico-social ; mise en place de protocoles de coopération pluridisciplinaire en médecine de ville ; innovations organisationnelles à promouvoir en amont et en aval de l'hôpital, prise en compte des circuits d'information, redéfinition des missions des acteurs... *[Donnez des exemples]*.

### **b. Le cadre de santé garant du projet, outil au service d'une culture de pôle**

Le cadre de santé travaille dans une organisation qui peut être qualifiée de « composite » dans la mesure où elle rassemble des statuts professionnels très distincts. Longtemps, le cadre a exercé dans des unités de soins cloisonnées. Dans la complexité du contexte actuel, le cadre occupe dans le « monde du soin » une place singulière. Il ne soigne plus, mais encadre sous la responsabilité de médecins. La cohésion d'équipe nécessaire pour agir s'appuie sur la coopération qui consiste à partager des objectifs communs et à respecter des différences. Pour l'auteur, les projets sont des outils pertinents pour décloisonner et construire une dynamique transversale au sein des pôles. Ils ont un effet fédérateur sur le groupe permettant de dépasser les différences. Ces projets créent un sentiment d'appartenance et de proximité qui permet de conférer une stabilité dans l'équipe et de favoriser la dynamique, la convivialité et la confiance, ce qui est utile en cas de difficultés. La conduite de projet est ainsi un moyen efficace, car elle permet de prendre le temps de la réflexion managériale et ainsi de partager des valeurs communes pour favoriser le travail en commun au service du patient.

Les démarches de projets impliquent que le cadre travaille en pluridisciplinarité au sein de dispositifs parfois complexes car regroupant des professionnels de différents métiers, cultures et organisations. Le cadre doit avoir une vision systémique et faciliter les modes de communication entre les acteurs dans la qualité de la prise en charge du patient. Cela nécessite de sa part de maîtriser des compétences comme le travail en équipe, la capacité à travailler en projet, la capacité à avoir de l'empathie et à communiquer *[donnez des exemples]*.

### **Conclusion**

L'évolution des pôles de santé et du travail interdisciplinaire entre professionnels de différentes cultures et univers doit s'inscrire dans une démarche plus globale d'organisation et de la coordination d'un parcours sur un territoire donné, en partenariat avec les acteurs concernés. C'est dire tout l'enjeu du management mis en place par le cadre de santé. Le renforcement de la coordination des soins constitue en effet un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance du système de santé et il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les dispositifs et lever les obstacles. La coordination mise en place au sein des pôles vise également à décroiser le système de santé. C'est un objectif auquel doivent prendre part les cadres de santé de manière active et convaincante.