



DIRECTORAT DES SOINS INFIRMIERS

L'Association des Administrateurs d'Hôpitaux de la Province de Québec est consciente de la nécessité simultanée de personnalités fortes et compétentes et de travail d'équipe. C'est là un trait dominant de son enseignement et je crois que c'est là l'explication majeure de son rayonnement et de son utilité.

I Les statuts d'autorité

a) l'autorité statutaire et l'autorité personnelle

L'autorité se définit couramment comme le droit ou le pouvoir de décider, ou de diriger des personnes. Nous ne voulons pas insister sur les querelles philosophiques qui de tout temps ont eu cours au sujet de l'autorité. Nous voulons simplement dégager les grandes lignes de cette idée. Aussi discernons-nous tout d'abord deux types d'autorité : l'autorité statutaire, celle que décerne le poste, et l'autorité personnelle, celle qui rayonne de la personnalité.

L'autorité statutaire est celle qui est dévolue à une personne ou à un groupe de personnes et qui dans la prise de décision,

« autorise » le titulaire à prendre action auprès d'autres personnes. C'est cette autorité qui est, par exemple, donnée à un conseil d'administration ou à un directeur. Ce droit ou pouvoir de décider peut provenir de deux sources : 1° la *propriété*, qui confère juridiquement un tel droit et 2° la *responsabilité confiée* qui entraîne le droit de prendre les décisions requises pour répondre à la responsabilité.

Ajoutons tout de suite deux commentaires. L'autorité se délègue à un groupe ou à un individu. La législation reconnaît de nombreux exemples à cet égard. La loi donne droit au premier ministre de se choisir un cabinet ; la loi donne le pouvoir aux députés de faire des lois ; la loi confie au conseil d'administration d'administrer une société incorporée, au conseil des médecins de voir à l'organisation médicale, au directeur général d'administrer l'établissement.

Le second commentaire qui nous vient à l'esprit est celui du rapport souvent répété entre l'autorité et la responsabilité. Ce rapport, d'une vérité si évidente, est pourtant continuellement bafoué

Les graphiques publiés dans les pages qui suivent sont extraits d'un article intitulé "Analyse du travail dans les unités de soins d'un hôpital général selon l'échantillon des activités", signé par le Dr Gildo Spaziente, M.D. et publié dans *World Hospitals* (Vol. IV, No 1, pp 17 et 18).

dans les faits, et de façon particulière dans le milieu hospitalier. De fait, on semble tellement prévenu contre les abus de l'autorité qu'on en vient parfois à nier concrètement l'action d'autorité et de pouvoir à des individus et à des groupes et à créer ainsi de larges secteurs d'irresponsabilité. Comment en effet peut-on rendre quelqu'un responsable de quelque chose si on ne lui reconnaît pas en même temps une autorité proportionnelle ou mieux encore une liberté proportionnelle. Je choisis ce mot à bon escient car plus encore que la relation entre autorité et responsabilité, je suis frappé de la dépendance des mots responsabilité et liberté. Or ne suis-je pas responsable que dans la stricte mesure où j'ai liberté d'expression et d'action ?

Le second type d'autorité qui nous intéresse est celle issue de la personne même, celle qui émane de ses connaissances, de sa personnalité, de son expérience. On dit alors de quelqu'un qu'il est une autorité signifiant par là qu'il s'agit d'un expert, d'une personne de confiance.

Dans la société actuelle, on met en relief ce type d'autorité et c'est là une exigence qui ne fera que croître. La situation idéale est celle où l'autorité statutaire et l'autorité personnelle s'identifient dans une même personne.

Toutefois, l'optique de notre exposé s'attache surtout à l'autorité statutaire. La raison en est que l'autorité personnelle ne se délègue pas : on ne délègue pas la science, on ne confie pas une personnalité. Au contraire, l'autorité statutaire est celle qui se délègue, qui se confie. Il s'agit là d'un geste soit juridique, soit quasi juridique.

Notre exposé n'est pas une étude sociologique touchant au prestige, à la reconnaissance ou à l'estime manifesté aux directrices de soins infirmiers. Notre exposé n'est pas non plus une étude psychologique sur la personnalité des directrices. Notre exposé n'est pas non plus un exposé sur les revenus et les dépenses personnelles ou collectives des directrices de soins infirmiers. Notre exposé est d'ordre administratif, c'est-à-dire quelle autorité a la directrice des soins infirmiers, quelles sont ses fonctions et ses exigences ?

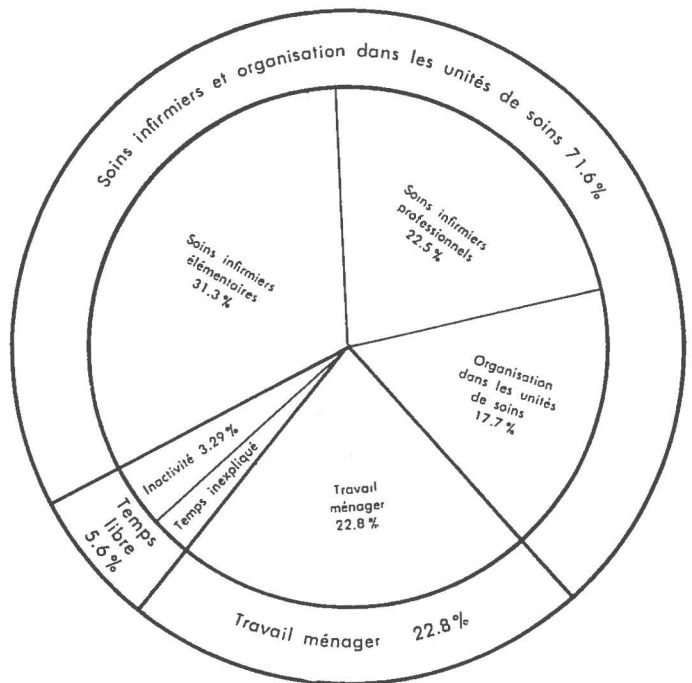
Enfin, je tiens à souligner que le tout porte à discussion car il ne s'agit ni de dogme, ni de critique, ni d'idéalisme mais plutôt de réflexions et de commentaires.

b) Les types d'autorité en administration

La littérature administrative reconnaît deux types principaux d'autorité : l'autorité « line » ou de commandement et l'autorité « staff » ou de conseil. Diverses expressions ont cours en français. Sans vouloir imposer un vocabulaire j'appellerai « directe » l'autorité dite « line » et j'appellerai « indirecte » l'autorité dite « staff ».

L'autorité directe (ou « line ») est celle que représente une ligne de commandement unifié. On la retrouve surtout dans les petites entreprises où un propriétaire, un patron dirige directement toutes les opérations. Elle a l'avantage d'être simple, claire et rapide. Toutefois elle s'avère inefficace dès qu'une entreprise croît. En effet, elle ne prévoit aucune place active à des spécialités.

La diversité des spécialités, de plus en plus nombreuses, entraîne une révision de l'autorité directe



1. Répartition du travail dans les unités de soins (en pourcentages).

Relevé des données obtenues des 21,054 observations instantanées de 10 unités d'hôpital, pendant 12 jours, entre 6 a.m. et 10 p.m.

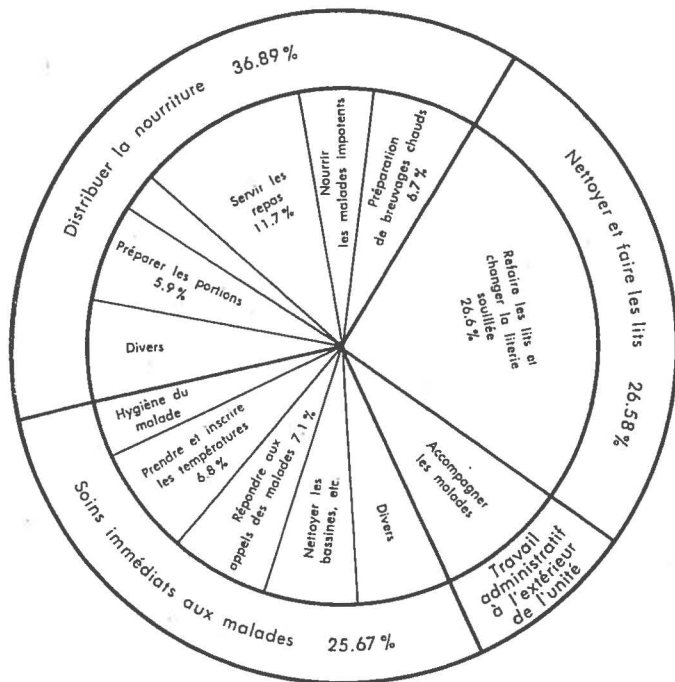
pour permettre et faciliter l'apport de divers spécialistes.

La spécialisation croissante au sein de la société a suscité la venue de spécialistes tant dans le domaine des ressources (directeur de personnel, directeur financier, etc.) que dans celui des fonctions administratives (organisation scientifique, système d'information, etc.) ou celui des sphères d'activité (directorats médicaux, infirmiers, etc.).

C'est afin de bénéficier des spécialistes que les entreprises ne peuvent se limiter à des statuts d'autorité directe. Aujourd'hui, sauf dans les très petites entreprises, on retrouve des gens en autorité directe et d'autres qui se sont joints à ceux-ci.

Les structures actuelles combinent des postes en autorité directe et d'autres en autorité indirecte. Ces derniers peuvent être de deux sortes, soit des postes-conseils et des postes-services.

Illustrons maintenant ces propos par un exemple. Dans une structure à autorité directe, le chef de la production a toute autorité sur son unité. Ainsi, il a droit d'embaucher qui il veut, d'entraîner comme il veut, de négocier comme il veut. À l'apparition d'un service du personnel, cette autorité est affectée par le nouveau venu. Certaines fonctions seront alors sorties de l'unité pour être confiées au nouveau spécialiste (ex. recrutement, échelles de salaires, etc.). Toutefois, notons que d'autres fonctions de personnel demeurent toujours sous l'autorité du chef de l'unité. Nous parlons d'autorité directe dans le cas du chef premier et d'autorité indirecte dans le cas du nouveau service



2. Soins infirmiers élémentaires
 Répartition du temps (en pourcentages).
 Relevé des données obtenues des 6,574
 observations instantanées dans 10 unités
 de soins, sur une période de 12 jours,
 entre 6 a.m. et 10 p.m.

(qui affecte indirectement le rendement du chef de l'unité).

Plusieurs fonctions, jadis dévolues exclusivement aux chefs des unités de production, sont aujourd'hui des fonctions extraites et donnant à des spécialistes une autorité indirecte. C'est notamment le cas dans les domaines suivants: personnel, achats, droit, comptabilité, conception, contrôle de la qualité, relations publiques, étude du travail, etc.

C'est au fur et à mesure que se constituent des secteurs de spécialisations que les structures administratives deviennent des structures « line and staff », c'est-à-dire des structures où l'autorité sur les résultats est partagée entre plusieurs postes ayant en certains domaines une autorité directe et ayant à compléter leur action par l'apport d'autres postes.

Enfin, un troisième type d'autorité administrative est souvent mentionné dans les publications administratives: l'autorité « fonctionnelle ». Dans ce cas, il ne s'agit plus d'une autorité de conseil ou de service mais d'une véritable autorité de commandement donnée à certains postes pour des fonctions bien déterminées. Ce serait le cas d'un directeur du personnel qui aurait plein droit de décider qui sera embauché et assigné à tel et tel poste.

Dans la pratique courante, ces « fonctionnels » sont d'usage limité à cause des inconvénients d'une telle structure. On les réserve à quelques fonctions critiques où des raisons de sécurité entrent en jeu. Ainsi, le médecin du service de santé a le pouvoir de forcer un transfert ou un repos. Ainsi le chef de

sécurité peut ordonner à tout employé certaines précautions à prendre. Habituellement, l'industrie limite de tels postes aux cas où la vie est en jeu.

Voyons maintenant quelques principes pouvant nous aider à comprendre les postes ayant des autorités si différentes.

c) les principes des relations entre ces statuts

Le premier principe à cet égard est de respecter l'unité d'action des gens en autorité directe. Ceci implique que dans les cas de désaccord entre un « direct » et un « indirect » c'est le « direct » qui prévaut. Le recours dont jouit alors « l'indirect » est auprès du supérieur, dans l'ordre hiérarchique. Toutefois l'expérience démontre qu'alors « l'indirect » se met « le direct » à dos et c'est pourquoi la plupart des « indirects » (ou staff) préfèrent user de persuasion plutôt que de recourir aux échelons supérieurs.

Le second principe serait que « l'indirect » est au service du « direct » et non pas l'inverse. En conséquence, il appartient au « direct » de faire valoir et même d'imposer ses besoins s'il le juge à propos. Pensons ici au problème du contrôle sur le temps supplémentaire, par exemple.

Un troisième principe ne serait-il pas alors que les « directs » se doivent de demander conseils aux indirects, même s'ils ne sont pas liés à suivre ces conseils. Il s'agit ici de prôner l'honnêteté intellectuelle. Il faudra donc qu'une telle rencontre se fasse honnêtement avant que le « direct » prenne sa décision et non pas pro forma. Généralement « l'indirect » saura, par sa seule compétence, faire valoir son point de vue.

Un quatrième principe à ne pas minimiser est d'assurer la liberté d'expression et la sécurité à ses « indirects ». Pour tout avis professionnel, les « staff men » doivent être libres pour bien servir, selon leur formation et leur expérience.

Quant aux « fonctionnels », rappelons qu'ils risquent sans cesse de rompre l'unité de direction et d'action de ceux en autorité directe et qu'en conséquence, il faut particulièrement bien définir leur juridiction et les modes d'application de leur autorité. Une autorité « fonctionnelle » compromet toujours l'ordre dans une entreprise mais comme elle est parfois requise, il faut au moins très bien la circonscrire et la faire connaître.

C'est pour cela par exemple que la fonction « personnel » est si rarement « fonctionnelle » dans l'industrie. Une autorité « fonctionnelle » devrait toujours être justifiée très impérieusement et par des valeurs supérieures. C'est pourquoi, à moins que la paix sociale ne soit gravement compromise par l'incompétence des autres directeurs, on n'accorde pas d'autorité « fonctionnelle » aux directeurs du personnel. De même, à moins que les finances ne soient d'une valeur supérieure à la santé des malades, on n'accordera pas d'autorité aux directeurs financiers sur les directrices de soins infirmiers, celles-ci étant responsables de la « production » des soins infirmiers aux malades.

II Les soins infirmiers

a) l'essence des soins infirmiers

Virginia Henderson écrit dans « Principes fondamentaux des soins infirmiers » édité par le Conseil

international des infirmières : « Le rôle essentiel de l'infirmière est d'aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou s'il possédait les connaissances voulues, et de remplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible ».

On voit à cette définition que *l'objectif premier des soins infirmiers est le soin, la sécurité et le bien-être du malade*. Cet objectif est d'ailleurs conforme et parallèle à celui de l'établissement hospitalier même.

Notons donc que l'importance des soins infirmiers est directement proportionnelle à l'objectif premier de l'hôpital. Nous savons en outre que le directeur des soins infirmiers est l'un des plus coûteux et le plus nombreux de l'hôpital.

Nous voudrions mettre aussi en relief que le directeur des soins infirmiers est *la plaque tournante de toute coordination à l'intérieur de l'hôpital*.

Une autre caractéristique des soins infirmiers est sa continuité. Il serait malheureux que les dirigeants des soins infirmiers se plaignent de cette caractéristique car là est la source même de leur immense importance.

Enfin, soulignons que l'effet des soins infirmiers affecte l'attitude générale du malade à l'égard de tous les autres services hospitaliers et mêmes médicaux.

b) transformation des soins infirmiers

Au cours des dernières décennies, l'hôpital a connu de fantastiques transformations. *Les soins infirmiers ont, plus que tout autre secteur, subi ces transformations*. Un fait majeur, capital même est qu'aujourd'hui les soins infirmiers ne sont plus synonymes d'hôpital.

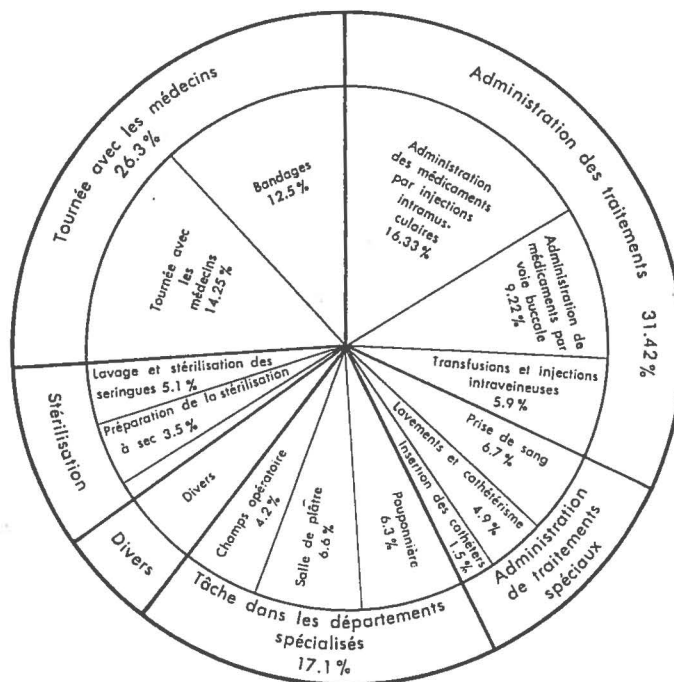
Il y a eu une brisure du nursing conventionnel par l'apparition de nombreuses spécialités para-médicales : physiothérapeutes, ergothérapeutes, archivistes, technologues en radiologie et de laboratoires, pharmaciens d'hôpitaux, travailleurs sociaux, psychologues, etc.

De plus, de nombreuses tâches auxiliaires ont été centralisées et plus ou moins soustraites au contrôle des soins infirmiers. C'est notamment le cas de l'entretien ménager et de la lingerie et aussi, bien qu'à un degré différent, de l'alimentation et même du transport.

Enfin, les soins infirmiers se sont diversifiés parallèlement aux spécialités médicales et l'on a vu apparaître les post-scolaires en pédiatrie, en obstétrique, en orthopédie, en salles d'opération, etc.

Simultanément, les soins infirmiers connaissent une « professionnalisation » et donc des distinctions entre infirmières licenciées, gardes-malades auxiliaires, auxiliaires en nursing, aides-malades, etc.

S'ajoutant à toutes ces nouveautés, les structures hospitalières elles-mêmes ont changé. Sont apparus des directoriats et des départements majeurs (directoriat médical entre autre) un système d'agrément (ou d'accréditation) des hôpitaux, une syndicalisation massive, une emprise et une législation gouvernementale rigides, etc.



3. Soins infirmiers professionnels

Pourcentages du travail alloué à chaque tâche.

Relevé des données obtenues des 4,813

observations instantanées dans 10 unités de soins

sur une période de 12 jours, entre 6 a.m. et 10 p.m.

Enfin, le directeur des soins infirmiers s'est aussi dégagé de sa coïncidence frappante avec l'enseignement des soins infirmiers. Dans la province de Québec, la différenciation entre le directeur et l'école est accentuée par la pression et la nouvelle politique gouvernementale en matière d'éducation.

Tout ceci fait qu'aujourd'hui, l'infirmière « professionnelle » a évolué du statut de soignesse à celui de chef d'équipe et d'éducatrice du personnel et du malade. Ce semble là une orientation désirée et désirable aux yeux de plusieurs directrices de soins infirmiers mais de nombreuses embûches s'offrent : pape-rasse, complexes du collet blanc, crise des catégories de personnel, crainte des secrétaires d'unités, etc.

III Le directorat des soins infirmiers

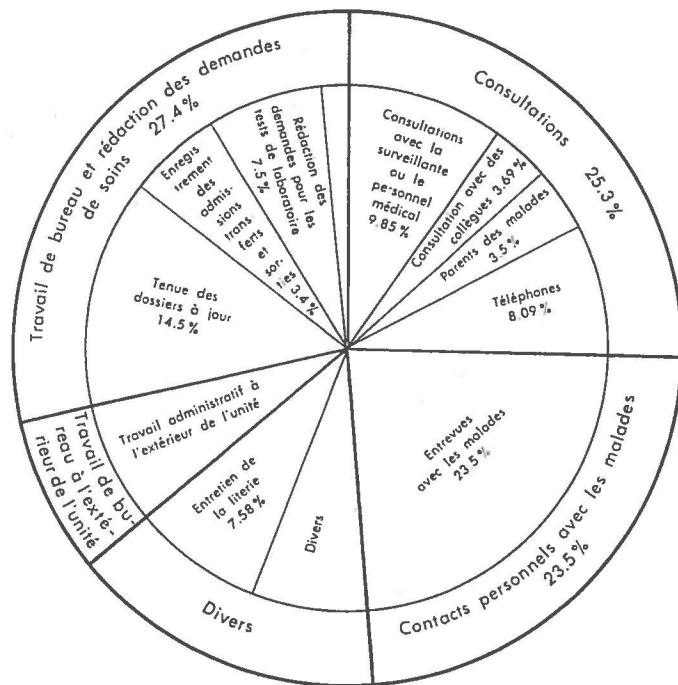
a) le rôle

La directrice des soins infirmiers est responsable au directeur général de la quantité et de la qualité des soins prodigués aux malades, de leur conformité aux prescriptions médicales et de la sécurité des malades confiés aux unités de soin.

b) les fonctions

1 — planification des soins

— améliorer et perfectionner les soins à donner, c'est-à-dire évaluer la quantité et la qualité des soins prodigués et dresser un plan détaillé d'amélioration.



4. Organisation de l'unité
 Distribution en pourcentages du travail dans les unités.
 Relevé des données obtenues des 3,734 observations instantanées dans 10 unités sur une période de 12 jours entre 6 a.m. et 10 p.m.

2 — Organisation des soins

- déterminer les responsabilités du personnel des soins infirmiers selon les catégories reconnues.
- définir et établir les relations entre les unités de soin et les autres services de l'hôpital, avec la coopération des autres directeurs et sous la direction du directeur général.
- établir les politiques et les procédures pour fournir aux unités le personnel requis et le matériel.
- sélectionner et décider de l'embauchage du personnel relevant immédiatement d'elle et établir les politiques et critères d'embauchage

3 — motivation du personnel

- interpréter les politiques de soins au personnel des soins infirmiers, au personnel médical et aux chefs de service de l'hôpital.
- établir un système d'orientation pour le personnel des soins infirmiers.
- faire organiser divers types de programmes de formation scientifique et administrative pour le personnel (toutes catégories) de son directeur.
- représenter et assurer la liaison du service infirmier avec le conseil des médecins et les services cliniques.
- assurer le fonctionnement de ses comités-conseils.
- rencontrer périodiquement le personnel, soit par type d'emploi, soit par zone de surveillance.
- participer au programme de relations publiques de l'hôpital.

4 — contrôle des soins

- établir et assurer un contrôle systématique sur les soins prodigués dans les unités (aux points de vue quantité, qualité, temps et coût des soins).
- établir une réglementation pour respecter le caractère confidentiel des soins aux malades.
- établir des politiques et procédures pour contrôler la tenue des dossiers médicaux (partie des soins infirmiers).
- analyser périodiquement et apprécier le rendement du personnel de son bureau et assurer une évaluation périodique de tout le personnel au sein du directeur.

pour le personnel relevant de ses collaborateurs immédiats.

- établir des politiques et des directives pour assurer un milieu physique sain, hygiénique et de sécurité.
- coordonner étroitement les décisions importantes en matière de formation (toutes catégories) pour éviter un empiètement de l'éducation sur les services aux malades.
- améliorer le système de tenue des dossiers et les procédures administratives des unités.
- organiser avec la collaboration des médecins et du pharmacien, les politiques et les procédures concernant l'entreposage, la distribution et le contrôle de la médication dans les unités de soin.
- établir, avec la collaboration du service alimentaire, les politiques et procédures pour la distribution des repas et le contrôle des régimes alimentaires.
- instaurer des politiques et des pratiques dans les relations avec le public (décès, visiteurs, journaux, etc.).
- organiser et diriger le bureau de service de son directeur.

- Recevoir et analyser périodiquement les rapports réguliers de son personnel immédiatement subalterne.
- administrer le budget du directorat et en répondre au directeur général.
- fournir au directeur général un rapport périodique des décisions budgétaires, des activités, des problèmes majeurs et des plans de son directorat.

c) *le statut du directorat des soins infirmiers*

À la lumière des précisions faites ci-dessus quant aux types de statut puis des fonctions « normales » de ce directorat, il est clair que le directorat des soins infirmiers est un service majeur de l'établissement hospitalier. À ce titre, il nous apparaît assez semblable à un département de production dans une entreprise en ce sens, qu'il produit (ou prodigue) les soins et traitements, conformément aux commandes (ou prescriptions) des médecins.

Le directorat des soins infirmiers est le département « line » par excellence à l'hôpital. Chacun des autres directorats jouit aussi d'une autorité directe dans leur juridiction respective, et le directeur général dans tout l'établissement. Toutefois, le rôle des services physiques est plutôt un service de soutien et d'approvisionnement par rapport aux unités de soin. Les services médicaux et paramédicaux (R-X, laboratoires, archives, etc.) sont aussi des services en autorité directe mais leur rôle est discontinu ou quasi discontinu par rapport aux soins infirmiers qui ont les malades sous leur responsabilité.

Les soins infirmiers, les services physiques et les services médicaux ou para médicaux sont donc les trois grands départements en autorité directe à l'hôpital. De ces trois, celui des soins infirmiers est le plus nombreux, le plus continu et le plus directement concerné par les malades hospitalisés. Ce qui nous amène à considérer le directorat des soins infirmiers comme le cœur de l'hôpital, celui ayant le plus d'influence sur la quantité et la qualité des soins hospitaliers et celui qui affecte le plus l'efficacité d'ensemble d'un établissement hospitalier.

Quant au directorat du personnel, s'il jouit d'une autorité indirecte (service et conseil), il n'en est pas moins un secteur vital, vu l'importance stratégique de la ressource humaine, individuelle et collective. Le directorat financier incarne non pas le dernier-né des directorats, mais celui qui souvent facilite ou conditionne l'efficacité des autres. On lui attribue parfois une autorité non seulement indirecte (i.e. service et conseil) mais même une autorité fonctionnelle. C'est le cas par exemple lorsqu'un directeur financier est autorisé à couper de lui-même des prévisions budgétaires présentées par un autre directeur ou lorsqu'un directeur financier est chargé d'approuver ou de bloquer les demandes de temps supplémentaire.

Personnellement, *je ne crois pas qu'il soit ni requis, ni raisonnable d'accorder une autorité fonctionnelle aux directorats du personnel ou de la finance. C'est au directeur général de contrarier les volontés des services paramédicaux, de soins infirmiers ou des services physiques lorsqu'il y a lieu de le faire.* Je répète un des principes

énoncés au sujet de l'autorité fonctionnelle : Elle ne s'exerce que pour des raisons de vie ou de sécurité et elle doit être très bien circonscrite jusqu'au niveau des procédures. Conséquemment, je ne crois qu'il y ait des raisons aussi vitales pour justifier une autorité fonctionnelle aux directorats du personnel ou de la finance. Dans le cas des directeurs financiers, il semble y avoir eu une certaine nécessité de mise en ordre dans plusieurs systèmes comptables au début de l'assurance-hospitalisation. Ce n'est là qu'une situation, sinon normale, du moins compréhensible. La raison d'État y a peut-être joué un rôle important. Pourtant, j'estime qu'une telle « raison d'État » est un peu comme la « raison de cœur », c'est-à-dire « cette raison que la raison ne connaît pas. »

Si la raison d'accorder de l'autorité fonctionnelle est que les autres postes ne sont pas assez compétents pour prendre les décisions, rationnellement ce sont ces postes incompetents qu'il faudrait remplacer et non pas les contourner par un fatras d'autorité fonctionnelle diluée à gauche et à droite.

Les vrais fonctionnels existant à l'hôpital, ce sont les médecins qui prescrivent pour maintenir ou redonner la vie et la santé. Les médecins pratiquant à l'hôpital jouissent de ce type d'autorité. On se rend compte à l'expérience qu'il ne s'agit pas d'un type d'autorité facile à côtoyer. À plus forte raison, doit-on éviter de saper l'autorité directe d'un directeur en multipliant autour de lui les gens en autorité fonctionnelle. Autrement la situation de celui-ci devient vite non viable.

En conséquence, il me semble approprié que le directorat des soins infirmiers pose des exigences et fasse pression sur les autres directorats, qu'ils soient directs (comme le directeur médical et le directeur des services physiques), qu'ils soient indirects (comme le directeur financier et le directeur du personnel) ou qu'ils soient en autorité fonctionnelle (comme les médecins).

Ces exigences, ces répétitions, ces pressions, le directorat des soins infirmiers non seulement peut mais doit les exercer car il est responsable du soin, de la sécurité et du bien-être des malades à l'hôpital. En particulier, le directorat des soins infirmiers verra pour ce faire à garder un contact fréquent avec le directorat général, responsable de l'hôpital, devant le conseil d'administration.

IV **Les exigences du directorat des soins infirmiers**

A — *Exigences quant à la personne*

La personne qui dirige les soins infirmiers à l'hôpital est à la fois : une personne, une directrice; une professionnelle en soins infirmiers. Examinons ces trois facettes du directorat des soins infirmiers.

Au plan professionnel, il me semble que trois éléments s'imposent : la formation, l'expérience, la réputation. Au chapitre de la formation professionnelle, un baccalauréat en soins infirmiers me semble exigé, d'autant plus que la majorité du futur personnel de soins infirmiers aura une culture professionnelle du niveau des C.E.G.E.P. La formation doit être complétée par de l'expérience concrète de travail infirmier et il m'apparaît qu'une expérience minimum de 3 à 5

ans comme hospitalière s'impose. Enfin, la personne responsable des soins infirmiers dans un hôpital doit jouir d'une excellente réputation chez les professionnels (médicaux et infirmiers). À cela, j'ajouterais volontiers comme disait Sr Liliane Péloquin, r.h.s.j., « une pénétration psychologique très grande des individus qui prescriront les traitements à être appliqués par le personnel sous sa direction ».

Au plan administratif, je m'en voudrais de limiter mes commentaires à décrire l'habilité de la personne à établir les priorités, prendre des décisions, organiser son temps, motiver le personnel, etc. Je préfère insister sur deux autres aspects. Tout d'abord, si l'on examine les fonctions décrites précédemment, on notera sûrement qu'il faut une capacité d'abstraction et de réflexion marquée. En effet la personne chargée d'une si lourde responsabilité se doit de se ménager des heures d'isolement et de travail proprement intellectuel. L'entregent est requis mais plus exigeant encore est ce besoin de changer les contacts avec le personnel soignant pour réfléchir et établir des plans, des politiques, des procédures, des modes de contrôle, etc.

Le deuxième aspect qui me frappe est que l'habilité administrative distingue la directrice des autres infirmières. Si on ne prend garde ici, on risque par la promotion d'une nouvelle directrice de perdre une bonne hospitalière ou surveillante et d'acquérir une médiocre directrice. Aussi m'apparaît-il souhaitable que la directrice jouisse d'une formation et d'une expérience administrative antérieure à l'occupation du poste directorial. Plus encore, il m'apparaît très avantageux que la personne qui dirige les soins infirmiers connaisse et côtoie des dirigeants d'entreprises.

Je ne m'intéresse pas ici aux organismes à buts sociaux ou philanthropiques, mais à ceux qui réunissent et perfectionnent les dirigeants par des échanges d'expérience de techniques administratives. Je sais d'ailleurs que l'Association des administrateurs d'hôpitaux tient à mettre les dirigeants hospitaliers en contact périodique avec des professeurs et des praticiens de l'administration extra-hospitalière.

Quant au troisième élément, la personne, je crois que c'est la plus importante en vertu du principe que plus on est élevé dans une structure administrative, plus la personnalité prend de l'importance. La première exigence requise est le leadership, c'est-à-dire un caractère de meneur qui influence, persuade et décide. En deuxième lieu, le courage et la persévérance me semblent s'imposer. Sans ces qualités personnelles, le directorat des soins infirmiers m'apparaîtrait démuné et cela malgré le bagage de connaissances et d'entregent exigé par ailleurs.

Enfin, comme les soins infirmiers sont le continuité et le contact du malade, le sens du malade est une autre exigence. C'est pour le malade que tout le reste est requis. Dans cet ordre d'idée, sans vouloir dogmatiser ni déplaire, il me semble préférable de confier en général le directorat des soins infirmiers à une femme. Au risque de trop généraliser, je crois que la femme compatit et comprend davantage, sinon la maladie, du moins le malade.

Il faut donc satisfaire à beaucoup d'exigences

pour occuper le poste de directorat des soins infirmiers. Pour résumer, je souligne ce qui spécifie et distingue ce directorat. *L'habilité administrative* le distingue des niveaux de réalisation et *la préoccupation du malade complet* distingue des autres directorats.

Enfin, connaissant bien une bonne quinzaine de directrices de soins infirmiers, il me semble que la faiblesse à surveiller, à compenser, à surmonter soit plutôt les déficiences du côté administratif.

B — Exigences quant au poste et à son avenir

Le succès et l'avenir des directrices de soins infirmiers me semblent reposer sur une triple exigence. Et il importe que les directrices relèvent ces défis pour l'avenir même de la qualité du service aux malades hospitalisés.

En premier lieu, les directrices doivent centrer les activités de leur directorat sur les besoins des malades eux-mêmes.

À cet égard, on constate trop souvent que les soins infirmiers se définissent et se distinguent des autres professions par le contact direct avec le malade alors qu'en pratique, ils n'ont pas la fréquence et l'intensité de contact qu'ils prétendent avoir. Des analyses et des observations personnelles jointes à une étude

(Suite à la page 41)

DEMANDE DE TIRÉ À PART

Ceux qui désirent obtenir des tiré à part des articles de Sœur Jeannette Gagnon, s.g.m. et de M. Jean-Claude Deschênes peuvent faire parvenir dès maintenant leur demande à l'adresse mentionnée ci-dessous. Ces deux articles publiés dans ce numéro-ci aux pages 21 et 29 leur parviendront en un seul tiré à part.

LA RÉDACTION

L'Hôpital d'aujourd'hui,
4237, rue de Bordeaux,
Montréal 34, P.Q.