

NOUVELLES STRATÉGIES ORGANISATIONNELLES

Les défis du département infirmier au XXI^e siècle

Quel style de management adopter pour les années à venir? Existe-t-il des recettes? Comment relever tous les défis hospitaliers qui opposent rentabilité économique et qualité des soins? Quel est le profil du chef dans ce système complexe où se mêlent enjeux de pouvoir et éthique professionnelle?

PAR ANDRÉ LOVINFOSSE



André Lovinfosse

est directeur du département infirmier au CHR de la Citadelle (Liège).

andre.lovinfosse@chrcitadelle.be

Le monde des institutions de soins en Belgique a subi ces 15 dernières années des mutations importantes. Il faut désormais faire preuve de rigueur dans la gestion administrative et financière de ces hôpitaux, ce qui permet aujourd'hui de classer les établissements de soins dans la catégorie des entreprises. De nouveaux métiers s'y sont largement développés, essentiellement dans les secteurs logistiques (financiers, informatiques, juridiques...). Cette évolution dans le fonctionnement interne des hôpitaux a influencé tant la répartition des pouvoirs que les styles de management imposés ou proposés aux personnels de soins. Avec quelque 50 années de retard, les influences des courants asiatiques (japonais surtout) et nord-américains se sont fait sentir au sein de ces organisations hospitalières.

L'hôpital doit néanmoins conserver ses missions de service aux patients. Après quelques années de restructuration administrative et économique, un courant de réactions a voulu rendre aux métiers de soins (médecins, infirmiers, paramédicaux...) la place qu'ils se doivent d'occuper

au sein de l'hôpital-entreprise. C'est dans cet esprit que, parallèlement aux plans stratégiques et aux projets d'entreprise, des projets médicaux et de soins ont fleuri ces dernières années. Le début de cette aventure managériale alliant logiques organisationnelles et efficacité qualitative se situe dans le contexte des années 80-90.

Un nouveau mode de management des équipes de soins devait permettre aux soignants de s'intégrer dans la logique économique, tout en préservant les missions légales dévolues au département des soins infirmiers (continuité, qualité et intégration des soins). L'expérience du *Management Participatif Par Objectifs* (MPPPO) est née de ce constat et s'est poursuivie par la mise en place d'un audit interne en qualité des soins, le *Programme d'Evaluation de la Qualité des Soins* (PEQSI).

En 2000, les départements infirmiers se sont dotés d'outils de gestion permettant aux responsables de gérer les ressources

“ Pour construire un département à la fois intégré et responsable, il faut que les positions des acteurs dans la structure soient bien connues ”

LE CHR DE LA CITADELLE DE LIÈGE

Cet hôpital public de 1.036 lits aigus, disposant d'un portefeuille de lits variés (pédiatrie, soins intensifs, médecine, chirurgie, gériatrie, psychiatrie...), de 252 lits à caractère universitaire et d'un service d'urgences, accueille par jour plus de 200 patients. En 1989, le CHR s'est constitué en intercommunale publique avec un plan d'assainissement imposé par le pouvoir subsidiant. Le redressement financier de l'entreprise a fortement concentré les priorités dans la gestion écono-

humaines du département infirmier en fonction des contraintes légales (normes), financières (budgets) et organisationnelles (gestion des risques, qualité des soins, satisfaction des équipes et des patients). Le RIM, les tableaux de bord en ressources humaines adaptés aux «métiers» de soins, des outils de mesure de charge de travail, des audits internes pour le dossier infirmier et la qualité des soins, tous ces indicateurs d'activités sont bien présents dans le paysage quotidien des directions et cadres infirmiers.



© Stock byte

Pas question de compter sur un partenaire efficace dans la stratégie hospitalière, si le département infirmier n'est pas autonome et intégré.

DU CAPITAINE À L'ARCHITECTE

DES FONDATIONS SOLIDES

Pour construire un département à la fois intégré et responsable, il faut que les positions des acteurs dans la structure soient bien connues. Les organigrammes des départements infirmiers et leurs liaisons au sein des organigrammes généraux montrent à suffisance que le problème existe. Imaginer que la loi de décembre 1990 sur la structuration du département infirmier a tout réglé n'est pas correct: des zones d'ombres subsistent à ce niveau. Le «*chef du département infirmier*» doit être appelé «*directeur du département infirmier*» si le «*médecin chef*» est appelé «*directeur médical*», à côté des directeurs des ressources

humaines, financier, technique, informatique, etc. D'autant plus que la plupart des directeurs d'hôpitaux (cf. la législation hospitalière) sont très souvent appelés «*directeurs généraux*». Les chefs de départements deviennent alors des directeurs!

Mais est-ce si important? Oui et non. L'essentiel est de bien préciser les liens fonctionnels et hiérarchiques et surtout les responsabilités de chacun des acteurs.

Je me souviens avoir entendu il y a quelques années dans un grand hôpital belge cette sentence de la bouche du président du Conseil d'Administration: «*le chef du nursing a laissé dépasser le cadre des soignants de plus de 50 unités !*» et de découvrir que l'organi-

gramme de ce même établissement positionnait le «*nursing*» tout entier comme un sous-département médical à côté des archives, du RCM et du secrétariat médical. Difficile de gérer «*adulte*» et «*responsable*» dans ces conditions!

Gérer, c'est prévoir, utiliser les ressources, favoriser l'intégration des soins, privilégier la qualité et la sécurité des soins, respecter les contraintes budgétaires, soit être directeur de son département et rendre des comptes au directeur général sur les résultats obtenus. Être reconnu comme un acteur de changement et de pouvoir au sein de la direction est le premier pas nécessaire à franchir pour bâtir sur du dur!

>>>

>>>

DES PLANS NÉGOCIÉS À COURT, MOYEN ET LONG TERMES

→ Le socle de la construction: la philosophie des soins

La philosophie des soins est la traduction d'un support de valeurs partagées par tous les professionnels de soins. La philosophie des soins doit être en adéquation avec les valeurs de l'entreprise (modèle valoriel) et les pratiques professionnelles de soins relatives aux métiers de soins (modèle professionnel). Les axes repris dans le document «philosophie» reproduisent la classique triangulation «entreprise – agent – organisation du travail» (ici département infirmier et paramédical – infirmier et paramédical – organisation des soins). Ce socle valoriel doit être négocié avec tous les praticiens et soutenu par les cadres infirmiers de l'institution. Modestement, ils sont au département infirmier ce qu'est la Constitution aux Etats-Unis et la Déclaration des Droits de l'Homme aux humanistes.

Les nouveaux métiers veulent participer et apporter leur contribution et leur expertise à la conduite des soins

→ Les éléments d'élévation de la construction: le programme d'audit interne en matière de développement de la qualité des soins et le projet de soins

Pour permettre au bâtiment de prendre de la hauteur, il conviendra d'élever des éléments, des piliers, des colonnes qui sont autant de repères pour les agents et les cadres et autant de supports aux actions.

Deux éléments sont ici identifiés comme indispensables à un minimum de construction d'une politique des soins au sein du département infirmier:

→ Le programme d'audit interne autorisant la mesure et la recherche du mieux dans les matières de soins où notre responsabilité de praticiens de soins est clairement engagée (par exemple: les soins aseptiques, l'accueil du patient en unité de soins, le dossier infirmier, l'organisation des soins...).

Un tableau de bord indispensable à tout management d'une équipe de soins et permettant la rédaction d'objectifs d'amélioration des soins et des projets de soins attendus par les soignants et/ou les patients et leur famille.

→ Le projet de soins, sorte de plan quinquennal permettant le suivi des actions et des projets de service et maintenant pendant plusieurs années un cap cohérent et efficace. Le projet de soins du département est visible de tous les acteurs de l'entreprise et fait partie intégrante du Plan Stratégique de l'hôpital.

→ La cible à atteindre en hauteur: le plan stratégique et le projet médical et de soins

Le plan stratégique annuel fait partie des documents de pilotage qu'il nous faut encore mieux apprécier et utiliser dans la gestion courante de nos départements. Chaque année, un rapport d'activités (synthèse des

actions et projets menés au cours de l'année écoulée) et les objectifs envisagés pour l'année qui suit sont présentés au conseil d'administration et aux divers organes de concertation internes. La communication sur la stratégie et les pistes d'action retenues rend le dialogue plus constructif et encourage cette culture d'entreprise parfois si difficile à construire dans nos entreprises complexes et décentralisées.

La connaissance du plan stratégique incluant le projet médical et de soins permet au département infirmier d'être un véritable partenaire dans ces projets stratégiques. Cela confirme l'importance de la solidité de la fondation à ce niveau: pas question de compter sur un partenaire efficace dans la stratégie hospitalière, si le département infirmier n'est pas autonome ET intégré, s'il n'est pas reconnu au sein de la structure!



La capacité organisationnelle des départements infirmiers et soignants reste une des clés du succès, un défi pour les structures.

Nous avons dès lors commencé à construire un département infirmier en nous servant d'outils organisationnels. Le socle valoriel est validé (la philosophie des soins), les éléments d'élévation (les piliers) font partie du paysage des soins (le programme qualité et le projet de soins) et l'édifice tend tout entier vers les lignes conductrices du plan stratégique. Il nous reste encore à proposer une méthode de travail, car tous ces ouvriers experts, motivés, se bousculent sur le chantier...

>>>

>>> En effet, les nombreuses expertises présentes dans cette base opérationnelle hospitalière étrange et démesurée doivent être intégrées dans une logique organisationnelle respectant les différences et créant les synergies. Au fil de ces dernières années, nous avons assisté au développement des fonctions «logistiques» dans la partie «technique» du schéma organisationnel (cf. H.Mintzberg) déséquilibrant quelque peu les dimensions de la «technostructure».

Les «nouveaux» acteurs de soins à l'hôpital se retrouvent confrontés aux apparentes oppositions de logique (médicale, administrative et soignante). Les nouveaux métiers veulent participer et apporter leur contribution et leur expertise à la conduite des soins. D'autant plus que le patient lui-même, avec sa famille, se positionne comme client et partenaire des soins donnés.

Le patient, avec sa famille, se positionne comme client et partenaire des soins donnés

DU MANAGER AU LEADER

Nous l'avons vu, les matériaux sont là :

- un socle solide (valoriel partagé): la philosophie des soins
- une cible institutionnelle, un objectif stratégique: le plan stratégique
- deux «piliers» de développement: le programme d'audit interne (PEQSI) et le projet de soins.

Il reste «*simplement*» à mettre tout cela ensemble, en cohérence, en harmonie. Il reste à inventer le ciment et à trouver... un chef d'orchestre!

LE CIMENT: UNE MÉTHODE DE TRAVAIL ENSEMBLE ET EN RESPECT

Le Management Participatif Par Objectifs (MPPPO) est né dans le département infirmier du CHR de la Citadelle en 1989, quelques mois à peine après la naissance de l'intercommunale publique de la Citadelle (anciennement hôpital du CPAS de Liège). La contraction de deux méthodes de travail (le management par objectifs et la méthode participative) allait donner corps (ciment!) à la méthode de travail dans les équipes de soins: le MPPPO.

Allier la logique dominante de gestion et les impératifs économiques à l'évidente logique des soins et de la responsabilité médicale et infirmière a été le fil conducteur de l'implantation du MPPPO dans les unités de soins du CHR de la Citadelle. Sur base des objectifs du département infirmier et paramédical, négociés et validés par les cadres infirmiers et

découlant du plan stratégique et des actions prioritaires institutionnelles, chaque unité de soins élabore ses objectifs de soins selon une méthodologie précise et communique ainsi ses intentions de développement de la qualité de son travail.

Le programme d'audit interne permet aux cadres de mesurer régulièrement la trajectoire et de corriger le cap si nécessaire. Symbiose du MPPPO et du PEQSI: cela permet de donner du sens (direction et justification) aux soins!

LE CHEF D'ORCHESTRE: LE SEUL QUI NE PRODUIT PAS DE NOTES ET QUI POURTANT PARTICIPE À LA PARTITION ET JUSTIFIE L'HARMONIE DES SONS PRODUITS

«... *Le seul qui ne réalise pas de soins et qui pourtant participe à la gestion et justifie la continuité, la qualité et l'intégration des soins produits...!*»

Permettez-moi de vous conter cette petite anecdote tirée d'un ouvrage de Robert Salmon «*Tous les chemins mènent à l'homme*» et qui compare le chef d'entreprise à... mais lisez plutôt. «*Benjamin Zander, chef du prestigieux orchestre philharmonique de Boston, aime à raconter à ses élèves l'histoire de cet enregistrement d'une symphonie en quatre mouvements. Trois mouvements sont enregistrés le même jour jusqu'à 19h. L'heure tardive incite à reporter l'enregistrement du dernier mouvement. Malheureusement, le chef d'orchestre meurt entre-temps. La qualité de l'enregistrement des trois premiers mouvements est telle que l'orchestre, ému et voulant rendre un dernier hommage à son chef disparu, enregistre, sans chef, le quatrième. Or, il est troublant de constater, à l'audition de la symphonie complète, à quel point le dernier mouvement a perdu toute envolée. Brusquement, la musique, qui a cessé d'être conduite pour être «suivie», devient «plate». Il y manque la stimulation, la vision du «conducteur».*»

Ancien directeur du groupe l'Oréal, l'auteur sait manier les métaphores et nous, soignants, savons l'importance de l'humain et de la méthode car «*nos patients le valent bien!*» et nos entreprises le nécessitent.

OUVRAGES

Frédéric Iselin et Thierry Bruhat: «*Accompagner le créateur : la nouvelle donne de l'entreprise innovante*»/Les guides du créateur d'entreprise. Edition Chiron, 2003.
Isabelle Orgogozo: «*Les paradoxes de la communication*». Edition d'Organisation, 1988.
Robert Salmon: «*Tous les chemins mènent à l'homme*». Interéditions, 1994.
Michel Crozier: «*Le phénomène bureaucratique*». Editions du Seuil, 1963.

Geneviève Thomas: «*L'éducation du patient, structure, organisation et développement*». Editions Kluwer, 2003.
Agnès Jacquerey: «*Guide de l'évaluation de la qualité des soins*». Editions le Centurion, 1983.
Michel Cremadez: «*Le management stratégique hospitalier*». Interéditions, 1992.
Henry Mintzberg: «*Structure et dynamique des organisations*». Editions d'organisation, 1982.
Philippe Hermel: «*L'impératif humain*», 1988.

Myriam Hubinon: «*Management des unités de soins*». Editions De Boeck Université, 1998.
Jean Nizet et François Pichault: «*Comprendre les organisations*». Gaëtan Morin éditeur, Europe, 1995.
Philippe Cabin: «*La communication: état des savoirs*». Editions Sciences humaines, 1998.
Shimon L. Dolan, Gérard Lamoureux et Eric Gosselin: «*Psychologie du travail et des organisations*». Gaëtan Morin éditeur, 1996.

Jean-Pierre Bayard: «*Symbolique du labyrinthe*». Les Editions du huitième jour, 2003.

ARTICLES

André Lovinfosse «*Stratégies et moyens pour une politique d'éducation et d'information du patient*», in Bulletin d'éducation du patient, vol. 11, mars 1992, pp. 6-11.
André Lovinfosse «*Mise en route d'un programme d'évaluation de la qualité des soins infirmiers*», in l'Hôpital Belge, 1993, n° 4/1, pp. 31-36.

André Lovinfosse «*Le management participatif par objectifs*», in Revue cadres infirmiers, éditions Masson, 2003.

DOCUMENTS

Projet de soins 2003-2008 du CHR de la Citadelle.
Philosophie des soins du CHR de la Citadelle.
Objectifs opérationnels (MPPPO) 2003-2004.
Charte du PEQSI du CHR de la Citadelle.
Normes et critères du PEQSI.

>>> Le directeur du département infirmier, l'infirmier dirigeant non les soins mais les acteurs de soins, les infirmiers, les aides-soignants, les paramédicaux, les techniciens, les acteurs psychosociaux, ce directeur-là tient sa baguette de chef et peut, avec l'aide de ses supérieurs et de ses collègues, faire vibrer les instruments et produire une musique qui tiendra plus de la symphonie que de l'impromptu! Les reconnaissances des métiers et des responsabilités de chacun, l'apprentissage du travail multidisciplinaire tant au niveau des équipes de soins que des directions sous la houlette d'un leader qui tient plus du chef d'orchestre que de l'homme orchestre, tout cela placera l'entreprise hospitalière «dans le vent» pour ce millénaire. Mais pour cela, il faut que le directeur infirmier ait lui aussi sa partition, sa baguette de chef et puisse apporter sa troisième dimension soignante à côté des dimensions administratives et médicales. La capacité organisationnelle des départements infirmier et soignant reste une des clés du succès, donc un défi pour nos structures.

Selon l'ouvrage de Frédéric Iselin et Thierry Bruhat «La nouvelle donne de l'entreprise innovante», le leader doit adopter des comportements d'«entrepreneur». Le leader séduit, décide, partage, communique et est disponible. Il doit aussi s'entourer de quatre types de «bons compagnons»: le facilitateur, le conseil «expert», le formateur et le «coach». Alors, simple d'être leader!

UN NOUVEAU REGARD SUR LA DIMENSION HUMAINE

Conduire des hommes et des femmes dans un contexte de travail relève d'un défi permanent et appelle à beaucoup de modestie. La construction d'une



La construction d'une méthode managériale est grandement facilitée par la mise en application de techniques issues du monde des affaires.

méthode managériale est cependant grandement facilitée par la mise en application de techniques issues du monde des affaires et adaptées à nos étranges milieux de vie, de souffrance et de mort. Des milieux où ne sont exclus ni les enjeux de pouvoir, ni les luttes corporatistes, ni les jeux d'alliance et de coopération.

Les directeurs infirmiers appartiennent à la sphère tant convoitée de la Direction et, à ce titre, doivent développer leurs compétences de manager pour pouvoir apporter à leurs collègues directeurs et à la direction générale toute l'expertise en ressources humaines et en organisation du travail.

Les directeurs infirmiers appartiennent aussi à la sphère soignante: ils en sont les représentants, les guides et les porte-parole. A ce titre, ils se doivent d'apporter aux personnels infirmiers et soignants toute leur expertise en leadership clinique et en organisation des soins.

Mais pour y parvenir, confrontés aux logiques administratives (et financières) et médicales, les «chefs de département infirmier» doivent être

capables d'assumer les responsabilités de «chef d'orchestre» qui sont les leurs et pour cela, pouvoir un jour compter sur les enseignements modernes prodigués par une école interuniversitaire qui formerait... des Directeurs en Ressources Infirmières. Mais c'est déjà une autre histoire d'Organisation Hospitalière!

Pour conclure sur une pensée positive et d'avenir, voici ce que nous livre Geneviève Thomas, infirmière chef de service chargée de l'éducation du patient et de la formation permanente au CHR de la Citadelle, dans un livre sur l'éducation du patient:

«... la complexité technologique, la recherche de la performance et de l'efficacité modifient la qualité de la dispensation des soins et le type de management des départements. Les nouvelles stratégies organisationnelles exigent l'implication des responsables de l'entreprise dans un mode managérial alliant les synergies et les cohérences intersectorielles.../... un regard nouveau doit être posé sur la dimension humaine dans l'organisation et les contacts interpersonnels». ○

EEN STRIKT, MAAR MENSELIJK MANAGEMENT VAN DE ZORGTEAMS

In de ziekenhuiswereld anno 2006 hebben de belangrijkste uitdagingen van de verpleegafdeling te maken met de gehanteerde managementmethoden en de gebruikte instrumenten.

Het ziekenhuis kan zich daarbij inspireren op de bedrijfswereld om zijn werkwijze en zijn missies aan te passen. De verpleegkundige directeuren, die tot de

directie- en de verzorgingssfeer behoren, kunnen het systeem een 'derde' dimensie geven, als aanvulling bij de administratieve en de medische logica.

Om die uitdaging met succes aan te gaan, probeert de verpleegafdeling van het CHR de la Citadelle in Luik sinds 1989 een gemeenschappelijke zorgcultuur te ontwikkelen die gestoeld is op organisatorische, professionele en waardepijlers.