

**Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion**  
**Health managers, care management and management control**

Robert COULON

Maître de conférences en sciences de gestion

Université de Bourgogne

**FARGO - Centre de recherche en Finance, ARchitecture**  
**et Gouvernance des Organisations**

Cahier du FARGO n° 1110604  
Juin 2011

*Résumé* : Depuis 2002, les réformes entreprises dans les hôpitaux sensibilisent les cadres de santé à la gestion économique de leur unité de soin. Ces cadres sont-ils déjà très absorbés par des tâches relevant du contrôle de gestion ou bien restent-ils essentiellement des managers centrés l'organisation quotidienne des soins ? L'objectif de ce papier de recherche, qui repose sur des observations et sur un questionnaire, est de répondre précisément à cette question. Il met en évidence le fait que les cadres de santé, absorbés par les compromis quotidiens nécessaires à l'organisation des soins, ne sont que très peu impliqués dans le contrôle de gestion de leur unité.

*Mots clés* : hôpital, management de proximité, contrôle de gestion, gestion des soins

*Abstract* : Since 2002, reforms in hospitals educate first line managers to the economic management of their care unit. These managers are they already absorbed by management control tasks or are they mainly occupied on daily organization of care? The aim of this research paper, based on observations and a questionnaire is to answer that question specifically. It highlights the fact that managers of health, absorbed by the daily necessary compromises for care organization, are very little involved in the management control of their unit.

*Key words*: public hospital, first line management, management control, care management

*JEL Classification* : J 24

*Contact* : Robert COULON, LEG/Fargo, Pôle d'économie et de gestion, 2, Boulevard Gabriel, BP 26611, 21066 Dijon Cedex, France ; Tel. +33 (0)3 39 35 02; Fax. +33 (0)3 39 54 88; Email: [Robert.Coulon@u-bourgogne.fr](mailto:Robert.Coulon@u-bourgogne.fr)

## **Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion**

Depuis 2002, un ensemble de réformes définissent de nouvelles règles de gouvernance hospitalières, règles visant à contenir l'augmentation des dépenses de santé. Dans les hôpitaux publics, ces réformes orientent les prises de décision des médecins responsables de pôles et d'unités de soins. Elles impactent le contenu de la fonction de cadre de santé, pour la majorité d'entre eux cadres de proximité en charge du management dans les unités de soins.

Les études menées à ce jour sur ce sujet dans le domaine du management hospitalier ne sont pas nombreuses et elles donnent peu d'informations précises sur cet impact. Les cadres de santé sont-ils déjà très absorbés par des tâches relevant du contrôle de gestion ou bien restent-ils essentiellement des managers de proximité centrés sur l'organisation des soins ? Cette question, qui présente à la fois un intérêt théorique et un intérêt managérial, divise les chercheurs en management hospitalier.

Certains (Noguerra et Lartigau, 2009 ; Fray, 2009), estiment que les réformes en cours incitent encore peu les cadres de santé à adopter des préoccupations qui relèvent du contrôle de gestion (mesure et report des dépenses, des recettes, de satisfaction des patients, etc.). Pour d'autres, (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Divay et Gadea, 2008, etc.), les cadres de santé consacraient déjà une part trop importante de leur temps à « l'alimentation et l'entretien de machines de gestion ». Nous avons cherché, dans cette communication, à apporter une réponse précise à cette question.

Dans la première partie de ce papier, nous précisons et développons notre question de recherche à partir d'une revue de la littérature et nous développons la méthodologie mise en œuvre (observations sur le terrain, questionnaires). La deuxième partie est consacrée à la présentation des résultats de l'enquête. Nous discutons ces résultats et leur apport à la question de recherche dans la conclusion.

### **1- Les cadres de santé : des managers opérationnels ou bien des gestionnaires de centres de responsabilités ?**

Cette question relève du champ du management appliqué à la Santé. Elle présente à la fois un intérêt théorique et un intérêt managérial :

- un intérêt théorique dans le domaine des ressources humaines : il s'agit d'appréhender si, dans le métier de cadre de santé, l'organisation de la prise en charge des patients est liée ou non à l'évaluation de la performance économique de l'unité.
- un intérêt managérial : comprendre à travers quelles pratiques le cadre met en lien la qualité de la prise en charge des patients et la performance de son unité de soins.

Selon les données recueillies par la direction générale de l'offre de soins (Yahiel et Mounier, 2010, p 10), il y a actuellement dans les établissements de santé 26 000 cadres chargés de l'organisation des soins. Sur ce total, il faut compter près de 20 000 cadres responsables d'unités de soins, l'unité de soins étant, à l'hôpital, l'endroit où les patients sont effectivement pris en charge. Les 6 000 cadres restant sont des cadres supérieurs, responsables de pôles hospitaliers, chaque pôle regroupant plusieurs unités de soins. Dans cette communication, nous nous centrons sur les cadres responsables d'unités, cadres de proximité des hôpitaux publics.

## 1.1- Positionnement des cadres d'unités de soins et réformes hospitalières

Les cadres responsables d'unités de soins organisent les soins. A la tête d'équipes soignantes (infirmières, aides-soignantes) et de nettoyage biomédical (agents des services hospitaliers), ils gèrent les parcours ou trajectoires de ces patients. A partir des diagnostics des médecins, le cadre organise les entrées des patients, prend des rendez-vous pour la réalisation d'examen ou d'opérations. Ces examens, ces opérations nécessitent pour la plupart le transfert des malades hors du service. Le cadre organise la sortie des patients en s'assurant des problèmes de transport, d'accueil de chaque malade à domicile ou dans d'autres structures (soins de suite et de réadaptation), voire de la suite des soins hospitaliers à réaliser au domicile du patient. Cette organisation des soins est sans cesse réactualisée. Le cadre doit assurer la continuité des soins dispensés à chaque patient de l'unité, en tenant compte de l'évolution de cet état de santé.

### 1.1.1- Les cadres de santé dans le monde composite de l'hôpital

Les cadres de santé travaillent dans une organisation qui peut être qualifiée de « composite » dans la mesure où elle rassemble des classes de personnel très distinctes. Pour Glouberman et Mintzberg (2002), l'hôpital connaît un double clivage :

- un clivage horizontal sépare les personnels travaillant au niveau des opérations (clinique) et les personnels qui cherchent à exercer un contrôle gestionnaire ou financier sur les évolutions des coûts de ces opérations.
- un clivage vertical sépare les personnes qui, comme les gestionnaires et les infirmières, ont des liens continus avec l'institution et celles qui comme les médecins et les membres du conseil d'administration y participent sur la base d'interventions.

Ainsi coexistent, à l'hôpital, « quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisation, quatre mentalités qui fonctionnent en vase clos. » : le traitement (cure), les soins (care), le contrôle, la communauté (les représentants de la société).

Dans l'organisation non seulement composite, mais aussi cloisonnée, que représente l'hôpital, les cadres d'unité appartiennent au « monde du soin ». La très grande majorité d'entre eux ont suivi une formation d'infirmier, puis exercé en tant qu'infirmier avant de s'intéresser aux fonctions d'encadrement. Pour devenir cadre de santé, ils suivent une formation en alternance d'une année, au cours de laquelle ils apprennent à manager (arrêté du 18 août 1995). Ils exercent ensuite un métier de manager qui, dans la nomenclature des métiers de la fonction publique hospitalière, n'appartient pas à la famille « Management, gestion, aide à la décision », mais reste classé dans la famille des métiers de « Soins » (Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, 2008).

Cependant, les cadres de santé occupent dans le « monde du soin » une place singulière. Ils ne soignent plus, mais encadrent (monde du contrôle) sous la responsabilité de médecins (monde du traitement). Obéissant à deux hiérarchies bien distinctes, ils sont tiraillés entre deux manières de penser l'organisation des soins et deux systèmes d'alliance :

- Ils coordonnent les parcours des patients sous l'autorité fonctionnelle des médecins, et en particulier du médecin chef de service (faire alliance avec le monde du traitement).
- Ils managent au mieux les ressources matérielles et humaines dont ils disposent sous l'autorité administrative d'un cadre responsable de pôle (faire alliance avec le monde du contrôle)

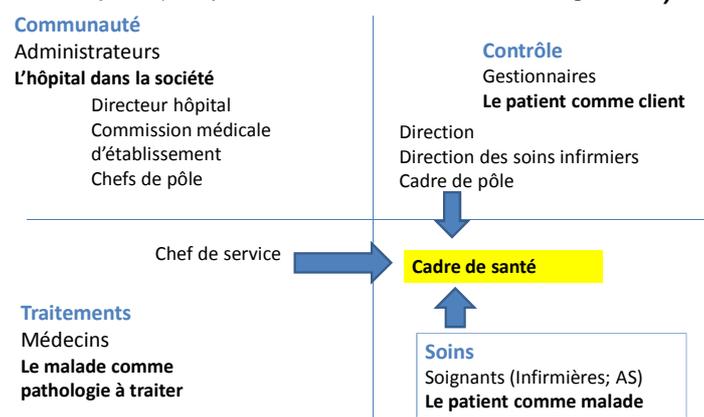
Ces deux hiérarchies (Médecins, Gestionnaires) supervisent l'organisation des soins selon des logiques relativement distinctes et qui peuvent entrer en contradiction (Coulon, 2010) :

- un système de logiques liées aux soins hospitaliers (qualité médicale des soins, santé publique, etc.).

- un système de logiques économiques (gestion, performance économique, etc.)

Travaillant au contact quotidien des médecins, des internes et sous la responsabilité fonctionnelle du médecin chef de service, coordonnant des équipes soignantes qui mettent en avant, comme les médecins, la santé des patients de l'unité, les cadres de santé se sentent dans leur grande majorité et la plupart du temps beaucoup plus proches du monde du traitement que du monde du contrôle (voir figure ci-dessous). Nous pouvons préciser cette remarque en reprenant la distinction classique qui existe entre le management opérationnel et le management lié au contrôle de gestion. Les cadres d'unité développent, du fait de leur mission, une vision centrée sur les opérations de « production », de coordination des soins. Ils accordent une grande attention au management opérationnel. Jusqu'à un passé relativement récent, ils ne se préoccupaient pas de mesurer la performance de l'activité de leur unité. Le contrôle de gestion (contrôle des dépenses, des recettes, contrôle qualité) n'entrait pas dans les missions qui leur était attribuées.

Figure - La position du cadre de santé dans le monde clivé de l'hôpital (adapté de Glouberman, Mintzberg, 2002)



Les réformes hospitalières mises en œuvre à partir de 2002 (plan hôpital 2007) ont été accompagnées d'une évolution des attentes pesant sur les cadres d'unité en matière de contrôle de gestion. Un ensemble de rapports et de mesures visent faire de ces managers de proximité des gestionnaires soucieux de contrôle et de mesure (de Singly, 2009, pp 56-57; Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, pp 152-153). En plus de l'activité de mobilisation des équipes sur la question du soin, il s'agissait d'amener les cadres à se préoccuper de la performance économique de leur unité (participer à l'élaboration et au report d'états de dépenses, de recettes, satisfaction des patients, etc.) et d'assister le médecin responsable d'unité en matière de « pilotage » économique.

### 1.1.2- Gouvernance hospitalière : les unités de soins comme centres de responsabilités ?

Les réformes hospitalières initiées depuis 2002 (et notamment le plan hôpital 2007 et la loi HPST) visent à accentuer le contrôle de l'administration et des organismes de sécurité sociale sur la gestion des établissements de santé et à contenir l'évolution des dépenses de santé publique (Claveranne, 2003, 2009).

Cette nouvelle « gouvernance hospitalière » ne peut pas être assimilée à la gouvernance d'entreprise. La gouvernance d'entreprise a d'abord une visée descriptive et elle est centrée sur le dirigeant. La gouvernance hospitalière, quant à elle, a d'abord une visée normative et elle ne porte pas essentiellement sur le directeur de l'hôpital (Charreaux, 2010). La loi HPST du 21 juillet 2009 augmente, et de manière importante, les pouvoirs du directeur. Elle modifie ses prérogatives, met en place un conseil de surveillance et un directoire sous son autorité (chapitre 2, article 9 et 10). Mais à travers l'influence qu'exerce la commission médicale d'établissement sur l'établissement des décisions stratégiques, en particulier dans le directoire, ce sont moins les directeurs que les médecins qui détiennent l'essentiel du pouvoir à l'hôpital.

La gouvernance hospitalière vise surtout à orienter les décisions des médecins pour les amener à mieux prendre en compte le financement de l'activité, les problèmes de management des services et la satisfaction des patients.

Trois dispositifs complémentaires sont mis en place dans ce sens :

- La réforme des structures.

L'hôpital est désormais constitué en pôles et non plus en unités de soins (ordonnance du 2 mai 2005). Hôpital par hôpital, les unités de soins sont regroupées au sein de pôle. Chaque pôle est dirigé par un responsable de pôle (médecin), assisté par un attaché d'administration nommé par la direction de l'hôpital (gestionnaire) et par un cadre supérieur de pôle (soignant). L'attaché d'administration réalise la part essentielle du contrôle de gestion du pôle et ce travail a une grande importance aujourd'hui. En effet, l'activité au sein des pôles n'est plus seulement évaluée sur la base des seules bonnes pratiques médicales et de soins, mais aussi sur la base des recettes que le pôle permet de dégager (Schweyer, 2010). Les pôles se voient attribuer une délégation de gestion dans le cadre d'un contrat annuel signé avec le directeur du centre hospitalier et le président de la Commission Médicale d'Etablissement. Cette contractualisation interne oblige le Médecin responsable de pôle à rendre compte de résultats mesurés (*reporting*). Les cadres de pôles et l'attaché d'administration s'appuient sur les cadres d'unités pour évaluer, affecter, reporter l'importance des ressources mobilisées et préparer les décisions qui doivent être tranchées par le médecin responsable de pôle.

- La réforme du mode de financement.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), par les ordonnances du 1 septembre et du 2 mai 2005, concrétise au niveau de l'hôpital public la politique budgétaire initiée depuis 2001 (LOLF). Elle introduit un lien direct entre l'activité, les recettes et le budget de fonctionnement d'un pôle (objectif de convergence dépenses/recettes pour 2012). Avec la T2A, les unités de soins en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (courts séjours) peuvent être comparées non seulement sur le plan des recettes, mais aussi des marges d'exploitation qu'elles dégagent.

- La certification des établissements de santé et l'évaluation des pratiques de santé

Ces démarches sont mises en œuvre depuis une quinzaine d'années (ordonnance Juppé de 1996, Loi Kouchner de 2002), notamment sur la base des expériences américaines et britanniques en matière de Nouveau Management Public (Halgand, 2003). Basées sur la prise en charge des patients, elles concourent au développement d'une politique qualité dans les établissements de santé (Anaes, 2004). Très prosaïquement, il s'agit de pousser les professionnels de santé, médecins en tête, à rendre des comptes tant sur la qualité des soins que sur le décloisonnement des services hospitaliers. La certification des établissements repose d'abord sur la qualité de coordination entre les services

cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs de l'hôpital. L'évaluation des pratiques professionnelles est centrée sur la prise en charge médicale, les risques liés aux soins, la pertinence des pratiques.

Avec la mise en œuvre de la gouvernance hospitalière, le médecin responsable de pôle coordonne l'activité de médecins responsables d'unités de soins. La manière de penser la gestion des unités, en particulier avec la mise en œuvre de la T2A en courts séjours, évolue profondément. Au lieu de penser en termes de budget à dépenser sur une période pour obtenir, la période suivante, les moyens nécessaires à l'activité, les médecins responsables d'unité doivent penser en termes d'activités nécessaires sur la période pour obtenir, la période suivante, des moyens budgétés. Chaque unité de soin peut être comprise comme un centre de responsabilité dont le budget dépend directement de l'activité (des recettes dégagées). Malgré un ensemble de cas particulièrement mis en avant (Grimaldi, 2009), les études réalisées montrent pour l'instant un impact limité de la gouvernance hospitalière sur le comportement des médecins. Les médecins responsables de pôles ou d'unités de soins n'ont pas, pour la majorité d'entre eux, tendance à se comporter comme des responsables de centres de chiffre d'affaires. De Pouvoirville (2010) montre que de nombreux médecins chargés de gérer les pôles hospitaliers éprouvent des difficultés à adopter, ou faire valoir un « management d'entreprise » auprès de leurs collègues responsables des unités de soins. Pour ces médecins, plus coordonnateurs que « chefs » de pôles, les liens directs que la tarification à l'activité (T2A) établit entre ressources et activité reposent sur des calculs discutables et peuvent se traduire par des « guerres de services ». Pour limiter ces conflits et atténuer l'application stricte de la T2A sur les budgets des pôles, des arbitrages « opaques » sont opérés au niveau des directoires de certains établissements (Brechat, 2008 ; Zeggar et Vallet, 2010, p 29). Il est donc rarement établi une véritable délégation de gestion au niveau des pôles des établissements et, en conséquence, les médecins responsables d'unités de soins modifient relativement peu leurs pratiques.

Cependant, même si les incitations visant à « responsabiliser » les médecins sur le plan de la gestion ont un effet limité, les changements en cours impactent le contenu de la fonction de cadre d'unité. En effet, le cadre de santé doit maintenant rendre compte de sa gestion :

- au supérieur administratif (cadre supérieur de pôle) qui lui alloue les moyens de sa fonction. Il doit montrer que l'unité fournit des traitements médicaux et des soins dans des conditions optimales de coûts, de délai, de qualité ;
- au supérieur fonctionnel (médecin responsable d'unité) qui cherche à obtenir, pour son unité, un niveau de ressources à travers une augmentation mesurée de l'activité (augmenter les interventions en diminuant la durée moyenne de séjour, jouer sur les entrées/sorties des patients pour multiplier les séjours, « optimiser le codage » des actes, etc.).

Les cadres de santé passent-ils aujourd'hui plus de temps à mesurer, évaluer et rapporter l'activité de leur unité ?

### 1.1.3- Les cadres de santé : des auxiliaires de soins ou des auxiliaires de gestion ?

Les études en management hospitalier concernant l'impact de la gouvernance hospitalière sur le contenu de la fonction des cadres d'unités de soins sont rares et peu précises. Pourtant le cadre de santé contribue de manière importante à l'organisation de la prise en charge des patients d'une unité de soins, et de ce fait, au niveau d'activité et à la performance de cette unité (gestion de flux de patients).

Par ailleurs, les auteurs sont divisés quand il s'agit d'apprécier l'impact de la gouvernance hospitalière sur les pratiques des cadres de santé. Pour certains auteurs, les nouvelles pratiques de gouvernance hospitalière n'amènent pratiquement pas le cadre d'unité à développer des fonctions qui relèvent du contrôle de gestion. Ainsi Noguera et Lartigau (2009) indiquent que les directeurs comme les DRH cherchent à utiliser l'encadrement de proximité pour formaliser et faire remonter aux directions un ensemble d'informations nécessaires à sa gestion (contrôle de gestion) et plus particulièrement des informations nécessaires à l'élaboration d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. Mais ces auteurs rapportent que, pour l'instant, les cadres d'unité restent essentiellement centrés sur les tâches quotidiennes liées à l'organisation des soins. Dans le même sens, Fray (2009) indique « une émergence » de missions qui relèvent du contrôle de gestion. Pour les cadres d'unités, il ne s'agit plus seulement de mutualiser des moyens humains et matériels au niveau des pôles nouvellement constitués, mais aussi de mesurer et de rendre des comptes sur l'utilisation de ces moyens. Cependant ces pratiques restent marginales. Ces constats rejoignent les conclusions d'observations centrées sur l'étude de l'activité des cadres d'unités (Bouret, 2008 ; Sainsaulieu, 2008). Pour ces auteurs, les cadres font état de pressions croissantes à rendre des comptes sur l'activité de leur unité. Mais, en quête de la reconnaissance de leurs équipes soignantes, ils mettent en avant le primat de la qualité des soins et la nécessité de mettre en œuvre un service public égalitaire et restent de ce fait centrés sur le management opérationnel.

Pour d'autres auteurs, les cadres d'unité se désengagent de l'activité quotidienne de management des soins pour évaluer, mesurer, rendre compte de cette activité. Ainsi, pour Detchessahar et Grevin (2009), les cadres de santé s'affirment de moins en moins comme des techniciens du soin ou comme des coordonnateurs du travail des équipes soignantes. Une part croissante de leur temps est consacrée à « l'alimentation et l'entretien de machines de gestion » qui permettent de planifier, d'évaluer, de chiffrer et de limiter le coût de l'activité. Divay et Gadea (2008) vont dans le même sens. Pour eux, le cadre de santé doit maintenant mobiliser ses équipes autour des notions de gestion et d'économie. Il doit accomplir au moindre coût une organisation de soins tarifés selon des processus (ou protocoles) précis, dans une organisation du travail ou l'autonomie des professionnels est limitée par des prescriptions et des contrôles administratifs et gestionnaires.

Suite aux récentes réformes hospitalières, les cadres de santé sont-ils déjà très absorbés par des tâches relevant du contrôle de gestion (mesure et report de dépenses, de recettes, suivi des satisfactions des patients) ? Au contraire restent-ils essentiellement des managers de proximité centrés sur l'organisation des soins, laissant aux attachés d'administration nommés au niveau des pôles l'essentiel de ces tâches de contrôle de gestion ?

Nous avons cherché à prendre position dans ce débat en nous basant sur les témoignages des cadres de santé.

## **1.2- Méthodologie**

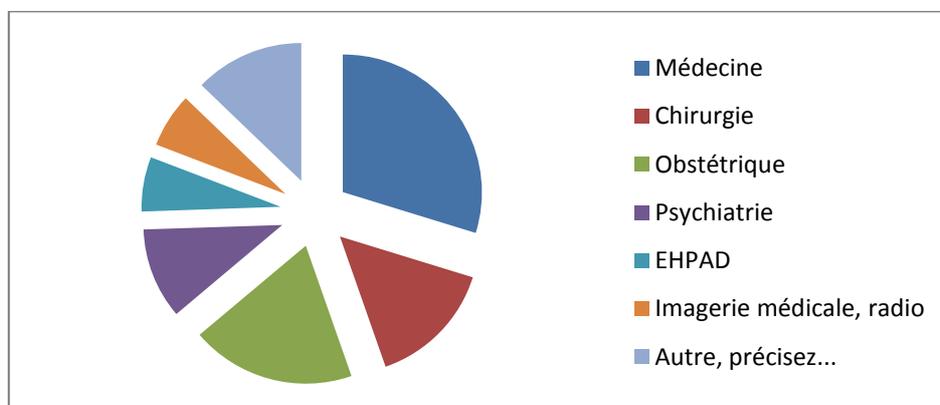
Cette recherche s'appuie sur des observations réalisées dans des unités de soins et sur un questionnaire.

Nous avons d'abord effectué quatre observations de deux jours chacune de septembre à décembre 2010 sur un CHU (5500 salariés) et un centre hospitalier (1200 salariés). Nous avons suivi au quotidien deux cadres responsables d'unité (Médecine et Chirurgie) et deux responsables de pôles (Spécialités Médicales et Maternité) pour cerner le travail du cadre de santé à la fois à travers ses pratiques et à travers les attentes de sa hiérarchie administrative. Cette phase d'observation a été très utile pour ensuite élaborer et valider le questionnaire comme pour développer les contacts nécessaires à son administration.

Le questionnaire d'enquête, élaboré puis exploité sous Sphinx, est composé en quatre parties et il comporte une quarantaine de questions fermées. Après un ensemble de questions permettant d'identifier les répondants et de se faire une idée précise de leur contexte de travail, il aborde les responsabilités et les types de tâches que le cadre réalise dans son unité. Trois thèmes sont abordés : niveau d'activité, qualité de l'activité, veille et projets. Sur chacun de ces trois thèmes, deux types de variables sont distinguées : celles qui portent sur les éventuelles activités du cadre en management opérationnel et celles qui portent sur ses éventuelles activités en matière de contrôle de gestion.

Ce questionnaire, transmis fin février 2011 à une centaine de cadres a permis de récupérer 79 observations. Parmi celles-ci, 32 observations ont été écartées pour réponses incomplètes ou inexploitable (exemple : cadres de nuit exerçant une fonction transversale, non responsables d'une unité de soin particulière). Il reste un échantillon de 47 observations, échantillon restreint, mais qui permet de représenter la plupart des composantes de l'hôpital (graphique 1).

Graphique 1- Secteurs hospitaliers représentés



Sous la rubrique « Autre » sont rassemblés deux cadres travaillant aux urgences, deux cadres de soins de suite et de réadaptation, un cadre en odontologie et un cadre responsable de laboratoire.

## 2- Résultats de l'enquête

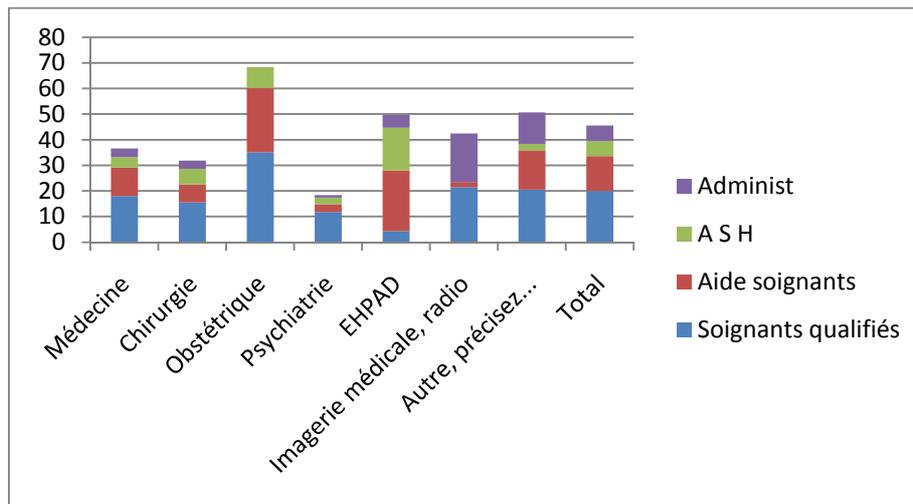
### 2.1- Nature des unités de soins et évaluation du travail du cadre de santé

Le premier groupe de questions a trait à l'identification des répondants.

Les résultats obtenus révèlent la difficulté à appréhender l'activité de cadres de santé appartenant à des secteurs hospitaliers distincts à travers les indicateurs de gestion les plus familiers (nombre de lits, entrées, durée moyenne de séjour). Le nombre de lits de l'unité, par exemple, est un indicateur souvent mis en avant pour évaluer l'importance du travail du cadre de santé. Il s'avère que cet indicateur n'est pas pertinent quand il est mis en œuvre pour comparer des unités de soins de nature différente. Nos répondants travaillant en Ehpad s'occupent de 60 à 110 lits alors que les responsables d'unités d'imagerie médicale ou de laboratoire n'ont pas à gérer de lits.

L'importance et la composition de l'équipe encadrée donne une meilleure idée du travail de management (graphique 2). Le questionnaire distingue, parmi les membres de l'équipe, quatre types de personnels : les personnels soignants qualifiés (ex : infirmiers, puéricultrices, manipulateurs radio), moins qualifiés (ex : aides-soignants, aides puéricultrices), les agents de nettoyage et enfin les personnes assumant une fonction purement logistique (secrétariat, brancardiers). Les observations recueillies conduisent à distinguer les cadres sages femmes et les cadres travaillant en Ehpad de leurs confrères. Les cadres sages femmes travaillent avec un personnel nombreux et plutôt très qualifié. A l'opposé, les cadres de santé en Ehpad travaillent avec des équipes peu qualifiées en matière de soins, un personnel de nettoyage très important et souvent impliqués dans une relation d'aide aux patients qui ne figure pas explicitement dans leur fonction.

Graphique 2- Importance moyenne et composition des équipes encadrées



Concernant notre question de recherche : sur notre échantillon, 9 cadres sur 10 estiment que l'activité de cadre de santé dans son ensemble porte essentiellement sur l'organisation des soins et non pas sur le contrôle de gestion. Les mêmes estiment que la collaboration qu'ils entretiennent avec leur cadre supérieur est centrée essentiellement sur l'organisation des soins. Les résultats qui suivent détaillent ces points de vue.

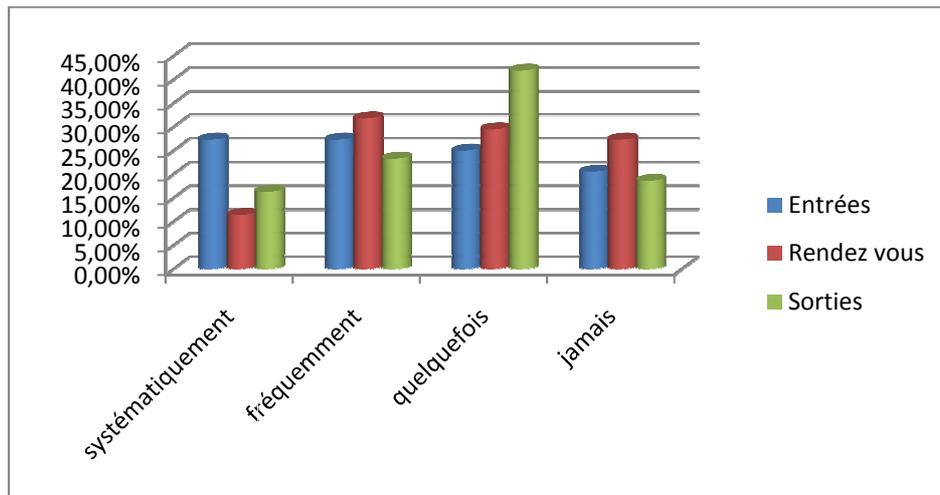
## 2.2- Les cadres d'unité et le niveau d'activité de l'unité de soins

Deux séries de questions portent respectivement sur le niveau d'activité et sur la mesure des dépenses et recettes associées au niveau d'activité.

### Définition du niveau d'activité de l'unité

Près des deux tiers des répondants sont consultés (toujours ou presque toujours) par l'équipe médicale (chef de service, médecins ou internes) lorsqu'il s'agit, au quotidien, de fixer le niveau d'activité. Par contre, les cadres interrogés n'ont pas de pratiques communes lorsqu'il s'agit de gérer les entrées, rendez-vous et sorties des patients de leur unité (graphique 3). Pour beaucoup d'entre eux, le personnel qualifié (infirmières, sages-femmes) établissent un lien avec le patient et le suivent de son entrée à sa sortie du service. D'autres estiment qu'ils doivent rester constamment informer des parcours des patients de l'unité et ils prennent en charge ces opérations.

Graphique 3- Gestion des entrées, des rendez-vous, des sorties de patients

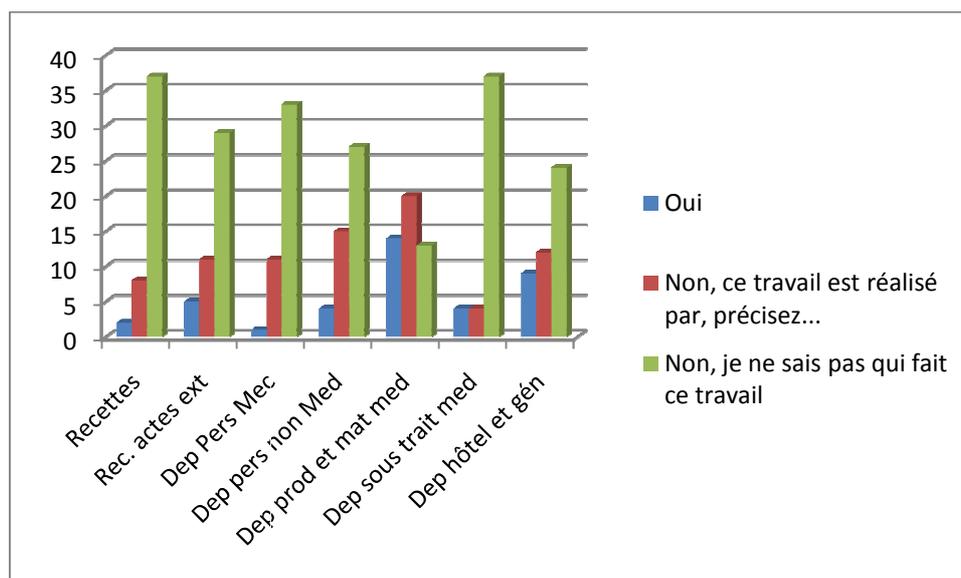


La définition du niveau d'activité dépend, d'après les cadres de santé suivis lors des observations, de l'importance des flux de patients (qui dépendent souvent d'urgences) mais aussi de la constitution des équipes soignantes (compétences, diversité des âges et des expériences professionnelles, esprit d'équipe, etc.). Sur ce point, les deux tiers des répondants sont consultés sur le recrutement des personnels soignants. Sur le plan opérationnel, les trois quart des répondants gèrent ou supervisent systématiquement les plannings de leurs équipes soignantes et de nettoyage. Et la quasi-totalité des répondants mesurent, reportent les absences individuelles et, surtout, s'occupent des remplacements. Tous les cadres observés insistent sur le fait que ces remplacements occupent une part très appréciable de leur temps.

### Mesure et report des dépenses et des recettes

La très grande majorité des répondants ne mesurent et ne reportent ni les recettes, ni les dépenses (graphique 4). La plupart d'entre eux ne savent pas qui s'occupe de ce travail (ne peuvent pas citer la personne ou le service qui le fait). Près d'un tiers des répondants ne se sentent pas directement concernés par ces questions. Ceci est cohérent avec le fait qu'aujourd'hui, la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne s'applique pas à la psychiatrie, aux Ehpad et aux soins de suite et de réadaptation.

Graphique 4- Mesure et report des dépenses et des recettes



### 2.3- Les cadres d'unité et la qualité de l'activité

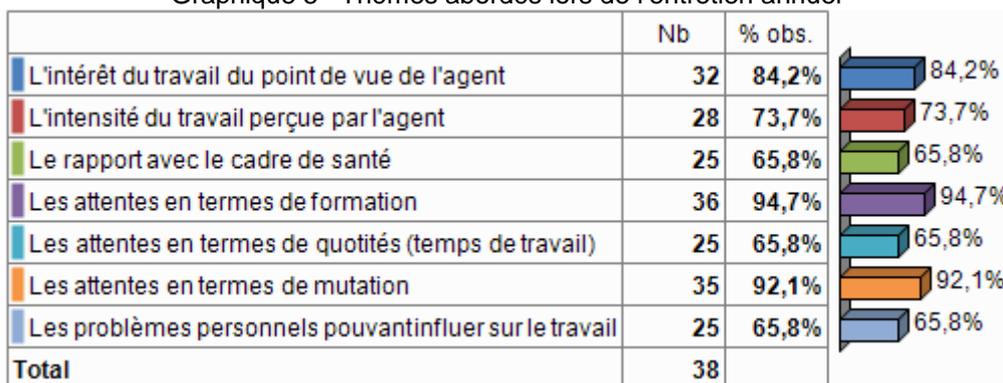
Deux séries de questions portent respectivement sur les opérations à mettre en œuvre pour obtenir des soins de qualité au quotidien (contrôle des pratiques, révision des pratiques et formation) et sur le suivi administratif nécessaire à la satisfaction des attentes des patients.

#### Le management opérationnel de la qualité au sens médical

Le contrôle et le respect des protocoles de soins infirmiers font l'objet d'un suivi très fréquent (35%) ou fréquent (57%). Le suivi des consignes de nettoyage et d'hygiène est un peu moins marqué. La révision des pratiques de soins est liée à l'attention portée aux événements indésirables. Dans ce domaine, les cadres répondants suivent systématiquement (49%) ou fréquemment (26%) les événements médicaux ou chirurgicaux indésirables ; ils se préoccupent systématiquement (55%) ou fréquemment (23%) des événements indésirables liés à des produits de santé.

En matière de formation tous les cadres suivent l'actualisation des connaissances de leur personnel soignant (infirmières, aides-soignantes). Tous réalisent un entretien annuel avec chaque membre de l'équipe soignante. Le graphique 5 ci-dessous reprend les points systématiquement abordés lors de ces entretiens par nos répondants. Les attentes en termes de formation sont presque systématiquement abordées. Mais d'autres thèmes, directement liés à la capacité d'implication ou la volonté de retrait du membre de l'équipe dans le travail, sont aussi très présents et doivent être mis en relation avec la recherche d'une assurance de qualité au niveau des soins.

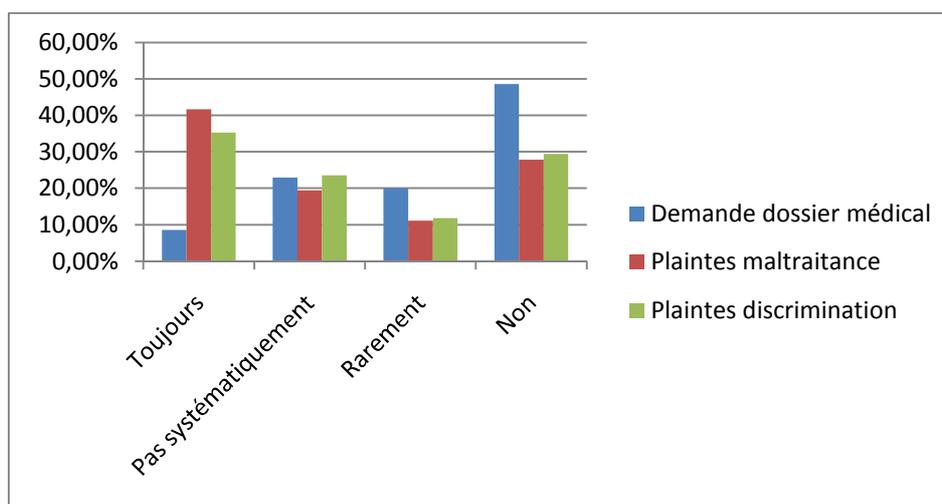
Graphique 5– Thèmes abordés lors de l'entretien annuel



### Le suivi de la satisfaction des patients

Les répondants sont moins impliqués dans le suivi concernant la satisfaction des attentes des patients (graphique 6). S'ils sont fréquemment mis en contact avec les très rares clients passés par leur service et qui se plaignent de maltraitance ou de discrimination, ils ne sont pas ou rarement mis en contact avec les patients qui doivent reprendre ou poursuivre un traitement dans un autre hôpital et ne peuvent pas avoir accès à leur dossier médical (cas bien plus fréquent).

Graphique 6- Suivi des demandes et des plaintes des patients

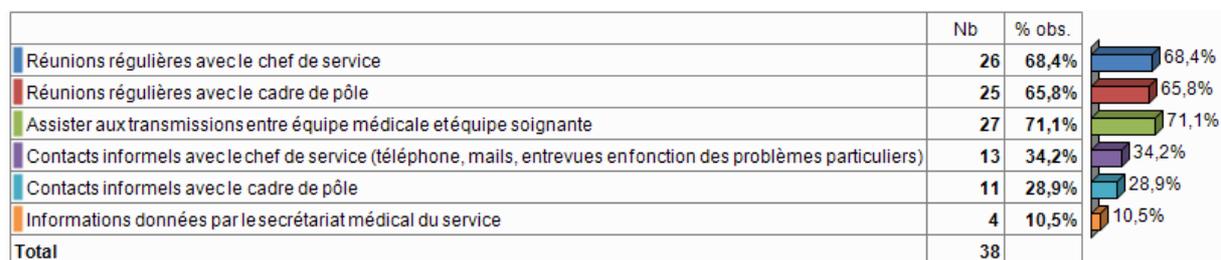


### 2.4- Les cadres d'unité : travail de veille et gestion de projets

En matière de veille et de projets, les journées d'observations réalisées dans les centres hospitaliers indiquaient que les cadres cherchent à mener de front deux types d'actions : celles qui s'inscrivent dans l'unité et visent à piloter son fonctionnement (management opérationnel) et celles qui sont définies avec ou pour le chef de service ou le cadre supérieur de pôle et qui visent à l'améliorer (ex : projet de service). Les réponses aux questionnaires vérifient cette observation. Lorsqu'il s'agit de classer trois types d'actions prioritaires pour établir une veille efficace en matière d'organisation des soins, il est à peu près aussi important pour les répondants d'entretenir une relation en face à face suivi avec le médecin chef de service ou bien le cadre de pôle que d'assister aux transmissions quotidiennes entre l'équipe soignante et

l'équipe médicale (graphique 7). Par ailleurs, 70% d'entre eux réalisent régulièrement un projet de service.

Graphique 7- Actions prioritaires pour une veille efficace en organisation des soins



## Discussion et conclusion

Avec la mise en œuvre des pôles hospitaliers, la tarification à l'activité et la normalisation des meilleures pratiques en termes de prise en charge des patients, la gestion des unités de soins hospitaliers pose tout un ensemble de problèmes nouveaux.

Pour résoudre ces problèmes et conforter les changements en cours, il s'agit, pour ceux qui se préoccupent de management hospitalier, d'écouter d'abord les managers qui les vivent au quotidien. Le rapport de Singly (2009), après avoir suscité une très large consultation sur la base de forums, a voulu ignorer la plupart des remarques et des conseils venant des cadres de santé, pour amener ceux-ci à intégrer des préoccupations gestionnaires et s'impliquer de manière plus marquée dans la gestion comptable des unités de soins. Pour de Singly, les cadres pouvaient être incités à adopter ce nouveau comportement par une meilleure reconnaissance financière et une meilleure formation en gestion. Dans ce sens, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, outille les cadres de santé en matière de méthodes de gestion pour mesurer la performance économique de leur unité de soins. Cependant, ces efforts ne modifient pas ou très peu les pratiques des cadres qui n'abordent que marginalement le contrôle de gestion. Tout récemment, le rapport Yahiel et Mounier (2010) admet l'échec de ces approches et convient que, dans leur très grande majorité, les cadres de santé restent centrés sur la prise en charge des patients.

Malgré une limite de nature méthodologique (échantillon relativement restreint), cette enquête nous permet de préciser, sur le plan théorique et sur le plan managérial, le développement de cette question.

*Sur le plan théorique, dans le domaine des ressources humaines, cette étude insiste sur la définition ambiguë du métier de cadre de santé.* Les réformes en cours ne modifient pas cette définition. Le cadre de santé continue d'occuper une position singulière dans la fonction publique hospitalière : il garde un statut de soignant alors que sa mission principale est une mission de gestion (organiser les prises en charge des patients au niveau de son unité de soins). Ses missions de gestion de ressources et d'évaluation des performances économiques occupent toujours une place mineure dans la définition du profil de ce métier, même si elles sont mises en avant dans les discours des directions ou les rapports prospectifs sur la fonction.

*Sur le plan managérial, cette étude montre que les réformes en cours n'ont pas un impact marqué sur les priorités du cadre de santé.* Quand il gère l'activité de son service, il ne raisonne pas d'abord en termes de performance financière (dépenses, recettes), mais en termes

de qualité de soins et de santé publique. D'après les observations que nous avons recueillies, la très grande majorité des cadres de santé ne mesurent et ne reportent ni les recettes, ni les dépenses liées à l'activité. La plupart de nos répondants ne sont d'ailleurs pas en mesure de citer spontanément la personne ou le service qui le fait. De même, nos répondants ne sont pas, dans leur majorité, systématiquement impliqués dans le suivi concernant la satisfaction d'une « clientèle ». S'ils sont fréquemment mis en contact avec les très rares clients qui se plaignent de maltraitance ou de discrimination, ils ne sont pas, ou rarement, mis en contact avec les patients qui doivent reprendre ou poursuivre un traitement dans un autre hôpital et ne peuvent pas avoir accès à leur dossier médical (cas bien plus fréquent). Cette manière d'envisager le travail de gestionnaire d'unité de soins n'est pas en contradiction avec la définition des missions du cadre de santé, bien au contraire. D'après les textes qui définissent cette mission comme les formations au métier de cadre de santé, la performance de l'unité de soins trouve d'abord un sens à travers la bonne qualité de prise en charge des patients sur le plan des traitements et des soins.

L'activité du cadre de santé en matière de contrôle de gestion existe bel et bien, mais elle reste marginale. Le tableau qui suit fait la synthèse des observations recueillies.

Tableau- Les investissements du cadre de santé dans l'activité : synthèse des observations

|   | Investissement sur le niveau d'activité  | Investissement sur la qualité de l'activité   |
|---|--|---|
| Management des soins<br>(investissement fort sur ce qui est mis en avant comme le « cœur de métier » de cadre de santé) | fixer le niveau d'activité de l'unité de soins avec les équipes médicales ;<br>gérer ou superviser la gestion des entrées, sorties et rendez-vous des patients ;<br>participer au recrutement et de fixer ou de superviser les plannings des membres de leur équipe ;<br>faire face aux absences en organisant les remplacements ; | assurer le contrôle et le respect des protocoles de soins et des consignes d'hygiène et de nettoyage ;<br>suivre de près les événements indésirables, qu'ils soient médicaux ou liés à des produits de santé ;<br>chercher à actualiser au mieux les connaissances des équipes soignantes ; |
| Contrôle de gestion<br>(investissement émergent)  |  | suivre les plaintes liées aux maltraitances et aux discriminations  |

*Au-delà de son intérêt descriptif, cette enquête nous amène à chercher les raisons qui poussent les cadres de santé à refuser un investissement plus marqué dans une gestion formalisée et comptable de leur unité.* Les observations réalisées en centres hospitaliers et l'analyse des échanges qu'entretiennent les cadres de santé eux-mêmes sur leur site (cadredesante.com) permettent d'apporter une réponse à cette question.

Les cadres de santé placent au cœur de leur métier leur mission de santé publique : la prise en charge des patients dans l'unité de soins. Cette mission les amène à multiplier quatre types d'échanges :

- Echanges avec les médecins (visites, synthèses, réunions, etc.)
- Echanges avec les membres des équipes soignantes et de nettoyage (transmission, réunions d'organisation, planning, etc.)

- Echanges pédagogiques (accueil et suivi des élèves infirmiers, internes, cours, etc.)
- Echanges avec le cadre supérieur de pôle ou d'autres cadres du même pôle (Groupes transversaux, relations avec les services administratifs ou logistique, etc.)

Les trois premiers types d'échanges sont surtout liés à la prise en charge des patients au quotidien. Ils relèvent du management opérationnel et absorbent l'essentiel du temps du cadre de santé. L'organisation de ces échanges, leur suivi, fragmentent l'activité quotidienne du cadre en centaines d'opérations de communication extrêmement brèves. Du fait des contraintes matérielles et humaines liées à la prise en charge des patients, ces échanges traitent d'événements inattendus. Ils relèvent très souvent de compromis et de mises au point :

- Compromis avec chaque membre des équipes soignantes, voire de nettoyage (pour un remplacement, une demande de formation, un changement de planning, etc.) ;
- Compromis avec chacun des partenaires susceptible d'intervenir dans la prise en charge d'un malade de l'unité (pour « organiser » un rendez vous en priorité, la sortie d'un patient pour récupérer un lit dans l'unité, etc.) ;
- Mises au point et conseils aux élèves en formation.

La formalisation de ces échanges permet certainement de mieux comprendre et d'évaluer l'activité des cadres de santé. Elle permet aussi de rationaliser le travail de prise en charge des patients dans les unités de soins (Escaffre, 2008). *Mais les cadres, souvent débordés par la réalisation de tâches qui relèvent de la prise en charge des patients, ne cherchent pas à entreprendre ce travail de formalisation, surtout utile à l'attaché d'administration responsable du contrôle de gestion au niveau du pôle.*

Le quatrième type d'échanges, ceux qui réunissent le cadre de santé, ses collègues et le cadre de pôle, porte sur les liens entre la prise en charge des patients et la mise à disposition de moyens matériels et humains. Il s'agit, pour le cadre de santé, de régler des problèmes de gestion (remplacements, transferts de patients, gestion de médicaments, etc.) qui ont un lien direct avec la prise en charge des patients. Les cadres de santé s'investissent tous, et de manière importante, dans ce type d'échanges. *Autrement dit, ils ne refusent pas de participer à une activité de contrôle de gestion si ce contrôle reste centré sur la prise en charge des patients. A partir du moment où le travail de gestion porte sur la mesure et la formalisation comptable des dépenses et des recettes de l'unité, ils estiment que ce n'est plus à eux de l'assumer.*

## Références

ANAES (2004), *Manuel d'accréditation des établissements de santé* ; deuxième procédure d'accréditation, septembre.

Bouret, P. (2008), Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible, *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp 729-740

Brechat, P.H., et alii (2010), Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique , *Santé publique*, volume 22, n° 5, pp 571-580

Charreaux, G. (2010), La gouvernance hospitalière : quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise, in Batifoulier, P., et alii, *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice*, Eska, pp 210-221

Claveranne, J.P., Pascal,C., Piovesan, D., (2009). *La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. Traité d'économie et de gestion de la santé.*, Paris : SciencesPo Les Presses

- Claveranne, J.P. (2003) L'hôpital en chantier : du ménagement au management, *Revue française de gestion*, n°146, p. 125-129, septembre-octobre.
- Coulon, R. (2010). Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers, *Actes de la 2<sup>e</sup> journée transdisciplinaire de recherche en Management Hospitalier*, Strasbourg, 26 novembre 2010.
- De Pourville, G. (2010), La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital, *Le journal de l'école de Paris du management*, N° 86, pp 22-29
- Detchessahar, M & Grevin, A. (2009), « Un organisme de santé... malade de « gestionnisme » », *Gérer et comprendre*, n° 98, p 27-37, décembre
- De Singly, C. (2009), *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 11 sept.
- Divay, S., Gadea, C. (2008), Les cadres de santé face à la logique managériale, *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp 677 à 687
- Escaffre, J.P., (2008), *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*, Economica
- Fray, A.M., (2009) Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, *Management et Avenir*, n°28, pp 142-159
- Glouberman S, Mintzberg H. (2002) Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie *Gestion*, 2002/3 n°273, p. 12-22.
- Grimaldi, A. (2009) *L'hôpital malade de la rentabilité*, Fayard
- Halgand, N. (2003) L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement, *Revue française de gestion*, n° 14, pp. 219-231
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Tome 2, Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles, Editions de l'école nationale de la santé publique ; <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/tome2.pdf>
- Noguera F. et Lartigau J. (2009). De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Revue management et avenir*, n° 25, p. 290-314, mai
- Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, 2008, cadre responsable d'unité : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>
- Sainsaulieu, Y. (2008), Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers, *Revue française d'administration publique*, n°128, p 665-675
- Schweyer, F-X. (2010), Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes , *Revue française d'administration publique*, n°132, pp. 727-744
- Yahiel, M, Mounier, C., 2010, « Quelle formation pour les cadres hospitaliers », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010, 155p
- Zeggar, H., Vallet, G. (2010), Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements, Rapport IGAS, février, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000246/0000.pdf>