

qualité/gestion des risques

De l'intérêt du **leadership transformationnel**

■ Certains progrès semblent impossibles ■ Or des équipes les réussissent et en ressortent plus motivées ■ Cinq témoignages issus des 11^{es} Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé (JIQHS), qui se sont déroulées fin novembre 2009 à Paris (75), sont révélateurs des évolutions du métier de cadre hospitalier.

■ Quand les leçons de leadership viennent du terrain !

CHRISTOPHE GEISLER

Une forte majorité des 650 congressistes présents lors des 11^{es} Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé (JIQHS), qui se sont tenues fin novembre 2009 à Paris (75), étaient cadres, cadres supérieurs et dirigeants. Pourquoi un tel engouement ?

Une hypothèse est ici avancée : les cadres, en raison de leur connaissance intime du terrain, peuvent devenir les acteurs clés des transformations profondes actuelles. Comment ? Prenons connaissance de cinq situations problèmes classiques¹, "cinq impossibles ordinaires" et voyons ce qu'en ont fait celles et ceux qui les ont abordées de façon particulièrement remarquables. Nous en tirerons quelques enseignements par la suite.

"CINQ IMPOSSIBLES ORDINAIRES" ET POURTANT...

■ **Améliorer rapidement la communication entre professionnels hospitaliers au plus grand bénéfice direct du patient, c'est impossible.** Or une équipe du CH Les Escartons de Briançon (04) y est parvenue : « Nous voulions corriger des erreurs de communication (souvent petites) à toutes les étapes du parcours du patient en chirurgie. Nous avions une idée, un

"passeport patient" (recueil de check-lists), et nous voulions la conduire au bout. Nous l'avons imaginé, conceptualisé, échafaudé, collaboré, justifié, ajusté, échangé tout au long du projet, petit à petit, avec les acteurs légitimes. Nous voulions arriver à un dossier patient satisfaisant pour tous, à une relation de confiance élevée et à un repositionnement du patient au cœur de nos pratiques », ont ainsi témoigné Jean-Dominique Durbin, cadre de santé spécialisé, Adeline Ronan, responsable qualité, Carole Delhaye, Ibode et Véronique Agniel, de la direction du CH de Briançon.

■ **Rendre un grand nombre d'agents et de cadres chacun porteurs d'un projet collectif, c'est impossible.** Lysiane Bausart, coordonnatrice générale des soins au CH de Rambouillet (78) a pourtant réussi : « Nous investissons dans les personnes ; tous ceux qui s'ennuient, qui sont en difficulté ou qui ont du potentiel, tous ceux qui ont des idées. Nous élaborons avec eux un projet personnel qui aura un impact sur le service, sur le pôle, sur l'établissement. Nous le construisons comme un vrai projet, avec objectifs personnels et collectifs, étapes, moyens, suivi, coaching, jusqu'à ce qu'il soit motivant, valorisant, efficient, dynamisant

pour tous. Au fond, nous voulions aller des compétences individuelles vers des compétences collectives ».

■ **Changer d'état d'esprit en mettant en place des référents qualité sur le terrain au sein même des équipes qui animent, facilitent, contrôlent, tout en continuant l'essentiel de leur tâches dans l'équipe, c'est impossible.** Céline Borderès, référente, Véronique Noiret, cadre sage-femme et ingénieur qualité, et Christophe Bouriat, directeur au CH d'Orthez (64) y sont parvenus : « Nous voulions être à l'écoute du terrain et ne plus connaître d'essoufflement après une visite de la Haute Autorité de santé (HAS) ; nous voulions accroître les compétences qualité sur le terrain. Nous souhaitons que les équipes aient chacune un référent qualité, qu'il soit l'ambassadeur pour les actions qualité et réciproquement qu'il soit le facilitateur qualité dans leurs équipes. Nous avons clarifié leur mission (amélioration continue, événements indésirables – EI –, système documentaire, audits, etc.) et leurs moyens ; nous les avons formés, et nous sommes allés avec eux nous "benchmarker" (comparer) avec un champion de la qualité. En fait, nous avons produit ensemble et grâce à eux un nouvel état d'esprit ».

MOTS CLÉS

- Cadre
- Gestion des risques
- Hôpital
- Leadership transformationnel
- Management
- Qualité

NOTES

1. Les cinq témoignages mentionnés ont été présentés parmi une centaine d'autres lors des 11^{es} JIQHS. Leurs diaporamas se focalisent sur les points pratiques et méthodologiques de leurs chantiers. Ils sont consultables sur www.jiqhs.fr

2. Philippe Svandra, le 27 janvier 2010 à l'Ifsi de Saint-Quentin (02).

3. Selon TA. Judge et JE. Bono, l'influence idéalisée « est ce qui caractérise le plus les leaders, et c'est souvent la dimension la plus importante ». Five-Factor Model of Personality and Transformational Leadership. In *Journal of Applied Psychology*, 2000 ; 5(85): 751-65.

4. En 1978, James McGregor Burns a utilisé l'expression "leadership qui transforme" pour décrire les situations où « l'émulation entre les leaders et les suiveurs accroît leur motivation et leur moralité ».

L'AUTEUR

Christophe Geisler commissaire scientifique des Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé (JIQHS), directeur associé, Reor, Cachan (94) christophe.geisler@reor.fr

► **I Promouvoir une vision globale et responsabilisante de la performance de chaque service, c'est impossible.** Or ils l'ont fait, comme en ont témoigné Linda Kattoum, ingénieur qualité, Sylvie Robin, coordinatrice des soins, Nolwenn Olivier-Philippe, RAQ et le Pr Henri Escojido, président de la CME de l'hôpital privé Clairval (Général de Santé) à Marseille (13) : « *Nous voulions allier indicateurs qualité et indicateurs de performance économique pour aider au pilotage des unités de production. Nous voulions développer une culture de la mesure plus objective, plus factuelle (en satisfaction, douleur, évaluation des pratiques professionnelles – EPP – paramédicale, risque infectieux, gestion des EI, mais aussi en formation et charge de travail, etc.). Nous voulions appuyer des projets de service sur des actions pluridisciplinaires et informer continuellement en retour sur l'avancement des actions. Nous voulions des tableaux de bord beaux, lisibles au premier coup d'œil. Nous voulions être responsables sur le terrain et avoir les outils pour prendre collectivement nos décisions. Nous avons commencé... il y a dix ans ! Et nous avons progressé chaque année !* ».

► **Conduire un projet de mise en place d'une unité de chirurgie ambulatoire en neuf mois, c'est impossible.** Or une équipe de l'hôpital Joseph-Ducuing, PSPH, à Toulouse (31) l'a réalisé. « *Nous avons engagé dès le début du projet une démarche de conduite de changement. Nous avons clairement affiché l'ambition et l'avons communiquée à tous. Nous avons constitué un groupe de travail pluridisciplinaire, volontaire et reconnu. Nous avons obtenu l'aide précieuse de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH). Nous avons tout mis sur une démarche par étapes et très participative, avec une phase dia-*

gnostique (mesure quantitative, autoévaluation qualitative) et une mobilisation de l'ensemble des acteurs dès la mise en œuvre », a indiqué Monique Fabre, la coordonnatrice générale des soins.

LE LEADERSHIP TRANSFORMATIONNEL EXISTE

On souffre moins d'une pénurie de moyens que d'une pénurie de sens. Or, dans les cinq exemples ci-dessus, les actions réalisées par les cadres ont du sens : c'est par égard pour les patients qu'ils font progresser leurs établissements. Ils tentent d'appliquer la haute ambition de Paul Ricœur appelée récemment par le philosophe et formateur Philippe Svandra² : « *Vivre une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* ». Ainsi, au-delà des seuls projets mentionnés, ces cadres mobilisateurs d'équipes décrivent un quadruple rôle que nous souhaiterions rencontrer partout :

- un rôle de proposition, d'innovation, parfois de visionnaire ;
- un rôle d'articulation du stratégique (enjeu pour l'établissement et le territoire de santé) et du tactique (enjeu intime pour les équipes de terrain et leurs patients) ;
- un rôle opérationnel concret et relationnel, de véritable chef de projet avec une foi positive et une énergie entraînant, avec des méthodes et une compétence pour fabriquer du consensus actif de façon attentionnée pour chacun, et avec une opiniâtreté au service de la réalisation collective ;
- un rôle de garant symbolique supérieur³ : s'assurer que l'action collective ait vraiment du sens au regard des valeurs pour lesquelles on s'investit chaque jour. Ils veillent à ce que les moyens mis en place ne restent que des moyens et ne masquent jamais notre raison première,

redonner du potentiel de vie aux patients que l'on nous confie.

Excusez du peu ! Voilà quatre rôles que nous ne présentons pas assez en qualité et gestion des risques mais qui conditionnent la qualité globale et la réduction des risques systémiques. Or, ils supposent une nouvelle forme de leadership, ignorée dans les écoles de management françaises et dans trop d'autres de santé publique où sont formés les cadres. Nos ignorances nous aveuglent ! Baptisé par les Anglo-Saxons de "leadership transformationnel"⁴, celui-ci est nécessaire pour transformer le monde hypercomplexe dans lequel nous vivons.

CONCLUSION

Ces cadres avaient du talent personnel. Quelle que soit leur position hiérarchique initiale, ils n'ont pas hésité à se former, à se transformer, à se confronter, à entreprendre pour faire progresser leur établissement. Ouvrons les yeux : le métier de cadre hospitalier est, probablement pour le temps d'une génération, l'un des plus beaux, des plus larges, des plus complets, des plus exigeants parmi tous les secteurs d'activité en ce début de XXI^e siècle. Il transforme le premier secteur économique de notre pays, la santé. Il invente un modèle de management qui associe qualité et humanisme. Il faut le dire ici, le répéter ailleurs, et surtout le soutenir partout sur le terrain. Avec le comité scientifique des JIQHS, nous en faisons la promotion active. L'enjeu pour les dirigeants est de reconnaître ce modèle et de s'en inspirer ; pour les directions des ressources humaines, il est d'en tenir compte et de le développer. Enfin, pour les pouvoirs publics, il est de le défendre. ■