



---

**Directeur Des Soins**

Promotion : **2022**

Date du Jury : **novembre 2022**

---

**Manager des collectifs en bonne intelligence  
et au service de la performance :  
l'espace des possibles du directeur des soins**

---

**Stéphanie FIAULT**

**« Derrière chaque réussite, il y a un rêve, l'audace, c'est d'y croire »**

Jean-Guy Le Floch,

Président d'Armor Lux

---

# Remerciements

---

Notre mémoire professionnel n'aurait jamais pris cette hauteur sans l'implication de plusieurs personnes au profil différent mais complémentaire et pour notre plus grande satisfaction... telle est notre approche de l'intelligence collective...

Aussi, nous tenons à présenter tous nos remerciements à :

- ✚ **Claudie GAUTIER**, directrice des soins, référente de la filière des directeurs des soins à l'EHESP pour son accompagnement tout au long de l'année de formation,
- ✚ **Virginie DEGRANGE**, directrice des soins, référente mémoire pour sa guidance dans toutes les étapes de notre travail et pour la qualité de nos échanges,
- ✚ **Laetitia GOUBET-FAUQUEUR**, directrice des soins, tutrice de positionnement pour ses précieux conseils et ses ondes positives,
- ✚ **Sandrine WILLIAUME**, directrice des soins, pour son partage d'expériences, son expertise et sa bienveillance,
- ✚ **Anne BOURBON**, directrice des soins, pour sa relecture et ses remarques constructives.

Enfin, ...UN GRAND MERCI

**A la promotion « Berty Albrecht »** dont les valeurs humaines et professionnelles ont guidé notre année sereinement,

**A notre team « Kohlanta, la réunification »** de l'EHESP pour tous les bons moments passés ensemble qui ont vocation à perdurer dans le temps...

**A Gaëlle**, « Ma Cops » de promo, pour sa relativité, une amie sincère...

**A Salomé**, ma fille qui m'a soutenue du haut de ses 9 ans par sa maturité et sa patience...



---

# Sommaire

---

Introduction.....	3
Retour d'expériences.....	4
Questionnements .....	6
<b>1 Cadre théorique .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'hôpital, un univers d'interactions complexes :.....	7
1.1.1 De par des organisations impliquant une pluralité de professionnels :.....	7
1.1.2 De par des organisations conjuguant coopération et compétence.....	10
1.2 L'intelligence collective, un état d'esprit au service des interactions et des organisations hospitalières .....	11
1.2.1 De l'émergence d'une disposition.....	12
1.2.2 A l'interaction des intelligences .....	14
1.2.3 Vers la performance des organisations hospitalières :.....	16
1.3 Management et intelligence collective, un modèle à combiner pour le directeur des soins .....	18
1.3.1 Investir la démarche participative d'un management « CO-laboratif » .....	19
1.3.2 Miser sur le principe de subsidiarité .....	21
1.3.3 Cibler un management situationnel .....	22
1.3.4 Penser intelligence collective, c'est déjà innover .....	23
1.4 Conclusion et formulation des hypothèses .....	25
<b>2 Le cadre exploratoire.....</b>	<b>26</b>
2.1 Présentation de la méthodologie utilisée .....	26
2.1.1 Argumentation des méthodes d'investigation choisies .....	26
2.1.2 Présentation des étapes de l'enquête et des limites .....	27
2.2 Analyse de l'enquête.....	28
2.2.1 Analyse de l'investigation quantitative .....	28
2.2.2 Analyse thématique relevant des entretiens et de nos observations.....	32
2.3 Synthèse de l'analyse et confrontation avec les hypothèses .....	43

<b>3</b>	<b>Nos préconisations.....</b>	<b>44</b>
3.1	Le directeur des soins, un acteur fédérateur qui oriente sa posture managériale vers une relation de travail horizontale .....	45
3.2	Le directeur des soins, un acteur stratégique qui pense territoire et interprofessionnalité .....	48
3.3	Le directeur des soins, un acteur audacieux qui impulse et contribue à des dynamiques collaboratives innovantes .....	51
<b>4</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes .....	I
	Annexe 1 .....	II
	Annexe 2 .....	IV

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide-Soignant
<b>CODIR</b>	Comité de Direction
<b>CDS</b>	Cadre de santé
<b>CP</b>	Cadre de Pôle
<b>CPTS</b>	Communauté Professionnelle Territoriale de santé
<b>CSG</b>	Coordinatrice générale des soins
<b>CSIMRT</b>	Commission de Soins Infirmiers, Médico-technique et de rééducation
<b>CSIMRT-UG</b>	Commission de Soins Infirmiers, Médico-technique et de rééducation - Unifiée de Territoire
<b>DS</b>	Direction Des Soins
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement Pour Personne Agée dépendante
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de territoire
<b>IFCS</b>	Institut de formation des cadres de santé
<b>IFSI</b>	Institut de formation en Soins Infirmiers
<b>IPA</b>	Infirmier en pratiques Avancées
<b>PCME</b>	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
<b>RETEX</b>	Retour d'Expériences



## Introduction

Depuis plusieurs années, l'environnement de l'hôpital se complexifie, les attentes des professionnels et leur rapport au travail changent. Ce dernier est soumis à un principe de performance qui vient contrarier le modèle combinant soins et moyens mais également les logiques des professionnels qui y exercent. Dans ce contexte où la temporalité et les priorités des uns ne convergent pas toujours avec celles des autres, des difficultés à trouver du sens au travail sont souvent ressenties. Pour le directeur des soins (DS), le capital humain, à bout de souffle, est devenu un défi stratégique, placé au même niveau que l'amélioration continue de la qualité des soins, qui pousse à l'extrême l'intelligence collective. La crise sanitaire en a révélé son potentiel à travers la gestion efficace des collectifs dans un rythme contraint et cadencé.

Les jeunes générations, portant un nouveau regard sur les organisations de travail, veulent être écoutées et reconnues. Leur arrivée dans un milieu en pleine mutation, avec un langage métier spécifique et un absentéisme vite perceptible, effraye et questionne la vision partagée des intelligences intergénérationnelles qui cohabitent au quotidien (Ollivier & Tanguy, 2017).

A cet effet, les phénomènes de mutation et d'innovation des modèles managériaux s'inscrivent comme une nécessité tant le sens du travail et les organisations hospitalières se sont transformées (Grosjean & Lacoste, 1999). Elles interrogent les relations humaines et les interactions en permanence ; cette réalité invite à une évolution du leadership du DS.

Si le système hospitalier n'a plus la possibilité de nourrir une culture de moyens pourtant revendiquée, l'enjeu de cultiver un raisonnement de pensées collectives et collaboratives acceptables et acceptées par tous les professionnels est essentiel pour engager des organisations performantes.

Ce constat impose aux DS de ne plus rester figés dans leurs modes de management, de coopération et de faciliter un « mieux travailler ensemble ». Mais, dans les faits, au prix de fortes tensions sur les ressources humaines, en regard d'arbitrages structurels et contextuels difficiles, d'injonctions parfois contradictoires, le DS doit adapter en permanence les organisations paramédicales aux choix opérés. Même si sa volonté est de favoriser la collaboration, le partage d'informations et la coordination, nous observons de nombreux cloisonnements et enjeux individuels rendant l'action collective parfois complexe à élever et à promouvoir comme une disposition établie, comme un état d'esprit.

## Retour d'expériences

Dans la poursuite de notre propos introductif, il nous semble intéressant de relater plusieurs constats extraits de notre expérience récente en qualité de cadre supérieur de santé en charge de la coordination des soins sur un secteur d'activité.

En mai 2020, dans le cadre du Ségur de la Santé, notre établissement a répondu à l'appel à manifestation d'intérêt général de l'Agence régionale de Santé (ARS) pour engager un schéma directeur immobilier. Un séminaire réunissant le directoire et associant les cadres, les chefs de pôle et l'équipe de direction s'est tenu afin de structurer une réponse en se fondant sur les réflexions et les propositions argumentées des uns et autres.

Alors que notre conception de cette méthode participative définit bien la réunion de plusieurs personnes investies, acceptant l'échange en vue de s'harmoniser et de trouver un consensus dans les choix à faire, nous avons observé des prises de position individuelles et des silences contre-productifs. Ainsi, dès lors que la négociation heurte les personnes et que des conflits de valeurs et d'intérêts s'élèvent, nous observons une grande diversité de réactions, de comportements individuels et collectifs qui peuvent nuire à la finalité attendue. Ainsi, comme Howard Rheingold, (écrivain), nous admettons à travers cette illustration que « *L'intelligence collective n'est pas innée et qu'elle repose sur la coopération de multiples entités qui va au-delà de la simple addition de chaque intelligence* » (Grosjean & Lacoste, 1999).

Pour contre balancer ce constat, la démonstration d'une intelligence collective s'est révélée dans la gestion de la crise sanitaire et a fait la preuve de réelles aptitudes dans les relations humaines à œuvrer ensemble. Dans un esprit spontanément collectif, managers et professionnels de santé ont fait de l'hôpital un système robuste et solidaire capable de mettre en place des organisations agiles et collaboratives afin d'assurer la sécurité et les soins à un afflux massif de patients. La crise sanitaire a ainsi mis en lumière la capacité de l'hôpital à s'adapter à l'incertitude et à faire preuve de réactivité démontrant sa faculté à répondre au mieux aux besoins et à la demande de tous les acteurs du système de santé (Kurschat, 2020).

La crise sanitaire nous a donc permis de nous rendre compte que nous avons les codes pour mettre en musique l'intelligence collective.

Pour compléter et appuyer notre propos, nous expliciterons ici une situation vécue témoignant de l'intelligence collective. Notre constat s'appuie sur notre expérience de faisant fonction de directrice d'un institut de formation des professionnels de santé.

Lorsque, le 16 mars 2020, le confinement a été proclamé, nos autorités nous ont annoncé le passage en distanciel des enseignements. S'est alors imposé à nous, directeur et équipes pédagogiques, de mettre en place rapidement une organisation efficace, conforme et rassurante pour les apprenants mais également à la portée de tous les formateurs. L'enjeu était de taille puisque l'équipe de formateurs était composée pour moitié d'infirmières faisant fonction de cadres formateurs, nouvellement arrivées. L'apport expérientiel et l'appétence des uns pour les technologies numériques ont éclairé les autres et leur ont permis l'acquisition de compétences dans un domaine jusque-là peu investi. L'expertise en pédagogie des autres a permis d'argumenter la pertinence des choix opérées notamment dans les contenus de cours à prioriser et à évaluer en distanciel. C'est précisément sur ce point que l'intelligence collective a pris sens dans notre volonté de garantir la qualité des apprentissages et l'égalité des chances pour tous les apprenants dans leur parcours de professionnalisation.

Nous voyons à travers cette illustration une différence entre la notion de participation parfois passive à un processus de décision et celle d'intelligence collective qui a mis en évidence un enrichissement mutuel entre formateurs novices et plus expérimentés et une capacité de réalisation collective performante. Une relation de confiance, dont le contexte urgent de la situation n'a pas laissé le choix, a obligé chacun à se connaître et à admettre que la performance du travail d'équipe se nourrit de visions certes hétérogènes mais complémentaires.

En dernier point, nous apportons des éléments d'actualité qui vont demander aux directeurs des soins de l'agilité pour que les intelligences se combinent au bénéfice de fondations organisationnelles plus performantes.

Pour illustration, les conclusions des accords du Ségur de la Santé signés en juillet 2020 nous livrent une commande sur la nécessité de repenser un leadership partagé, d'impulser davantage de coopération et de simplifier radicalement les organisations et le quotidien des soignants (*dossier de presse juillet 2020*). Dans la lignée de ce Ségur, la Loi Rist visant à améliorer le système par la confiance et la simplification publiée le 26 avril 2021, énonce une volonté de rénover la gouvernance hospitalière perçue aujourd'hui comme trop rigide et trop éloignée de la prise de décision des acteurs de terrain.

Si la démarche peut bouleverser les conceptions organisationnelles installées dans l'histoire et la culture hospitalière, le directeur des soins devra s'emparer de ces projections pour développer de nouvelles approches managériales, mobiliser au mieux les ressources humaines, réussir à s'adapter rapidement et faciliter l'intelligence collective.

Au décours de ce propos introductif, nous nous interrogerons sur l'évolution managériale du DS pour promouvoir l'action collective « en bonne intelligence » avec l'enjeu de la diversité des métiers, des technologies, des positions institutionnelles et en tenant compte de l'évolution du rapport au travail des professionnels.

## **Questionnements**

Plusieurs interrogations émergent de ces situations :

- Pourquoi les organisations communes, les coopérations, les groupes de travail n'engagent-ils pas spontanément de l'intelligence collective?
- Comment se détourner d'un fonctionnement basé sur des lignes hiérarchiques et des enjeux de pouvoirs et donc comment sortir du cadre managérial pyramidal?
- Comment l'intelligence collective peut-elle contribuer au projet de gouvernance et de management participatif à mettre en place?
- Comment la capacité d'actions d'un groupe pluri professionnel combinant des logiques multiples et parfois différentes peut-elle être un facteur clé de succès organisationnel ?
- Comment le DS peut-il impulser de l'autonomie et instaurer une relation de confiance en regard d'organisations de travail mouvantes et instables?
- Comment permettre de travailler autrement avec la complexité de la diversité et des réalités des métiers, des fonctions et des expériences de chacun ?
- Comment combiner les intelligences pour plus de performance ?

## **Question de départ**

**Dans quelle mesure manager des collectifs en bonne intelligence représente-elle un levier de performance pour le directeur des soins ?**

# 1 Cadre théorique

Nous proposons de décliner notre cadre théorique en posant le postulat suivant : développer de l'intelligence collective répond au fait que créer un collectif de travail ne suffit pas à le rendre performant.

*« Ce ne sont pas les individus eux-mêmes, dans leur singularité, qui font la force d'une organisation, mais bien leur complémentarité, leur capacité à travailler en équipe, (...) afin d'aboutir à la création de services à haute valeur ajoutée, dont la complexité dépasse bien souvent les capacités et compétences d'individus isolés. »* (Emery et Giauque, 2003).

Afin d'apporter des éléments de compréhension à notre sujet de recherche, nous proposons un cadre théorique qui se décline successivement en trois parties :

- l'hôpital, un univers d'interactions complexes ;
- l'intelligence collective, un état d'esprit au service des interactions et des organisations hospitalières ;
- management et intelligence collective, un modèle à combiner pour le directeur des soins.

## 1.1 L'hôpital, un univers d'interactions complexes :

Depuis un siècle, le système hospitalier ne cesse de se transformer et de vouloir converger vers un modèle efficace de dialogue et de collaboration avec toujours plus de qualité et de performance mais le défi est ambitieux. Entre multiplicité des parties prenantes impactées dans les décisions de gouvernance et leurs exigences d'y être associées, les interactions sont complexes entre les professionnels (Scharnitzky, 2018).

De surcroît, l'hôpital est un système structuré historiquement de façon pyramidale, distribuant des rôles et du pouvoir faisant apparaître des problématiques organisationnelles, des revendications ou bien des appétences personnelles qu'il faut entendre et prendre en compte pour manager les ressources (Bernoux, 2009).

### 1.1.1 De par des organisations impliquant une pluralité de professionnels

Dans le travail à l'hôpital, les organisations sont marquées par des contraintes à différents niveaux : selon les moments, selon les personnes mobilisées et selon les activités réalisées (Seferdjeli & Terraneo, 2015).

Ces organisations sont soumises à des confrontations d'intérêts pluriels, à des coopérations plus ou moins subies ou encore à des points de vue différents qui obligent à une adaptation permanente des relations de travail et au travail.

Nous observons de plus en plus de complexité nécessitant d'accepter de considérer les organisations de travail comme un lieu pluraliste, traversé de tensions et de désaccords, avec des professionnels et des managers dont les principes et les objectifs peuvent diverger (Barbot & Marchandet, 2021).

De base, les déterminants humains entraînent de la complexité dans les interactions. Ainsi, la qualité de la relation personnel/équipe médicale et encadrante ou bien la qualité du climat de travail et de leurs conditions d'exécution peuvent être altérées par un défaut de communication, un sentiment de non reconnaissance ou de manque de soutien. Il existe plusieurs causes à ce phénomène :

- la gestion des personnalités difficiles au sein d'une équipe, parfois identifiées à des leaders négatifs apportant de l'instabilité ;
- les conflits interpersonnels pouvant aller jusqu'au harcèlement ou à la maltraitance ;
- les dysfonctionnements organisationnels liés à un manque de communication et de circulation de l'information. Ces éléments jouent un rôle fondamental dans les métiers qui résultent d'un travail en équipe ;
- la gestion des plannings, déterminant majeur dans le sentiment d'injustice ou d'inéquité au sein d'une équipe ;
- la mauvaise définition des tâches et des rôles de chacun qui renvoie au fait que chacun cherche sa place ;
- l'inadaptation du management en fonction des équipes et des contextes associée à des injonctions paradoxales difficilement compréhensibles (Barbot & Marchandet, 2021).

Dans la pratique, dès lors que l'on complexifie le système par le déploiement d'organisations humaines, il apparaît une grande diversité de modes de fonctionnement et de types d'organisations, ce qui définit la rationalité du collectif. Or, cette rationalité se heurte à des limites qui proviennent des formes même de la réflexion et de la décision à plusieurs car il est parfois compliqué d'amener les acteurs à réfléchir, à décider et à agir ensemble.

Les aptitudes individuelles de chacun, les modes de relation et les organisations d'ensemble peuvent altérer la finalité attendue et générer un effet contre-productif (Herbert, 2016).

En cela, il nous paraît intéressant d'apporter l'illustration d'une problématique qui interroge au quotidien le DS. Il s'agit de la difficile cohabitation au travail entre générations résultant de modifications du profil des jeunes soignants qui portent un nouveau regard sur les organisations de travail et de leur pénurie grandissante au lit du malade. Les jeunes ont grandi dans un contexte sociétal en évolution ayant entraîné un paradigme nouveau dans la régulation des temps de travail et de vie personnelle. La construction professionnelle se trouve alors concurrencée par d'autres aspects de la vie permettant à la personne de se structurer, palliant ainsi le déficit de collectif au travail. Pour les DS, l'enjeu sociétal est fort concernant l'évolution du rapport au travail et des modèles collaboratifs (Laurent-Brochet, 2020).

Par ailleurs, si comme nous l'avons vu, le travail à l'hôpital est caractérisé par l'extrême multiplicité des intervenants impliqués dans le fonctionnement des organisations, il dénonce parfois les effets collatéraux des décisions collaboratives. Pour certains, cela s'explique par la crainte de voir réduire l'autorité de celle ou celui qui en est le dépositaire et qui pourrait perdre du pouvoir en partageant avec autrui sa capacité à créer les règles du travail et du collectif. Pour d'autres, le collectif prend trop de temps car il faut agir de plus en plus vite. S'accorder à plusieurs est alors plus chronophage que de décider seul (Grosjean & Lacoste, 1999).

On observe donc une diversité de positions, d'enjeux de responsabilités, une inflation des égos, des jeux de pouvoirs et de l'individualité. Cette théorie met en lumière la multiplicité de temporalités croisées, la coexistence de collectifs à géométrie variable et de réseaux formels ou informels d'informations (Grosjean & Lacoste, 1999).

Enfin, le circuit de prise de décision à l'hôpital représente lui aussi une complexité dans les interactions qu'il engage. Le système de gouvernance propre à la configuration de l'organisation professionnelle définie, implique une prise de décision nécessitant d'intégrer les différents acteurs dans des dispositifs plus ou moins formalisés. Cela se traduit par une interrogation sur l'identification même des acteurs dans la prise de décision et de leurs véritables enjeux (Pascal, 2003).

La relativité du pouvoir formel dévolu aux acteurs détenteurs du pouvoir de décision et l'espace laissé aux stratégies individuelles laissent la place à de nombreux jeux d'acteurs qui doivent être intégrés dans les processus organisationnels et en particulier, dans les projets d'innovation et de conduite du changement (Bernoux, 2009).

Si notre apport théorique fait émerger des constats touchant à l'organisation de la diversité et à la rationalité du collectif dans le phénomène des interactions, ils interrogent aussi la notion de coopération pouvant se traduire comme la clé dans l'émergence des compétences collectives (Le Boterf, 2018).

### 1.1.2 De par des organisations conjuguant coopération et compétence

Nous l'avons vu, le fonctionnement du système hospitalier aux multiples interactions se traduit dans l'analyse des rapports de travail identifiés comme la porte d'entrée dans le fonctionnement des organisations et dans l'analyse des biais individuels.

L'impératif de coopérer s'inscrit donc au cœur des interactions, sous des formes multiples et parfois problématiques lorsqu'on voit apparaître des réticences ou résistances à son égard comme nous l'avons relaté dans notre propos introductif.

A l'hôpital, la montée de la complexité des situations de travail associées à de multiples critères à prendre en compte (productivité, qualité, sécurité, développement durable...) fragilisent les relations de travail. Les exigences croissantes en matière d'innovation, l'évolution de l'organisation du travail en mode projet, le travail en réseau avec les outils numériques et l'intérêt des approches territoriales entraînent la nécessité de disposer de professionnels compétents sachant et pouvant coopérer entre eux à tous moments et en tout temps (Frimousse & Peretti, 2019).

La compétence des acteurs dans un collectif est donc un élément fondamental de la performance des organisations qui consiste à manager toutes les forces et synergies. Dans une société qualifiée par beaucoup d'auteurs de «société individualiste», les organisations ont à redéfinir la notion de compétence, dimension fondamentale de l'activité de management et de gestion des ressources humaines si on considère que :

- la performance de l'organisation dépend des compétences de chacun et de la meilleure utilisation possible de celles-ci ;
- l'engagement au travail (vecteur de performance collective) est pour partie dépendant de la valeur que l'organisation accorde aux compétences de chacun de ses membres. Le fait d'explicitier les compétences de chacun donne du sens à l'action car cela permet à chacun de comprendre ce qu'est sa contribution dans le collectif (Issor, 2017).

L'hôpital tend à s'organiser comme un réseau de compétences ou comme «*un maillage de l'intelligence*» (Le Boterf, 1994) et cherche à dépasser la notion de compétence individuelle, trop restrictive.

En cela, l'émergence et le développement d'une «conscience collective» apparaît de plus en plus nécessaire, faisant poindre, de fait, le concept de compétence collective.

Lorsqu'il existe des compétences collectives, «l'agir ensemble» est le dénominateur commun des individus (Le Boterf, 2018).

Ainsi, la performance de toutes les organisations ne dépend pas de l'addition ou de la juxtaposition des compétences individuelles mais bien de la coopération entre des professionnels compétents. Leurs gains en efficacité, efficience, qualité, réactivité, sécurité vont davantage dépendre de la qualité des interfaces entre ces professionnels ou entre les diverses unités de travail (Le Boterf, 2018).

Guy Le Boterf note *«c'est comme une équipe de football, il ne suffit pas que les joueurs soient excellents dans la maîtrise du ballon encore faut-il qu'ils sachent jouer ensemble pour gagner»*. Il rajoute *«si la compétence collective introduit de la qualité dans les relations de coopération que les professionnels sont en capacité de mettre en œuvre, la performance des organisations résulte bien de ces compétences collectives mises en lien »* (Le Boterf, 2018).

Mais cette théorie n'est pas sans conséquence notamment pour la conception des référentiels de métier ou d'emploi. Ceux-ci ont été pour la plupart conçus depuis longtemps avec la seule logique de la division du travail et non pas avec une logique de coopération. Ce n'est pas avec la seule mention de savoir-faire relationnel ou de savoir-être, ou sur la mention des relations fonctionnelles ou hiérarchiques avec d'autres métiers que peuvent être mises en évidence les exigences de coopération (Frimousse & Peretti, 2019).

Par ailleurs, il nous semble intéressant de souligner que la coopération ne se décrète pas car il ne suffit pas de « pouvoir » coopérer, encore faut-il « vouloir » le faire. La question de la satisfaction au travail se trouve alors centrale puisqu'elle apparaît comme une condition de l'investissement des individus dans un projet collectif. L'efficacité à plusieurs n'est donc pas une évidence ni une tendance spontanée, elle revêt plusieurs formes spécifiques de coopération qui peuvent exister isolément ou se combiner au sein d'une activité collective (Grosjean & Lacoste, 1999).

Parler d'intelligence collective procède donc de l'interaction entre les membres d'un collectif de travail ainsi que leurs capacités de réflexion, de compréhension, de coopération et de décision face à une situation donnée présente ou se complexifiant ce qui définit la compétence (Scharnitzky, 2018).

## **1.2 L'intelligence collective, un état d'esprit au service des interactions et des organisations hospitalières**

Comme étudié ci-dessus, les organisations hospitalières ont en commun de devoir coordonner des activités souvent hétérogènes dans le cadre d'une division du travail à la

fois verticale (les activités) et horizontale (plusieurs unités), dans des structures où coexistent et cohabitent des découpages fonctionnels et hiérarchiques (Damart, 2013).

Si l'on ajoute à cela les exigences de continuité des soins, de fiabilité et de qualité, l'on comprend l'intérêt pour les managers que sont les DS d'investiguer le processus de l'intelligence collective.

Si l'étude du management a longtemps exploré les relations interpersonnelles verticales, les dynamiques individuelles et collaboratives sont de plus en plus questionnées pour structurer les organisations de façon plus horizontale et faire travailler un collectif pour le rendre plus productif et l'orienter vers la performance. En cela, le concept d'intelligence collective oriente la réflexion et pourtant, jusqu'en 1970, la question de l'intelligence collective était abordée à partir d'un modèle dominant, celui de l'organisation hospitalière hiérarchique pilotée du haut vers le bas à partir d'un centre de décision unique. Depuis les années 80, ce schéma a perdu de sa crédibilité, son déclin a conduit à s'intéresser de près au travail en équipe, au processus de décision collective rebaptisée « la gouvernance », à l'autonomie, à la communication entre les acteurs et à la logique collaborative (Grosjean & Lacoste, 1999).

Plusieurs auteurs soulignent le fait que l'intelligence collective représente un enjeu important pour le bon fonctionnement des organisations.

Ainsi, ce qui distingue l'intelligence collective d'un simple travail collectif est ce dépassement dans la relation interprofessionnelle vers l'instauration d'un état d'esprit, d'une disposition établie dans le temps (Seferdjeli & Terraneo, 2015).

### **1.2.1 De l'émergence d'une disposition**

Nous l'avons vu, l'intérêt pour l'intelligence collective tient à la complexité croissante des situations d'interactions rencontrées à l'hôpital et aux limites de la rationalité du collectif.

Qu'il s'agisse de rapprocher des compétences ou des activités complémentaires, les réussites comme les échecs tiennent à la capacité des organisations à gérer leur interdépendance et leur coopération (Scharnitzky, 2018).

Ces formes d'organisations des collectifs ont toute valeur à s'articuler comme une disposition établie car plus les collectifs sont complexes, plus nombreux et plus l'analyse de leurs modes d'organisations est complexe (Grosjean & Lacoste, 1999).

Si elle peut être entendue comme une méthode de management, l'intelligence collective est avant tout un état d'esprit qui s'appuie sur des principes de fonctionnement tels que :

- le respect de règles communes ;
- le développement d'un dialogue social ;
- le partage de l'information ;
- la mise en commun des savoirs, des réflexions et des compétences d'un groupe de personnes (Kalfon et al., 2020).

Plusieurs auteurs (Kalfon et al., 2020) se sont successivement attachés à proposer une définition de l'intelligence collective qui démontre l'importance de la valoriser comme un état d'esprit à cultiver. Nous en proposons à la lecture quelques exemples :

- pour Simon (1969), il s'agit d'une phase de recherche d'information, d'interprétation et de « *construction d'une vision partagée* » de l'environnement à usage collectif ;
- pour Courbon (1979), on appellera intelligence collective d'une organisation « *sa capacité à dégager des différentes visions des activités de cette organisation et de son insertion dans son environnement lui permettant de diriger d'une manière consciente son évolution* » ;
- pour Garnier (2001), c'est « *un processus qui permet à un groupe d'appréhender l'ensemble des dimensions d'un problème complexe dans le temps et dans l'espace pour déboucher sur une décision* » ;
- pour Pénalva (2004), c'est « *la capacité d'un groupe à se poser des questions et à chercher des réponses ensemble. Elle est liée à la motivation, au cognitif et à l'action* ».

Ceci nous amène à nous intéresser aux dimensions de l'intelligence collective. Nous en retiendrons trois pour notre étude (Olfa Zaïbet, 2007) :

La première dimension de l'intelligence collective est cognitive. Elle permet de comprendre le sens de l'action collective. Cette dimension est composée de trois sous dimensions :

- la compréhension collective : l'activité collective qui exige la coordination des activités individuelles nécessite elle aussi l'élaboration d'une représentation de référence dite souvent référentiel commun ;
- la réflexion collective : l'apprentissage semble essentiel à la création d'une intelligence collective.

De l'apprentissage peut ainsi résulter une mémoire collective. Cette dernière se traduit à travers trois savoirs : les savoirs théoriques qui sont des savoirs communs au collectif et qui s'acquièrent grâce à l'interaction entre les membres du collectif de travail, les savoir-faire et les savoirs expérientiels ;

- la décision collective : l'intelligence collective est liée à l'action de réfléchir et de collaborer. Peu importe que la décision soit celle d'une seule personne ou de plusieurs. Ce qui est important, c'est que la construction de la décision mobilise l'intelligence et les connaissances de chacun des membres de l'équipe.

La deuxième dimension de l'intelligence collective est relationnelle. Elle permet de tisser des liens au sein de l'équipe. Elle se fonde à partir de trois éléments :

- la collaboration, définie comme l'engagement mutuel des membres d'une équipe de travail dans un esprit coordonné (Kalfon et al., 2020) ;
- l'autonomie à la fois de l'équipe et des individus dans l'équipe. Une équipe peut avoir une grande marge de liberté pour mener la mission qui lui est donnée, mais les membres de l'équipe peuvent très bien n'avoir aucune liberté quant à leurs tâches au sein de l'équipe (Laurent-Brochet, 2020) ;
- le niveau de confiance et d'entente considéré comme le ciment de la relation sociale choisie et maintenue. La confiance apparaît comme le socle d'une relation d'intelligence collective (Bidault et Jarillo, 1995).

La troisième dimension de l'intelligence collective est systémique. Cette dimension englobe les deux dimensions précédentes. L'individu est au centre d'un système et construit ses actions en analysant les actions des autres avec ses propres représentations et les relie avec le système (Olfa Zaïbet, 2007).

S'il est établi que l'intelligence collective est un processus décliné en plusieurs dimensions, ce dernier donne lieu à réfléchir à la combinaison des intelligences qui s'opèrent dans toute interaction visant un accomplissement collectif.

## **1.2.2 A l'interaction des intelligences**

Il n'existe pas une forme d'intelligence mais des formes d'intelligences qui s'apparentent à des aptitudes que possède chaque être humain qui utilise son savoir, son expérience, sa position et ses émotions pour répondre à des situations données (Kalfon et al., 2020).

En cela, tout le monde est intelligent. Certains développent une expertise théorique, d'autres celle de l'opérationnalité. Et parfois, ces expertises peuvent être en contradiction (De Boeck, 2009).

Une théorie des intelligences multiples suggère qu'il existe plusieurs types d'intelligence.

Celle-ci fut proposée pour la première fois par Howard Gardner, psychologue en 1983, et enrichie en 1993. H. Gardner définit l'intelligence comme « *une capacité ou un ensemble d'aptitudes qui permet à une personne de résoudre des problèmes qui sont importants dans un contexte donné* » (Cugno, 2021).

Différentes facettes de l'intelligence dimensionnent donc la manière collective de faire face au réel, de mettre en débat le quotidien dans le cadre d'échanges plus ou moins formels telles que :

- l'intelligence métier en ce qu'elle apporte à la résolution de problème la connaissance des règles du métier. Ces règles sédimentent l'expérience des professionnels, elles portent les traces des procédés, procédures retenus dans un contexte donné, pour une période mais également la trace des délibérations et justifications qui permettent la production d'un accord normatif (Seferdjeli & Terraneo, 2015) ;
- l'intelligence sociale qui définit la capacité de comprendre les autres, de communiquer avec eux et d'anticiper l'apparition d'un comportement. Elle permet à l'individu d'agir et de réagir avec les autres de façon correcte et adaptée. Elle permet l'empathie, la coopération, la tolérance (Gardner, 2019) ;
- l'intelligence émotionnelle car les émotions sont intimement liées à la réflexion et à la prise de décision. En effet, les émotions jouent un rôle important dans nos comportements. C'est pourquoi l'intelligence émotionnelle est une compétence essentielle à développer, qui permet de comprendre nos émotions afin de réguler nos actions et nos relations. Pour certains, il s'agit même d'une approche managériale (Cayet, 2022).

Selon Daniel Goleman, docteur en psychologie et pionnier dans le domaine, (Cayet, 2022) deux tiers des résultats d'une entreprise sont obtenus grâce aux compétences émotionnelles des cadres. C'est donc dire qu'un *leader* qui fait preuve d'une grande intelligence émotionnelle aura plus de facilités à motiver et à influencer positivement son équipe.

L'efficacité organisationnelle hospitalière pourrait s'inspirer du concept d'intelligence émotionnelle tel que décrit par Goleman en développant quatre aptitudes essentielles :

- . la conscience de soi est la capacité d'accueillir nos émotions, de reconnaître leurs effets sur les autres ;
- . la gestion de soi est la capacité à gérer nos émotions et à agir de manière responsable et réfléchie ;

- . l'empathie est la capacité de considérer les autres avec une sensibilité et une attention singulière et d'interagir avec les autres en tenant compte de leur état émotionnel ;
- . l'aptitude sociale qui est la capacité de gérer les conflits par la collaboration et la construction de réseaux d'acteurs (Cayet, 2022).

Ainsi, si l'hôpital est défini comme une organisation combinant un collectif et des intelligences qui interagissent entre elles, il est soumis au principe de performance qui vient contrarier les logiques de soins et moyens pour viser une culture de résultat.

### **1.2.3 Vers la performance des organisations hospitalières**

La performance se définit comme la capacité à atteindre avec pertinence des objectifs exprimés en termes d'efficacité socio-économique, d'efficience et de qualité des services rendus aux usagers en mobilisant les ressources utiles (Crommelinck & Lebrun, 2017).

Si nous explorons le fait que performance des organisations et intelligence collective sont reliées entre elles, cette corrélation doit s'affranchir de la présomption négative dont elle est souvent l'objet. En effet, le thème de la performance renvoie souvent à une triple méfiance qui tient notamment au fait que ce concept est trop souvent limité à la notion de productivité (Frimousse & Peretti, 2019) :

- la première crainte, issue de l'inconscient collectif, fait de la performance un concept propre au secteur de l'économie marchande, dont il est issu, qui serait contraire à la recherche de l'intérêt collectif propre au secteur public ;
- la deuxième crainte fait de la performance un « cheval de Troie » du libéralisme liant la compétitivité d'une organisation publique au seul critère économique. De ce fait, la performance publique et en particulier hospitalière doit prendre en compte l'existence de missions de service public nécessitant d'introduire dans les dimensions de la performance des concepts tels que les services rendus aux usagers et aux populations ainsi que la satisfaction des professionnels ;
- la troisième crainte que génère le thème de la performance au sein du secteur public hospitalier est liée à l'appréhension de l'introduction d'une compétitivité entre service public et entre agents de ces mêmes services.

Ces craintes nécessitent une grande prudence dans la mise en œuvre d'une démarche de performance dans le secteur public hospitalier.

Cela passe par un effort de pédagogie et de formation pour expliciter les bénéfices que peut générer la mise en œuvre d'une démarche de mesure de la performance hospitalière.

Mais aujourd'hui, mieux informés des liens essentiels entre tous les acteurs du système de santé pour objectiver des organisations performantes, nous savons à quel point un modèle managérial performant est celui où les responsables créent les conditions de ces liens, particulièrement lorsqu'ils ne sont pas choisis ou voulus.

Seule l'intelligence collective peut permettre d'atteindre ce niveau supérieur de fonctionnement (Frimousse & Peretti, 2015).

Ce sont ainsi les synergies qui créent des collectifs intelligents capables de faire face au double enjeu auquel chaque organisation professionnelle publique est confrontée, à savoir faire plus et mieux ou autrement avec moins de dépenses réalisées et s'inscrire dans une démarche d'organisation durable et responsable (Grosjean & Lacoste, 1999).

Poser la question de la performance des organisations, c'est donc poser la question de la performance du management de ces organisations. Ce qui la génère est moins notre capacité à bâtir un système de commandement hiérarchique clair, même s'il est indispensable, que de faire vivre un système décisionnel fondé sur l'appropriation et le partage du sens de l'action (Chapuis et al., 2017).

Et, même si depuis cinquante ans, l'hôpital a changé en matière d'organisation et de fonctionnement collaboratif avec l'avènement des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et des protocoles de coopération, force est de constater que l'hôpital doit aller encore plus loin pour repenser les rapports humains et ambitionner une plus grande implication et autonomie des professionnels dans les projets et les organisations de travail (Issor, 2017).

L'outil principal de la performance du système de santé est son organisation. La notion de territoire et donc d'organisation territoriale est un premier outil. Travailler sur la notion de territoire de proximité peut être gage de performance, d'équité et de pertinence des parcours de santé.

Un autre outil de la performance est la coordination. Un système de santé performant est un système non cloisonné, coordonné entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre ville et hôpital.

La coordination est surtout une coordination entre les acteurs du système ; elle doit faciliter une conception de la santé non réduite à la maladie ou à l'organe malade, mais élargie à une dimension holistique.

Enfin, le poids des mots a son importance. Le terme de management humain est préférable à celui de «gestion des ressources humaines».

Un management humain performant est un management respectueux des personnes. Le bon « manager » est celui qui permet de donner du sens (aussi bien en termes de direction que de signification) à des actions coordonnées dans une visée du soin juste (aussi bien en termes de justice que de justesse).

Il valorise les qualités et les potentiels des personnes, des équipes et des structures plutôt que d'insister sur les limites des personnes, les résultats médico-économiques et financiers des équipes.

Il est un outil de performance lorsqu'il valorise les différences et les considère comme des richesses dans une dynamique du groupe, lorsqu'elle promeut la confiance plus que la méfiance, lorsqu'il est bien-traitant, qu'il sait responsabiliser et déléguer (Issor, 2017).

### **1.3 Management et intelligence collective, un modèle à combiner pour le directeur des soins**

Jusque dans les années 1970, les principes de gouvernance édictés par Henri Fayol en 1916 et basés sur un paradigme du contrôle définissaient encore largement la pierre angulaire du management dans les organisations. Alors que le taylorisme a décomposé le travail en travail d'exécution et en travail de conception valorisé par une relation hiérarchique, les exigences à tous les niveaux de l'organisation et les évolutions sociétales en démontrent très largement les limites à l'heure actuelle et invitent à proposer une conception plus agile et innovante du management (Chapuis et al., 2017).

Qui plus est, la complexité grandissante de l'environnement de travail des professionnels dans un établissement de santé rend ce modèle taylorien impraticable et totalement dénué de sens.

Si le management peut se définir comme l'ensemble des techniques d'organisation et de gestion dans un établissement, il repose sur une démarche globale déclinée en six grandes fonctions : piloter, contrôler, organiser, déléguer, animer et diriger (Barbot & Marchandet, 2021).

Manager renvoie donc à l'action d'organiser le travail des individus au sein d'un collectif, de les impliquer et de les motiver en fixant des objectifs et en établissant des normes de performances dans une logique d'efficacité collective.

En outre, la nécessité de réactivité, de rapidité d'exécution (largement décrit lors de la crise sanitaire) et la nécessité de responsabilisation et de fidélisation des acteurs traduisent le besoin de conceptions agiles et innovantes et remet donc profondément en question le management traditionnel.

En cela, une introspection de la conception même du management qui bouscule ce cadre traditionnel est intéressante car elle peut constituer un enjeu clef de performance des organisations hospitalières (Damart, 2013).

Dans ce contexte, l'intelligence collective devient une véritable force managériale et constitue un nouvel élan pour réinventer un leadership plus innovant et objectiver un modèle dynamique du processus collectif en explorant le potentiel de collaboration des acteurs engagés dans le système hospitalier au profit du bien commun (Labat, 2019).

C'est donc tout un ensemble de pratiques, d'outils managériaux, de dispositifs de gestion et de communication qu'il nous semble intéressant de questionner d'abord sur un plan théorique pour ensuite les investiguer sur le terrain. Ainsi, nous proposons à la lecture, quatre objectifs managériaux qui nous semble combiner management et intelligence collective.

### **1.3.1 Investir la démarche participative d'un management « CO-laboratif »**

Il nous semble plus que jamais opportun de réfléchir aux formes de collaboration qui sont impactées par les différentes transitions que traversent les organisations hospitalières et qui nécessitent de penser les façons de faire plus collectives et innovantes.

En cela, le management participatif est la seule méthode de gouvernance qui place l'intelligence collective au cœur du fonctionnement des organisations hospitalières. Ce type de management se base sur l'implication de l'ensemble des acteurs dans tous les processus décisionnels et organisationnels (Lenhardt, 2018).

Il tend à :

- optimiser la collaboration des professionnels, impliquant un dialogue entre managers et managés autour d'une problématique pour en faire ressortir tous les bénéfices et les apports collectifs ;
- favoriser l'implication de toute une équipe dans la prise de décision ;
- trouver un consensus en demandant l'avis de tous, ce qui a pour effet l'apparition de nouvelles idées ;
- permettre une meilleure cohésion de groupe ;
- distinguer les espaces de travail qui sont assez souvent mélangés : celui de la créativité, de la participation à la décision, de la part d'exécution et celui de la supervision.

Par ailleurs, si l'on évoque la démarche participative, il nous semble incontournable de nous arrêter sur le concept de co-construction, devenu avec le temps une référence

idéologique et méthodologique dans de nombreux domaines comme celui de l'innovation technique, organisationnelle ou de la recherche médicale et paramédicale.

Ces domaines rassemblent et impliquent plusieurs entités pour élaborer un nouveau projet ou croiser des savoirs en tenant compte de contraintes plurifactorielles (Foudriat, 2021).

Ainsi, la co-construction fait partie du discours institutionnel aujourd'hui et se définit comme « *un processus par lequel un ensemble d'acteurs expriment et confrontent leurs points de vue sur un fonctionnement, organisation, une représentation, une problématique...* » (Foudriat, 2021).

En s'engageant dans une démarche de recherche de convergence, les parties prenantes cherchent à trouver un accord sur des traductions de leurs opinions pour conclure à un compromis qui aboutira à une décision acceptable et acceptée par les différents acteurs.

En cela, la co-construction traduite comme la recherche de sens commun est le fondement de la promotion d'un idéal démocratique et montre que l'engagement des acteurs constitue une alternative incontournable de réussite organisationnelle. Selon le niveau de délibération proposé et le degré d'implication des individus dans le processus décisionnel, plusieurs schémas de pensées et d'actions s'intègrent dans la co-construction comme la co-conception, la co-production ou encore la co-décision (Foudriat, 2021).

Pour poursuivre, nous proposons de nous arrêter sur le concept de co-développement. Défini comme une technique participative fondée sur l'expérience vécue et le partage de cette expérience entre différentes personnes qui interagissent dans l'organisation, il représente un dispositif d'accompagnement collectif. Développé dans les années 90, au Québec, le co-développement est une approche d'apprentissage qui mise sur les interactions entre les participants et l'intelligence collective pour répondre à des problématiques professionnelles propres à chaque participant. C'est le dialogue et la réflexion commune au groupe qui font émerger les solutions et la progression des participants (Calvez & Dolidon, 2014).

Le modèle de David Kolb, pédagogue, est assez illustratif de cette technique car il démontre la pertinence de la mise en œuvre d'un processus fondé sur l'apprentissage dans l'action comme facteur d'adaptation au contexte actuel de transformation des organisations. Ce concept est issu de divers courants de réflexion sur l'action, sur le questionnement réflexif, sur le principe d'autonomie ou encore sur celui de l'entraide dans l'apprentissage et du coaching par les pairs (Barbot & Marchandet, 2021).

La méthode de co-développement vise une manière d'interagir et s'organise autour :

- d'un groupe de personnes entre pairs ;
- de jeux de rôle ;
- de l'analyse de situations professionnelles concrètes, vécues.

### **1.3.2 Miser sur le principe de subsidiarité**

**Un management basé sur la subsidiarité est une nouvelle manière d'approcher et de comprendre le leadership.**

Les théories des organisations suggèrent la refonte de la structure des hôpitaux et le renversement de leur constitution pyramidale (Barbot & Marchandet, 2021).

Utilisée au niveau de la prise de décision, la subsidiarité repose sur l'idée d'une responsabilité déléguée à l'échelon le plus adéquat. Sa mise en œuvre suppose des valeurs exprimées, partagées et un management propice à l'autonomie des acteurs.

En cela, les managers passent du statut de décideur et d'expert à celui de facilitateur et d'accompagnateur. Mettre en place la subsidiarité dans une organisation revient pour un manager à un changement de posture, il se met alors au service de ses collaborateurs.

Ce type d'organisation développe l'autonomie et la créativité de chacun et peut répondre aux attentes des professionnels d'être mieux formés, plus autonomes, plus responsables et plus impliqués dans les décisions.

La subsidiarité prend alors appui sur l'autonomie individuelle de chacun et sur la construction d'un collectif solide (Barbot & Marchandet, 2021).

C'est donc toute une réflexion à avoir sur la question de la confiance, sur la croyance dans les capacités de chacun à être responsable et à devenir performant.

En appliquant le principe de subsidiarité au sein d'une organisation, on considère que le niveau hiérarchique ne prime pas sur la prise de décision. Souvent comparée à la délégation, la subsidiarité est plus « complète » en ce qu'elle combine la réalisation d'une action et les décisions qui lui sont relatives : on part de la personne et de ses compétences.

Avec le principe de subsidiarité, le manager fait évoluer sa posture vers un rôle de facilitateur, de ressource qui donne à chacun ce dont il a besoin pour remplir ses responsabilités.

Pour s'imposer au sein des organisations, permettre des circuits de décision plus courts et agiles, la subsidiarité repose sur la clarification incontournable de cette notion primordiale de responsabilité (Barbot & Marchandet, 2021).

Elle doit être :

- comprise par tous : chacun au sein de l'organisation doit être conscient de ce qu'on attend de lui, de la posture à adopter et des enjeux rattachés à l'application de ce principe ;
- acceptée de tous : il semble évident que l'adhésion de chacun doit être remportée pour faire accepter ce principe qui redistribue les rôles et les postures au sein de l'entreprise. Pour cela un nécessaire travail à minima de sensibilisation autour de l'agilité, de la transmission du sens et des ambitions d'une telle transformation doit être mené ;
- encouragée à tous les niveaux : comme tout changement, il ne suffit pas de décréter que l'on va appliquer le principe de subsidiarité pour que la transformation soit immédiate ;
- maîtrisée : l'enjeu de compétences est ici primordial puisque celui qui décide est désigné en fonction de son degré d'expertise.

La subsidiarité peut ainsi se résumer à ceci, « *faire et donner confiance se construit en créant de la valeur pour chacun...* » (Barbot & Marchandet, 2021).

### **1.3.3 Cibler un management situationnel**

Le principe de ce modèle repose sur la capacité des managers et managés à faire face à l'imprévu et à l'incertitude que traversent nos organisations hospitalières par l'intelligence humaine (Lenhardt, 2018).

L'agilité managériale prend ici tout son sens pour développer un leadership adaptable et pour mieux faire fonctionner un collectif au travail (Ettori, 2022).

Dans une intervention aux assises hospitalo-universitaire, F.Ettori, spécialiste en management agile explique qu'on ne peut pas anticiper seul tous les imprévus et complications qui peuvent impacter une organisation, un fonctionnement. A un niveau de directeur, on a une maîtrise stratégique des enjeux, des situations et de leur complexité qui est supérieure à celle de ses collaborateurs. Par conséquent, nous sommes très souvent dans la gestion des process, des procédures. En faisant cela, dit-il, on se prive de leur intelligence.

Ainsi, plusieurs leviers concrets permettent d'améliorer sa capacité à rendre son équipe et soi-même plus agiles :

- Ecouter : pour agir sur le réel, il faut être capable d'entendre le quotidien des personnes avec lesquelles nous travaillons.

- Même si cela est parfois difficile, il faut écouter, communiquer quand on ne comprend pas, quand on n'est pas d'accord ou quand ça ne fonctionne pas ;
- Savoir quel est notre rôle : au-delà de l'opérationnel, le rôle primordial dans ce type de management est de partager une vision, des valeurs, un sens, d'énoncer une direction collectivement en construisant ensemble les objectifs et de mobiliser les intelligences des acteurs ;
  - Réussir à créer un climat de confiance : sans confiance dans la durée, il ne se produit rien et il est impossible de créer de l'intelligence collective.

En psychologie sociale, trois facteurs de réussite sont souvent énoncés (Ettori, 2022) :

- pour que l'autre se sente en confiance, il faut être capable de se montrer dans sa vulnérabilité en reconnaissant par exemple qu'on ne sait pas ;
- ne pas craindre le conflit voir l'accepter plutôt que de le contourner. Les « bons conflits » sont ceux qui sont tournés autour de nos valeurs et d'un sens établi ;
- la reconnaissance : plutôt que d'identifier en permanence ce qui ne fonctionne pas ou qui pourrait s'améliorer, il faut donner de la considération en soulignant ce qui fonctionne.

#### **1.3.4 Penser intelligence collective, c'est déjà innover**

Notre intention à travers cette partie est d'explorer les formes que peuvent prendre les innovations managériales dans différents contextes et au travers de différentes expériences pour penser intelligence collective.

Le management est le parent pauvre de l'innovation parce que cette dimension qui porte sur la relation humaine et la conduite du changement est la plus difficile à faire évoluer.

Dans un système de plus en plus connecté mais instable, le management pyramidal, hiérarchique et cloisonné paraît dépassé. Il convient d'aller chercher d'autres leviers pour gagner en efficacité, en qualité de vie au travail et promouvoir engagement et fidélisation (Barbot & Marchandet, 2021).

Les innovations managériales les plus inspirantes sont celles qui placent l'humain au centre des pratiques quotidiennes de telle sorte qu'en découle une synchronisation entre les acteurs et les actions. C'est un modèle de pensée qui incite les responsables à sortir du cadre managérial conceptuel de référence.

Imaginer des services de soins comme des lieux où seuls ces critères normés garantissent l'articulation qualitative des organisations est naïf et peu réaliste.

Il y a naturellement des marges que les acteurs cherchent à aménager constamment et les pratiques professionnelles sont tour à tour dévoyées, transformées, appropriées.

Le consensus reste alors un idéal à construire bien que dans un grand nombre d'organisations, les occasions de concertation et d'échanges soient fréquentes. (Barbot & Marchandet, 2021)

Les mesures des accords du Ségur comme la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé par la confiance et la simplification impulsent de l'innovation managériale faisant plus que jamais appel à l'intelligence collective.

Elles convergent pour donner aux établissements les leviers permettant d'impulser des politiques managériales et des organisations renouvelées laissant plus de marge de liberté aux acteurs de terrain.

Ces mesures appellent des évolutions innovantes dans les pratiques de management et de valorisation portant sur l'engagement professionnel, le collectif de travail et les projets d'équipe ouverts à la créativité (Barbot & Marchandet, 2021).

L'innovation en établissements de santé est donc un enjeu managérial crucial pour faciliter les projets de transformation des organisations hospitalières. Elle se gère de manière collaborative avec tous les acteurs pour les aider à exprimer leurs idées, optimiser leurs organisations, mobiliser leurs compétences et l'écosystème dans lequel ils évoluent.

L'innovation est donc vectrice de nouvelles solutions ou de propositions d'amélioration d'organisations déjà existantes. Ces solutions, recherchées collectivement pourraient être mobilisées comme des opportunités pour progresser ensemble vers de nouvelles façons de travailler et d'impliquer toutes les parties prenantes dans le diagnostic des situations problématiques.

A titre d'exemple, nous proposons à la lecture le concept du management intégratif qui place l'individu au cœur de la démocratie et s'appuie sur l'idée que nous sortions meilleurs de nos expériences. M.P Follett, auteure philosophe politique et consultante en management a bâti cette théorie. Elle développe la notion de situation totale : les individus partagent une seule et même situation et, dans les organisations, des dynamiques d'interactions expliquent les comportements de chacun.

Dans ce cadre, les différences entre individus nourrissent les processus d'interaction sociale et le conflit est constructif en ce qu'il permet d'alimenter des processus créatifs et innovants.

Par le biais d'interactions entre les individus et d'ajustements, des idées nouvelles émergent et ces idées sont de nature à permettre des solutions qui satisfassent simultanément et entièrement toutes les parties. Follett parlera de conflit constructif (Damart, 2013).

Dans cette perspective, le leadership ne provient pas de la capacité à asseoir un « pouvoir sur » mais plutôt dans la capacité d'instaurer un « pouvoir avec » : le leadership devient diffus.

Le manager devient un personnage clé non parce qu'il est le grand ordonnateur de l'organisation mais parce qu'il met en place des dispositifs d'organisation et adopte une posture managériale qui permet à chacun de prendre sa place dans le groupe et dans des processus intégratifs créatifs (Damart, 2013)

#### **1.4 Conclusion et formulation des hypothèses**

Si comme nous l'avons détaillé dans notre cadre théorique la notion d'intelligence collective participe d'un changement de paradigme des modèles de pensée et de management des DS, elle devient pour ainsi dire un principe de fonctionnement incontournable. La question de savoir comment capitaliser cette intelligence collective et faire prendre conscience de son potentiel pour des organisations performante reste toute entière.

Car, si la crise sanitaire a montré le formidable élan de solidarité des professionnels et la démonstration d'un collectif performant, faisant presque oublier la complexité des interactions humaines à l'hôpital, elle ne doit pas occulter la réalité d'un système à bout de souffle notamment sur le plan humain (Delmotte, 2021).

Ainsi, les théories énoncées dans notre 1<sup>er</sup> chapitre nous apprennent qu'il ne fait aucun doute que la performance réside dans le « NOUS », dans l'accomplissement de coopérations acceptées dans un but commun. Plus forte que la notion de collaboration qui implique d'agir les uns à côté des autres, l'intelligence collective sous-entend une volonté de faire œuvre ensemble pour atteindre un objectif partagé.

Ainsi, nous basons notre réflexion autour de deux hypothèses :

- **Miser sur l'intelligence collective est la clé de réussite d'organisations performantes ;**
  
- **Interagir et co-construire dans un système complexe requiert une flexibilité des modèles managériaux.**

## **2 Le cadre exploratoire**

### **2.1 Présentation de la méthodologie utilisée**

L'investigation sur le terrain que nous proposons nous permet de faire une analyse des éléments théoriques décrits en première partie, de mesurer des écarts et d'initier une réflexion prospective.

Notre démarche prend en compte trois outils d'investigation complémentaires que sont le questionnaire, l'entretien semi-directif et l'observation en stage. Notre intention réside dans la volonté d'être le plus exhaustif possible dans l'investigation déployée pour construire notre analyse et nos préconisations pour notre pratique future.

Nous aborderons donc en premier lieu le cadre de notre enquête puis les résultats obtenus pour enfin les confronter à nos hypothèses.

#### **2.1.1 Argumentation des méthodes d'investigation choisies**

Comme précisé, nous avons utilisé trois outils d'investigation afin de construire un dispositif d'enquête cohérent et pertinent pour notre sujet d'étude. Ils nous permettent de mobiliser plusieurs points de vue et expériences sous des formes de recueils diversifiés afin de confronter la théorie à la réalité de terrain (Debret, 2018) :

- le questionnaire, technique d'investigation quantitative, il vise à obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur une ou plusieurs populations. C'est un outil méthodologique qui comprend un ensemble de questions s'enchaînant de manière structurée et logique. Nous avons construit notre questionnaire à partir du logiciel « google form » pour nous faciliter sa diffusion à un grand nombre de professionnels et structurer l'interprétation des résultats.

La trame de notre questionnaire, visible en annexe 1 est élaborée à partir de questions fermées et cherche à dénombrer les avis des professionnels interrogés sur :

- les principaux facteurs qui rendent les interactions complexes à l'hôpital ;
- les limites de la démocratie dans le processus décisionnel ;
- le type d'intelligence propice au management efficace des organisations ;
- les critères sur lesquels se fonde l'action collective ;
- les orientations choisies pour constituer un groupe de travail performant ;
- les facteurs qui conditionnent une collaboration efficace ;
- les axes managériaux priorités pour des organisations collectives efficaces.

- l'entretien semi-directif est une technique qualitative visant la recherche d'une diversité de discours expérientiels, auprès de plusieurs professionnels afin d'obtenir une représentativité notable et exploitable.

Cet outil nous permet une comparaison de plusieurs points de vue à partir de l'analyse et de la singularité de chaque réponse apportée. Il permet de comprendre finement les liens entre les éléments questionnés en lien avec la théorie développée et de percevoir les vécus et ressentis des uns et des autres. Il permet enfin de laisser la parole de l'interviewé libre et de guider le déroulement des entretiens. Dans ce contexte, l'authenticité et la spontanéité des réponses sont recherchées.

- l'observation, technique qualitative qui permet de recueillir des données verbales et non verbales. Cette technique propose de se focaliser sur le comportement d'une personne ou d'un groupe, plutôt que sur ses déclarations (Debret, 2018).

Au cours de notre stage de 10 semaines, nous avons observé ce que les professionnels font et ce qu'ils disent, sans intervenir, ce qui nous a permis, à travers la description de comportements, de situations et de faits, de mesurer des réalités de terrain intéressantes pour notre sujet d'étude.

### **2.1.2 Présentation des étapes de l'enquête et des limites**

En regard de notre sujet d'étude ciblant l'intelligence collective et dont la problématique réside autour du « défi de manager des collectifs en bonne intelligence au profit d'organisations performantes », nous avons mené notre enquête en deux étapes :

1- diffusion d'un questionnaire à destination de directeurs des soins, de cadre de pôle et cadre de proximité. Nous avons recueilli 225 réponses ;

2- réalisation de 14 entretiens semi-directifs auprès de DS et cadres de pôle. Nous avons mené 9 entretiens par visio-conférence et 5 entretiens en présentiel. Pour l'ensemble des entretiens menées, les conditions étaient favorables, l'entretien le plus court a duré 31min et le plus long 1h36 minutes.

#### **Les limites :**

Nous avons porté notre enquête auprès des cadres de pôle lors de notre 1<sup>er</sup> stage sur une phase exploratoire de notre travail et sans doute trop tôt en regard de notre cadre théorique en cours d'élaboration. Ils nous ont permis de déterminer certains enjeux pour le DS pour investir de l'intelligence collective. Pour autant, si le contenu de ces entretiens sont venus alimenter notre investigation auprès des DS par la suite, nous avons priorisé des retours d'expérience de DS pour mener notre analyse thématique.

## Choix des personnes interrogées :

établissement	Fonction occupée	Ancienneté et mobilités dans la fonction de DS
CHU	Directeur des soins	DS N°1 = 10 ans et 3 mobilités DS N°2 = 7 ans et 1 mobilité DS N°3 = 2 ans et pas de mobilité
CH	Directeur des soins  5 cadres de pôle (CP)	DS N° 4 = 5 ans et pas de mobilité DS N°5 = 12 ans et 4 mobilités DS N°6 = 11 ans et 1 mobilité DS N°7 = 2 ans et pas de mobilité DS N° 8 = 3 ans et pas de mobilité
APHP	Directeur des soins	DS N° 9 = 4 ans et 2 mobilités

## 2.2 Analyse de l'enquête

Nous faisons le choix de présenter en 1<sup>er</sup> lieu une analyse quantitative pour ensuite aborder une analyse plus thématique en regard des entretiens réalisés et de nos observations de stage.

### 2.2.1 Analyse de l'investigation quantitative

Le choix d'une enquête quantitative nous est apparu intéressante pour mesurer les facteurs qui complexifient les interactions à l'hôpital et qui potentiellement pourraient limiter l'action collective et le processus décisionnel comme nous avons pu le décrire dans notre propos introductif. Notre questionnaire nous permet aussi d'identifier ce que pourraient être les fondements d'une action collective efficace et collaborative et donc performante pour le directeur des soins.

Pour introduire notre questionnaire, nous avons proposé aux personnes interrogées comme objectif notre volonté de questionner leur vision quant à l'ambition de cultiver un état d'esprit collectif visant un ajustement intelligent et partagé pour des organisations performantes.

<b>Statistiques des résultats du questionnaire les plus significatifs</b>	<b>Limites de notre enquête</b>	<b>objectifs de réajustement mesurés lors des entretiens</b>
<b>24%</b> des professionnels interrogés sont à part égale des directeurs des soins ou des coordinateurs généraux des soins	<p>- Nous n'avons pas connaissance des mobilités réalisées dans leur parcours professionnel et des écarts dans leur marge de conduite de leur management et de leur position dans l'institution</p> <p>- Nous n'avons pas connaissance du lieu d'exercice (CH ou CHU)</p>	<p>- Questionner leur mobilité et son impact sur la manière de manager un groupe de professionnels, en regard de l'environnement de travail, de la position institutionnelle et de l'expérience...</p> <p>- Identifier des limites ou des avantages à la co-construction selon l'environnement de travail et le leadership.</p>
<b>56%</b> des professionnels interrogés sont des cadres de pôle		
<b>64%</b> des professionnels interrogés sont des cadres de proximité		
<b>40%</b> des professionnels interrogés ont une expérience de moins de 4ans sur une fonction managériale	<p>Nous n'avons pas distingué l'ancienneté des personnes questionnées selon la fonction occupée.</p> <p>Nous n'avons pas la connaissance de leur parcours professionnel sur ces années.</p>	<p>- Evaluer l'importance de l'expérience et de la temporalité pour co-construire et innover dans son management ;</p> <p>- Connaître le parcours des professionnels interrogés ;</p> <p>- Identifier l'évolution de la posture managériale des personnes interrogées et les enjeux s'y rattachant ;</p> <p>- Mesurer le regard expérientiel sur la notion de co-construction selon la fonction managériale occupée et l'ancienneté.</p> <p>- Analyser les actions ou réflexion innovantes énoncées lors des entretiens.</p>
<b>22%</b> des professionnels interrogés ont une expérience comprise entre 4 et 8ans sur une fonction managériale		
<b>38%</b> des professionnels interrogés ont une expérience supérieure à 8ans sur une fonction managériale		

Sur la question des éléments qui complexifient les interactions à l'hôpital, nous apportons l'analyse suivante :

- pour les professionnels questionnés, la diversité des métiers associés aux décisions ne complexifie pas outre mesure les interactions. Paradoxalement, dans le contexte décrit en introduction et lors de nos observations en stage, il nous apparaît que la pluralité des métiers convergeant dans un processus décisionnel rend les négociations et l'arbitrage difficile voire même renvoie une insatisfaction générale des différents protagonistes.
- les professionnels questionnés éliminent quasiment à l'unanimité les relations intergénérationnelles comme facteur complexifiant les interactions.

Sur ce constat, nous avons rompu avec une de nos certitudes qui renvoie à notre expérience de cadre formateur puis de directeur d'institut de formation notamment à travers les analyses de pratique des étudiants et les retours d'expérience de tuteurs de stage. En effet, ces derniers verbalisaient des tensions voire des conflits entre générations de professionnels, ne se comprenant pas sur les valeurs du métier, les priorités et sur un plan plus pratique sur des techniques remises parfois en question entre générations de professionnels.

- 75% des professionnels questionnés énoncent le manque de communication, la diversité de points de vue et la gestion de l'absentéisme comme facteurs complexifiant les interactions. Nous avons fait les mêmes constats sur notre période d'observation en stage avec sans doute une prédominance pour le manque de communication voire l'absence de communication qui laisse parfois entrevoir de l'incompréhension et des tensions peu favorables à l'action de groupe et à l'intelligence collective.

En revanche, notre observation sur la gestion de l'absentéisme a évolué et nous constatons davantage de solidarité notamment au sein du groupe des cadres qui exposent plus facilement au collectif leurs difficultés et trouvent entre pairs des solutions.

Sur la question des critères que les professionnels interrogés cherchent avant tout pour constituer un groupe de travail efficace, nous apportons l'analyse suivante :

- 91% priorisent la compétence des membres associés dans le groupe de travail ;
- 57% mobilisent les forces et les faiblesses des personnes pour rendre plus efficace un groupe de travail.

Dans notre cadre théorique, nous avons mis en évidence la nécessité de repenser la valeur ajoutée du management participatif et la nécessité de prendre en compte toutes les énergies révélées comme un atout majeur pour fédérer des équipes. Cette notion de mobilisation des forces et faiblesses est démontrée dans la littérature comme une intelligence émotionnelle pour un leader tel qu'un DS en ce qu'elle apporte plus de facilité à motiver et à influencer positivement son équipe en regard d'un environnement de travail bien connu et mesuré.

Mais, à contrario, à la question : « comment définir l'intelligence émotionnelle ? », seulement 15% des professionnels interrogés évoquent une possibilité d'influence positive sur les autres.

A 62%, ils se sont davantage positionnés sur le fait que mobiliser de l'intelligence émotionnelle est un moyen de régulation des relations interprofessionnelles et à 60% un outil de gestion des conflits.

Ce constat nous semble intéressant et nous pouvons le croiser avec notre expérience de formateur où, lors des analyses de pratique professionnelles, les tuteurs de stage confrontaient leur expérience à celle des étudiants notamment sur des situations où l'émotion était perceptible chez les étudiants et où une certaine relativité ou prise de recul exprimées par les professionnels apportaient une objectivité au récit.

Sur la gestion des conflits, dans nos observations de stage et dans notre expérience, nous rejoignons ce constat et mettons l'accent sur l'importance pour le DS de bien connaître son environnement de travail et ses proches collaborateurs pour influencer positivement une situation conflictuelle et renouer un dialogue.

A titre d'exemple, nous avons été témoin en stage d'une réunion avec 10 cadres de proximité actuellement en institut de formation des cadres de santé (IFCS) et réunis par la coordinatrice générale des soins (CGS) pour évoquer leur affection à leur retour.

Il est à préciser qu'en amont de leur entrée en IFCS, chaque cadre avait été reçu individuellement par la CGS pour échanger sur leur parcours professionnel et leurs perspectives d'avenir.

Au cours de cette réunion d'affectation, le contexte des postes à pourvoir est exposé ainsi que leur nombre (10 postes pour 10 retours). Sur un plan méthodologique et stratégique, 2 propositions sont énoncées par la CGS au groupe : soit les affectations sont faites de façon arbitraire en regard des parcours des uns et des autres et des souhaits qu'ils ont émis soit, ils se concertent ensemble pendant 30 minutes, négocient et trouvent un consensus pour les affectations. A l'unanimité, la 2<sup>e</sup> proposition a été retenue et 30 minutes après, le groupe est revenu vers la CGS avec les affectations faites.

Nous avons pu débriefer avec la CGS de cette situation dont cette dernière s'est félicitée et en a fait un retour positif aux futurs cadres qui avaient réussi à s'accorder et à faire preuve d'intelligence collective.

Sur la question du type d'intelligence qui rend efficace le management des organisations, nous mesurons à travers les réponses apportées que le point de vue des professionnels interrogés corrobore avec la littérature. En effet, à quelques pourcentages près, les professionnels sont convaincus que c'est en mobilisant les 3 intelligences sociale, métier et émotionnelle dans sa posture managériale et sa communication que l'action collective prend sens et offre de belles réussites collaboratives.

Nous pouvons mettre ce constat en lien avec les réponses apportées à la question sur les critères qui fondent une action collective efficace en ce qu'elles traduisent les principes essentiels qui définissent dans la littérature l'intelligence collective.

En effet, les personnes interrogées estiment que le respect et l'esprit de partage (pour 70% d'entre eux), la relation de confiance (pour 75% d'entre eux) et la méthode co-constructive (pour 80% d'entre eux) sont essentiels et incontournables.

En revanche, seulement 13% des personnes interrogées considèrent que l'entente entre les membres d'un groupe fonde une action collective efficace. Ce constat est en parfaite adéquation avec notre partie théorique sur les formes d'intelligence. On peut développer une manière d'appréhender le collectif en bonne intelligence sans pour autant partager les mêmes avis ou bien s'accorder entre personnes ayant les mêmes affinités.

Enfin, 87 % des personnes interrogées estiment que le caractère chronophage de devoir s'accorder à plusieurs représente une limite à la méthode participative dans le processus décisionnel à l'hôpital. En cela, les éléments théoriques que nous avons explorés convergent en ce sens. La diversité des métiers, des priorités et des besoins et attentes des acteurs qui gravitent dans le système hospitalier demeure une complexité dans l'arbitrage décisionnel surtout si nous voulons accorder une place à chacun.

## **2.2.2 Analyse thématique relevant des entretiens et de nos observations**

Concernant notre problématique de départ : « ***dans quelle mesure manager des collectifs en bonne intelligence représente-t-elle un levier de performance pour le directeur des soins ?*** » et pour nous projeter avec objectivité dans la fonction de DS, nous avons investigué comme évoqué précédemment des retours d'expérience de directeurs des soins et de cadres de pôles.

Ils nous permettent de mesurer ce qui se joue autour du collectif aujourd'hui dans les organisations hospitalières et la manière avec laquelle on peut inscrire dans le temps, une alchimie des intelligences comme levier de performance managériale et d'engagement au service du collectif.

Les retours des professionnels interrogés nous orientent sur leurs différents points de vue à travers leurs expériences professionnelles, leur regard sur l'évolution des interactions à l'hôpital et plus largement sur la progression dans leur management.

Il en demeure que le fil conducteur que nous avons retenu au terme de notre enquête réside dans le fait que la qualité et la performance des relations de travail ne se décrètent pas mais s'instaurent, se construisent pour converger vers un modèle adapté et efficace de dialogue et de coopération au service des usagers et du collectif.

Nous pouvons dégager deux thématiques de notre investigation sur le terrain et de nos observations que nous centrons sur la fonction de DS comme déclinée ci-dessous :

- **l'intelligence collective se cultive par une posture du DS qui pense collectif en permanence ;**
  - **l'intelligence collective se cultive en repensant la manière de faire collaborer une pluralité de professionnels.**
- ⇒ **L'intelligence collective se cultive par un positionnement du DS qui pense collectif en permanence :**

Il nous semble intéressant de rapporter le fait qu'il persiste de façon unanime, dans les propos recueillis, la nécessité d'adopter en tant que directeur des soins une posture managériale qui pense collectif en permanence, à tous les niveaux à partir du moment où le DS a des équipes sous sa responsabilité à gérer et où il fait partie d'une équipe de direction qui prend des décisions et qui arbitre.

Dès lors, un DS nous a rapporté : *« le JE passe après le NOUS »*. Cette posture évolue dans le temps et demande de se remettre en question sans cesse pour garder une ligne de conduite qui donne du sens et qui porte une dynamique de travail : *« c'est un cheminement professionnel et personnel qu'il faut construire et qui prend sens avec les années d'expérience, les différents établissements dans lesquels on a travaillé et qui permet d'asseoir des compétences managériales et d'acquérir une forme d'intuition, atout majeur pour un DS dans le management de l'intelligence collective. On apprend à repérer les profils de nos collaborateurs et à combiner avec les forces et les faiblesses de chacun. »*

Par ailleurs, si le DS a des obligations de performance, il doit sans cesse ajuster son comportement afin d'amener les professionnels vers un objectif commun de performance collective. Cela demande de la cohérence et de l'intérêt à donner aux missions de chacun : *« La motivation et l'épanouissement des professionnels reste un facteur clé de réussite dans les avancées des projets organisationnels, ce qui consiste à donner envie aux agents d'être acteurs de leur travail selon leurs besoins et ceux de l'institution et, de considérer que si la majorité de professionnels donne le meilleur d'eux-mêmes, la performance de l'établissement est élevée. »*.

Penser collectif, c'est aussi bien mesurer la dimension de CO, préfixe vulgarisé depuis plusieurs années pour renforcer le caractère « participatif », dépasser la notion de « cohabitation » et le déficit grandissant de l'esprit d'équipe et aller bien au-delà du collectif. Largement utilisé, nombreuses sont les réunions qui aujourd'hui se nomment COdir, COpil, COstrate...

*« Si dans l'idée, l'utilisation de ces différents termes dans nos organisations est bien de rassembler plusieurs identités ou personnes dans un but précis d'améliorer les relations de travail en travaillant ensemble et de mettre en commun nos expertises. Il faut néanmoins réfléchir à ce qu'on met derrière le CO et bien définir les personnes que l'on souhaite réunir ou qu'on informe. Il est par exemple important de cibler les destinataires de nos mails pour ne pas diluer l'information et surtout centrer notre objectif. »*

Malgré cela, les professionnels interrogés voient en cette ascension du collaboratif une intention positive de co-construire et de responsabiliser les acteurs qui participent aux décisions ou qui sont sollicités pour leur expertise : *« Nous ne pourrions plus faire machine arrière, un directeur des soins ne peut pas avoir toutes les compétences techniques requises dans tous les domaines, il doit s'entourer de personnes qualifiées sur lesquelles il pourra s'appuyer pour prendre la décision la plus éclairée. Dans le même ordre d'idée, l'expertise du directeur des soins est souvent sollicitée car les sujets autour des soins sont très nombreux dans bons nombres de réunions »*.

Autre point relevé, les métiers du soin exigent de travailler à plusieurs, de confronter diverses approches, médicales, paramédicales, administratives et économiques et, le DS est au cœur de toutes ces logiques et doit pouvoir composer avec celles-ci pour rechercher un consensus : *« tous les acteurs hospitaliers ont besoin des autres pour avancer, pour comprendre les enjeux, donner du sens à l'action et impulser de l'émulsion »*. Ce qui, pour certains DS reste une difficulté notamment lorsque la coopération est subie ou que les personnes restent sur leurs idées, les imposent et n'écoutent pas celles des autres :

*« Dans ce cas, on est dans de la collaboration, on travaille à côté et pas forcément ensemble. L'objectif est commun mais la manière de l'atteindre est différente et chacun apporte sa pierre à l'édifice sans concertation. »*

*« La co-construction, c'est un cran au-dessus, on avance ensemble, chacun au même niveau même si des divergences d'opinion existent, elles ont le mérite de faire avancer la réflexion et d'élargir sa vision de choses.»*

En cela, nous comprenons qu'il faut une réelle volonté de promouvoir la co-construction et cette dynamique doit être impulsée par le DS notamment face à des équipes d'encadrement supérieur manquant parfois de maturité et qui ne s'autorisent pas d'autonomie : *«c'est tout le travail du DS que de permettre à l'encadrement supérieur de réfléchir par eux-mêmes, de porter les décisions et superviser leur communication et leur application sur le terrain. C'est d'adapter sa posture à la situation : « les cadres de pôle peuvent être associés aux décisions, c'est possible et largement souhaité et recommandé mais le DS a la voix décisionnaire, il faut donc jongler entre les décisions que l'on peut partager et celles où il n'y a pas d'échange, où les cadres ne sont pas associés au processus décisionnel. »*

*« Un arbitrage du DS est souvent attendu des cadres supérieurs alors bien entendu, le DS doit arbitrer lorsque cela est nécessaire mais dans certaines situations, il vient en appui de l'encadrement supérieur, ce qui n'est pas toujours simple et compris.»*

Certains DS évoquent les pôles à la fois comme facilitant l'intelligence collective par des logiques et un groupe de personnes plus restreint mais ils voient également un frein dans la vision institutionnelle demeurant parfois éloignée des préoccupations des responsables de pôle : *« il faut d'être vigilant sur le fait de maintenir une vision institutionnelle en continu. »*

Par ailleurs, la temporalité comme facteur clé de l'intelligence collective qui nous a été rapporté à plusieurs reprises. Co-construire demande du temps pour échanger, pour s'accorder à plusieurs et définir un but commun : *« parfois, il y a des projets que l'on voudrait voir avancer plus vite ou prendre une autre direction et quand bien même que la mayonnaise ne prend pas tout de suite, on se rend compte qu'on y arrive au final car il faut laisser une marge de manœuvre aux professionnels pour qu'ils s'emparent du sujet, comprennent le but et au final adhérer. »* Le temps est aussi un allié qui porte un intérêt dans le modèle participatif : *«il est plus rapide de faire pas soi-même mais l'intelligence collective c'est de faire faire aux autres en prenant le temps d'expliquer et en supervisant. C'est bien plus apprenant de faire réfléchir les équipes et de les amener à comprendre, à partager leurs expériences et à participer au processus décisionnel.*

*Eclairer ensemble la bonne décision, questionner quelle sera la meilleure organisation, le meilleur timing pour l'établissement, les équipes et in fine les patients. »*. En d'autres termes, c'est partager la responsabilité et responsabiliser : *« à l'hôpital, nous fonctionnons dans un écosystème où chaque acteur a sa part de responsabilité. »*

Pour poursuivre sur cette thématique, l'intelligence collective et la co-construction semblent pour certains DS facilitées lorsque leur périmètre d'exercice inclut plusieurs directions qui se complètent : *« il est plus facile de co-construire en ayant par exemple en charge la direction des soins, de la qualité et des relations avec les usagers. On gagne en cohérence, en cohésion de groupe. Il est plus facile de faire des liens notamment avec le projet de soins, de maîtriser les sujets et de pouvoir travailler plus aisément avec le PCME. »* Par ailleurs, ce postulat renforce la légitimité du DS et énonce une forme de reconnaissance : *« on nous connaît et reconnaît, on est repéré un peu partout, on gagne du temps et surtout, cela facilite sa légitimité et la co-construction car on connaît nos interlocuteurs, on ne les découvre pas dans chaque groupe de travail.*

*Lorsqu'on a que la DS en charge dans un établissement, on a des choses constamment à négocier avec ses collègues pour pouvoir co-construire et s'harmoniser. »*

Nous avons recueilli des retours d'expériences similaires sur le contexte de plus en plus fréquent d'établissements en direction commune dans lequel un DS est positionné comme coordinateur des activités de soins pour l'ensemble des structures. C'est lui qui fait le lien entre toutes les instances et la co-construction naît alors de la nature du poste occupé.

La structuration des établissements en direction commune nous a été à plusieurs reprises évoquée comme une organisation assez illustratrice de l'intelligence collective en ce qu'elle invite les professionnels ayant un exercice partagé à s'adapter et à combiner à plusieurs dans des contextes souvent hétérogènes d'une structure à l'autre : *«Il faut adapter sa manière de présenter les sujets en fonction des interlocuteurs, de naviguer entre diplomatie et stratégie dans des établissements qui ont souvent des fonctionnements et des logiques différents.»*

Les mêmes projets peuvent avoir une temporalité différente d'un établissement à un autre. Pour exemple, dans notre observation de stage, nous avons suivi la préparation de la visite de certification pour les 3 établissements en direction commune dont les dates se suivaient. Nous avons pu mettre en évidence des différences notables notamment dans les dynamiques de travail, dans la méthodologie de préparation et dans la coordination et le pilotage des groupes de travail.

Là aussi, nos observations ont illustré les variations que peut prendre l'intelligence collective : *« Dans ce cadre, l'importance d'un équipe de direction solide et soudée est capitale pour faire avancer les sujets de part et d'autres et apporter de la cohérence dans un collectif hétérogène et une temporalité à géométrie variable. »*

Penser collectif, c'est aussi mesurer l'importance pour un DS de bien connaître son environnement de travail, de prendre le temps de cerner les profils de ses équipes et de ses collaborateurs et surtout d'être transparent sur nos intentions. En cela, un DS interrogé exprime l'importance de définir avec ses collaborateurs un niveau d'exigence et apporter une méthodologie de travail qui soit expliquée : *« bien présenter sa stratégie et sa méthodologie de travail à l'ensemble de ses collaborateurs, expliquer là où on veut aller est primordial, c'est le principe même de la conduite de projet par objectifs. »*

La connaissance de ses critères nous a été qualifiée par plusieurs professionnels interrogés comme incontournables : *« dans sa prise de poste, un DS doit prendre le temps de se situer dans son environnement de travail et de bien définir et comprendre le rôle de chacun pour acquérir déjà une légitimité et pour construire une équipe où chacun pourra collaborer aux projets et aux décisions avec sa compétence, sa fonction, son expertise... c'est déjà une étape dans la relation de confiance et la responsabilisation que de considérer ses collaborateurs et que tout le monde sache qui décide, à quel moment les acteurs sont invités à participer aux décisions et enfin que même si on est pas d'accord avec une décision, on est capable de la porter de la faire appliquer ».*

A ce titre, nous comprenons que la relation de confiance est une disposition clé dans l'intelligence collective qui se construit : *« On peut avoir la volonté de faire confiance aux gens avec lesquels on travaille mais par exemple, sur une prise de poste, on ne connaît pas nos collaborateurs et eux ne vous connaissent pas donc ce n'est pas un acquis de travailler dans l'intelligence collective, ça marche à l'épreuve du temps ou à l'épreuve des crises.*

*Le COVID a montré ça, à partir du moment où on se fait confiance, tant qu'il n'y a pas d'intention de nuire, on est forcément dans une recherche de plus-value. Le tout dans la bienveillance, au sens d'être en veille pour le bien de l'autre et ça, c'est un état d'esprit.»*

A cet égard, plusieurs DS ont abordé la confiance qui commence déjà par se faire confiance soi-même dans ses capacités à fédérer, à manager à un niveau stratégique qui renvoie à de l'exemplarité *« dans notre carrière, on s'enrichit de nos erreurs, on est très exposé car on attend de nous un positionnement éclairé et une parfaite connaissance des sujets qui relèvent de notre périmètre d'action.»*

Plusieurs propos recueillis relatent que faire confiance est un pré-requis dans les relations de travail et plus largement dans les relations humaines et non un acquis : *« manager par un juste équilibre est attendu par les équipes et les directeurs , c'est aussi une marque de confiance que de faire preuve d'autorité quand il le faut car dans une direction des soins, il n'y a qu'un seul chef, on est très exposé mais c'est la fonction qui l'impose et on le sait.*

*Les équipes sont attentives à notre prise de position et à notre capacité de prendre des décisions, ce qui ne veut pas dire qu'on arbitre seul sans avoir pris avis auprès d'experts au préalable et qu'on ne considère pas ses collaborateurs bien au contraire. La bienveillance reste le mot d'ordre. »*

Enfin, nous avons pu aborder dans nos entretiens la dimension de l'intelligence émotionnelle. Certains DS évoquent l'intelligence émotionnelle comme un outil, une manière de comprendre ce qui se joue à un instant T dans la relation, de se questionner sur comment l'autre pense, interagit et comment en tant que DS, je me positionne et m'adapte à chaque situation : *« il faut bien se connaître, s'appuyer sur sa capacité à repérer les traits de caractère de l'autre pour s'ajuster. »*

*« On est en permanence dans l'empathie et c'est très important de partager ses émotions, d'autoriser l'autre et s'autoriser soi-même à dire ce qu'on ressent sans rentrer dans une séance de psychologie de comptoir qui n'est absolument pas du rôle d'un DS. »*

*« En tant que DS, on peut considérer l'intelligence émotionnelle comme une véritable approche managériale. Il ne s'agit pas de prendre toute la misère du monde à son actif car nous avons des relais et il est d'ailleurs de plus en plus fréquent de solliciter la psychologue du travail pour nous seconder face à des professionnels en grand désarroi émotionnel. C'est être en capacité de repérer les forces et faiblesses dans un groupe et de s'appuyer dessus pour fédérer. »*

*« L'important est de repérer chez l'autre son mode de fonctionnement pour mais mon expérience me fait dire que cela se construit dans le temps et qu'il faut prendre du recul notamment pour que l'affectif dans les situations de travail ne devienne pas un frein aux projets, aux transformations. »*

C'est aussi reconnaître le travail de l'autre pour qu'il se sente reconnu et s'interroger sur comment entre professionnels différents à bien des égards, on arrive à travailler ensemble dans un but commun. *« C'est le propre de la relation de travail que de valoriser le travail engagé, co-construire avec les équipes et chercher à recueillir le point de vue des équipes sans forcément s'attacher à forcer des alliances sur du long terme ».*

Là encore, le positionnement du directeur des soins est important : *« l'intelligence collective, c'est le fait que tout le monde soit en capacité de collaborer à un projet, quelle que soit sa place, sa fonction dans l'organisation. Mais ce qui est compliqué pour un DS c'est de concilier un rôle de fédérateur et de faire preuve d'autorité. On peut être DS, prendre des décisions, faire preuve d'autorité en considérant ses collaborateurs. J'essaie de construire une équipe où tout le monde a la même importance. »*.

*« Je préfère faire travailler les équipes à la co-construction des décisions, c'est leur participation au processus décisionnel qui prime car je ne porte pas seul la conséquence de la décision et secondairement, la décision prise collégialement sera la plus éclairée. Ainsi, je questionne les équipes sur quel est leur point de vue ? comment peut-on faire ensemble, quel est l'intérêt supérieur le meilleur pour le patient ? pour les organisations ?... »*

En cela, il s'agit de partir des compétences individuelles et s'appuyer sur les forces et faiblesses de chacun pour construire une équipe à l'image des grandes équipes sportives comme nous l'a rapporté un DS interrogé : *« au rugby par exemple, l'intelligence collective, c'est avant tout le collectif au service d'un objectif commun, celui de gagner un match avec des profils de joueurs qui sont complètement différents tant dans la stratégie de jeu que dans la corpulence et donc ça renvoie très bien à la citation, seul on va plus vite, ensemble on va plus loin.. »*

Un autre DS nous a relaté ceci : *« c'est comment entre professionnels d'horizons parfois différents, on se met à travailler ensemble avec ses propres représentations et logiques qu'on partage dans un but commun parce qu'on se fait confiance et qu'on se respecte. Et, lorsqu'on arrive par exemple à former un trinôme de logiques à la fois médicale, soignante et administrative, on devient une véritable arme de guerre... »*

Si comme nous l'avons démontré dans notre cadre théorique et dans l'analyse de cette 1<sup>ère</sup> thématique, l'intelligence collective demande au DS de « modéliser » son management, la quête de repenser la manière de faire collaborer une pluralité de professionnels est présentée comme 2<sup>e</sup> thématique de notre analyse.

### **✎ L'intelligence collective se cultive en repensant la manière de faire collaborer une pluralité de professionnels :**

Pour cette thématique, nous souhaitons apporter une analyse qui, à travers les témoignages recueillis permet de mettre en évidence dans un 1<sup>er</sup> temps « l'opportunité » que la crise sanitaire a offert aux responsables du système hospitalier pour s'écarter de pratiques managériales trop rigides :

*« La crise COVID a montré qu'on doit être capable demain d'affronter une autre crise en repensant nos dynamiques collaboratives pour faire avancer le système ensemble plus vite et mieux ; c'est par les crises qu'on s'améliore. »*

La gestion de la crise sanitaire a mis en exergue au moins 2 modes de management des collectifs que plusieurs DS interrogés nous ont relaté, à savoir un modèle plutôt directif : *« lors de la première vague, on a managé en marche forcée, il fallait aller vite, les décisions étaient arbitrées en petits comité souvent avec les médecins pour leur expertise et l'équipe de direction restreinte, on a sûrement oublié à des moments les cadres de pôle...ils nous l'ont reproché lors des retours d'expériences (RETEX) explicitant qu'ils avaient subi les directives et qu'ils n'avaient pas été associés aux prises de décision.»*

L'autre modèle managérial énoncé est participatif en regard de l'expérience de la 1<sup>ère</sup> vague. Certains DS nous ont exprimé s'être positionnés différemment, avoir pris en considération le point de vue des encadrants et s'être beaucoup plus déplacés dans les services, au contact des professionnels afin de recueillir leurs avis, leurs besoins.

Il s'agit là pour les DS interrogés d'une porte d'entrée pour donner la possibilité aux acteurs de terrain encadrants de s'emparer des réorganisations et de prendre une position d'appui en tant que DS : *« c'est le moment de faire changer les regards sur le management et jouer un collectif plus investi et acteur du système. »*

Nous avons recueilli des récits assez détaillés mettant en évidence le bénéfice qu'ont perçu les DS en donnant davantage de responsabilités et d'autonomie aux encadrants : *« on ne peut plus faire à côté des équipes, des cadres, il faut faire avec eux et autoriser les initiatives voir les encourager en pilotant les projets, les réorganisations à partir des idées des équipes, de l'identification de leurs besoins, de leurs attentes, à l'instar du modèle de l'ETP, le DS reformule, apporte la méthodologie, fait valider la faisabilité et communique. »*

Ainsi, nous comprenons à travers les récits des personnes interrogées que, comme nous l'avons investi dans notre cadre théorique, il faut tendre vers un modèle managérial plus horizontal. Sur ce point, nous faisons le lien avec la loi Rist qui accorde une plus grande souplesse dans le fonctionnement et l'organisation des hôpitaux : *« on a du mal à déléguer parce qu'on a cette culture du contrôle, à lâcher prise mais il y a plein de choses que les équipes font bien et ils ne le savent pas. C'est à nous DS de promouvoir tout ce travail invisible, de lui donner de la valeur.*

*On doit arriver à un modèle horizontal mais il faut apprendre à responsabiliser et tout le secret de l'intelligence collective réside dans la co-réussite des projets. »*

Si tous les professionnels interviewés s'accordent sur un management des équipes qu'il faut repenser, nous faisons par ailleurs le constat à travers les retours d'expérience mais également en regard de nos observations de stage, que les DS rencontrent des difficultés aujourd'hui pour mobiliser le collectif cadre qui s'enferme dans la gestion des ressources humaines chronophages et de plus en plus complexe.

Un DS ayant une ancienneté notable dans la fonction nous a exprimé devoir être davantage dans l'opérationnalité auprès des cadres qu'auparavant, en proximité des équipes demandeuses d'informations, de co-construction. Un besoin d'accompagnement managérial en devenir ou en poste est exprimé unanimement dans nos entretiens.

Certains DS évoquent que les réunions de service sont de plus en plus rares, que les cadres sont en difficulté lorsqu'il s'agit de s'exposer, d'arbitrer ou de faire avancer un projet mobilisant des soignants : *« il n'y a plus de réunion d'équipe mais lorsque je me déplace dans les services, je ressens le besoin des soignants d'être informés, d'échanger sur la vie de l'institution même s'il faut s'affranchir des représentations négatives qu'ont les équipes sur les notions de performance et d'efficience. Il faut certes adapter sa manière de présenter les sujets mais la communication reste pour moi la clé de l'intelligence collective pour faire comprendre les enjeux, obtenir un consensus et fédérer autour d'un objectif commun. »* ;

*« Réunir des équipes renvoie à de la complexité, les cadres ont besoin d'être accompagnés et de retravailler leur posture managériale même après plusieurs années d'expérience ».*

Sur ce point, un DS nous a relaté son retour d'expérience sur un dispositif d'atelier de « simulation managériale » mis en place depuis 2 ans dans son établissement, composé d'un groupe de cadres ayant une ancienneté variable. C'est avant tout une démarche de développement des compétences individuelles même si elle est vécue en groupe qui est travaillée en jeu de rôle à partir de scénarii mettant en exergue des situations managériales.

Elle permet également de proposer une analyse de pratiques managériales : *« un peu comme un plan blanc, même si on a 20 ans de recul dans la fonction, il faut quand même continuer à faire des exercices. Une animation d'équipe on peut penser qu'au bout de 10 ans d'ancienneté de cadre, on sait faire mais en réalité, pas tant que cela et les cadres ont du mal à demander de l'aide. »*

Par ailleurs, lors de notre stage, nous avons pu suivre plusieurs retours d'expérience de cadres de pôle qui ont suivi un diplôme universitaire management des structures hospitalières et de santé créé et mis en place par la CGS, en partenariat avec l'université de rattachement depuis 2 ans. Il est proposé aux managers médicaux et paramédicaux de pôle et de service et balaye les sujets suivants :

- les grands principes de l'organisation hospitalière ;
- les fondamentaux de la stratégie d'activité, la dimension de l'exercice territorial ;
- les fonctions de management médical et paramédical ;
- le management des équipes, les relations humaines, la connaissance de soi et des autres : sociologie des organisations, conduite du changement, la gestion des conflits, comment construire un projet, quelle ambition donner au projet, quel est le profil du porteur de projet ? Intelligence émotionnelle et collective : intérêt à agir, comment créer la confiance, éthique relationnelle ; Comment repérer et prévenir la souffrance au travail ? Comment manager dans un contexte de nouvelle donne générationnelle ? Coaching, préparation mentale des managers, manager ; Faire évoluer les organisations : recruter et fidéliser : le concept de « Magnet hospital. »

Les cadres de pôle interrogés sur ce diplôme universitaire manifestent tous une grande satisfaction et une réelle plus-value d'y participer avec les chefs de pôle : *« on se rend compte qu'à notre prise de poste de cadre de pôle, nous avons besoin d'un apport supplémentaire que le DU nous transmet, de pouvoir s'appuyer sur de la théorie et des analyses de pratiques. Le fait de le suivre avec les médecins est d'une grande richesse car on entend les mêmes choses, on peut interagir ensemble et repartir sur de bonnes bases par la suite. »*

Pour terminer sur cette thématique, nous souhaitons aborder la vision territoriale des organisations parce qu'elle s'inscrit à part entière dans l'intelligence collective. Plusieurs DS interrogés ont mis en évidence le fait que les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont permis d'impulser des regards croisés, de partager, de mettre en commun. La création des projets médico-soignants en sont un exemple tout comme l'évolution territoriale dans la gradation de l'offre de soins, dans la mise en place de parcours de soins, des Communautés de Professionnels de Territoire de Santé (CPTS), dans les partenariats ville-hôpital : *« de l'intelligence collective, on en fait depuis des années mais à petite échelle, les GHT nous ont amené à penser le collectif à plus grande échelle, à faire converger nos réflexions, nos pratiques, nos ressources et à s'articuler à plusieurs en regard de contextes différents mais d'objectifs communs. »*

*« Le GHT est une véritable source de rapprochement des établissements et donc de volonté de co-construire des filières de soins, des activités partagées. C'est également une source d'entre-aide médicale. »*

*« On a parfois des problématiques communes ou des organisations qui marchent chez nos voisins sans qu'on le sache parce qu'on ne communique pas assez. »*

*« Il faudrait faire corrélés tous nos systèmes, on a déjà bien avancé avec la fonction achat commune dans les GHT mais il nous faut aller plus loin »*

Sur cette vision territoriale, la crise sanitaire a renforcé cette mise en commun des réflexions, des organisations coordonnées par les ARS qui ont impulsé une concertation sur la gestion des flux, de la logistique... *« Nous avons conduit la stratégie organisationnelle à l'échelle de notre établissement en étant fidèle à la concertation territoriale que nous avons régulièrement avec nos tutelles et les responsables des autres établissements du territoire. Nous avons vraiment mené un combat ensemble, sans aucune distinction ni divergence. »*

Plus récemment, et nous l'avons observé au cours de notre stage, la concertation territoriale se poursuit de par l'actualité préoccupante sur la tension au niveau des unités d'accueil et d'urgence et, en cela, *« Une gestion territoriale performante apporte un intérêt supérieur et démontre d'une intelligence collective suprême. »*

### **2.3 Synthèse de l'analyse et confrontation avec les hypothèses**

A travers notre analyse, nous montrons en synthèse que **les DS doivent s'emparer d'un management qui se détourne du modèle pyramidal existant et qui cherche l'état d'esprit démocratique pour faciliter l'intelligence collective.** Ceci, dans l'idée d'interagir et d'œuvrer de manière co-responsable et autonome pour être encore plus performant et cohérent dans les organisations hospitalières et les projets actuels et attendus pour demain.

Par ailleurs, dans un contexte d'évolution des métiers du soin, des réformes de gouvernance et des besoins et attendus des professionnels de santé comme des usagers, il faut relever de véritables défis marqués entre autre par de profondes rigidités d'organisations devenues inadaptées. Ainsi, le management participatif doit aller encore plus loin dans sa déclinaison pour mobiliser toutes les énergies et favoriser un consensus de l'ensemble des professionnels (Barbot & Marchandet, 2021).

La question ne se pose donc plus, il faut penser démarche de co-construction en permanence en mettant en musique de l'intelligence collective.

Ceci, à travers un déploiement collaboratif et novateur des principes de management et une responsabilisation de l'ensemble des acteurs afin de garder une cohérence entre le sens donnée et le résultat des actions entreprises.

Ainsi, nous sommes en mesure de confirmer nos hypothèses et de proposer des préconisations qui nous semblent en adéquation avec les enjeux actuels et qui offrent des pistes de réflexion pour donner un autre visage à la performance du collectif à et pour l'hôpital.

### 3 Nos préconisations

Notre système hospitalier connaît une période charnière, une fracture dont nous sommes tous éco-responsables et qu'il nous faut consolider (Barbot & Marchandet, 2021).

Dans une interview récente (discours d'ouverture du 1<sup>er</sup> thème du volet santé du conseil national de la refondation, septembre 2021), le ministre de la santé et de la prévention précisait :

*« A l'heure où notre système de santé est à la croisée des chemins, nous avons besoin de toutes les forces »*. Ce constat interroge les pratiques managériales du DS et les moyens mis en œuvre pour faire collaborer une pluralité de professionnels avec pertinence et efficacité. Il s'agit de mobiliser et construire ensemble des fondamentaux pour demain, plus résilients et créateurs d'opportunités pour innover dans nos collaborations (Delmotte, 2021).

L'un des enjeux est donc de recréer un cadre de travail motivant, rythmé par la confiance et le partage. Apprendre à mieux collaborer tous ensemble avec la complexité de notre environnement relève d'un état d'esprit d'intelligence collective qui oblige à du « sur mesure » et de l'audace.

Cette intelligence collective doit nourrir des organisations qui s'écartent d'un modèle caractérisé par une séparation de ceux qui pensent et de ceux qui exécutent.

Ainsi, nous baserons nos préconisations autour de la notion de « **management agile** », qui traduit un changement de paradigme où l'incertitude et le changement ne sont plus des contraintes exogènes auxquelles l'organisme tente de réagir mais des opportunités issues de la synergie entre environnement extérieur et capacités internes (Frimousse & Peretti, 2015). En cela, notre fil conducteur repose sur cette ambition :

**Promouvoir une acculturation de la logique de découplage :**  
**clé de réussite de la performance collective :**

- ⇒ en managant autrement ;
- ⇒ en allant encore plus loin dans les regards croisés ;
- ⇒ en étant capable de favoriser et de projeter des trajectoires interprofessionnelles ;
- ⇒ en osant innover dans nos collaborations et en faisant preuve de créativité.

Ainsi, nous proposons à la lecture trois préconisations :

**1- le directeur des soins, un acteur fédérateur qui oriente sa posture managériale vers une relation de travail horizontale ;**

**2- le directeur des soins, un acteur stratégique qui pense territoire et interprofessionnalité ;**

**3- le directeur des soins, un acteur audacieux qui impulse et contribue à des dynamiques collaboratives innovantes.**

### **3.1 Le directeur des soins, un acteur fédérateur qui oriente sa posture managériale vers une relation de travail horizontale**

Cette préconisation se nourrit de notre expérience et de nos observations de stage. Elle nous amène à identifier un objectif centré sur la modélisation de la vision managériale du DS. Notre travail d'investigation nous permet de traduire que favoriser l'intelligence collective est une manière d'être et de penser qui relève d'une posture et d'actions qui invitent au partage des expériences, des connaissances et compétences dans un but commun.

Autrement dit, l'enjeu est celui de construire un modèle qui sous-entend de placer managers et managés sur le même pied d'égalité impliquant pour le DS de considérer par exemple que la recette ne dépend pas que des ingrédients mais aussi du tour de main...(Frimousse & Peretti, 2019).

Ainsi, pour construire un modèle de relation de travail horizontal qui objective la qualité des interactions entre les professionnels et qui aboutisse à la performance, **le chemin à parcourir traduit avant tout une volonté de manager autrement et de prendre des risques.** C'est déconstruire un cadre de référence pyramidal que notre système hospitalier pratique depuis la nuit des temps pour transformer durablement les modes de management vers plus d'autonomie et de collaboration dans le pilotage et l'atterrissage des projets, des restructurations mais également dans les processus décisionnel et les coopérations entre les professionnels.

Pour le DS, il s'agit de passer de celui qui décide ce qu'il faut faire à celui qui accompagne, encadre, encourage, fait confiance, fait exister le collectif et fait grandir les personnes.

A l'instar du concept de pédagogie inversée utilisée en formation, il s'agit de partir de ce que les professionnels savent et de ce vers quoi ils veulent aller pour co-construire et atteindre les objectifs en gardant à l'esprit ce principe : « *c'est vous qui savez...* ».

En quelque sorte, le concept de leadership devient celui de « partnership » en miroir du modèle d'éducation thérapeutique avec l'ambition de redonner le pouvoir d'agir aux professionnels en partant de leurs attentes, de leurs besoins et en managant les projets, les restructurations à partir de leurs idées. Pour cela, il est important que les professionnels aux fonctions différentes puissent se connaître pour se comprendre et travailler ensemble. Dès lors, le rôle du DS est d'amener les professionnels vers une autonomie responsable ce qui nécessite de bien connaître son environnement de travail, ses collaborateurs et d'intégrer le niveau de compétence, de connaissance et d'implication des professionnels.

Le DS adopte alors une posture de superviseur, de guidant notamment auprès de ses proches collaborateurs que sont les encadrants pour leur donner les moyens de forger avec leurs équipes et entre eux une vision et des valeurs partagées, de construire des projets innovants et d'encourager les relations de coopération/collaboration entre les différents acteurs que sont les équipes médicales, les équipes supports ou administratives... Il pourrait s'avérer très pertinent par exemple de travailler avec les responsables de pôle pour intégrer dans chaque pôle clinique une unité support qui puisse permettre aux cadres et aux équipes de fonctionner ensemble avec leurs différences et d'éviter la réunion de plusieurs unités médico-techniques au sein d'un seul et même pôle.

Par ailleurs, si nous sommes convaincus que c'est le DS qui apporte le cadrage nécessaire et attendu par sa hiérarchie, il peut être intéressant parfois d'envisager le pilotage de projets autrement pour rompre avec des certitudes ou des croyances et accorder de la confiance aux idées des professionnels. Ainsi, le DS est identifié comme l'acteur qui rassemble, qui donne le cap et qui apporte de la visibilité.

Il pourrait s'avérer par exemple intéressant de confier à un agent le pilotage d'un groupe projet ou l'animation d'une réunion de travail parce que ce dernier a été repéré pour la pertinence de ses propositions et son leadership au sein de son équipe.

C'est une manière de détecter des potentiels et de valoriser les interactions entre pairs. Sur ce point, il nous apparaît primordial que le DS impulse cette vision avec ses proches collaborateurs que sont les cadres supérieurs de santé / cadres de pôle qui sont les interlocuteurs privilégiés des cadres de proximité et des équipes. Il nous semble pertinent de mettre l'accent sur la plus-value de construire une équipe de direction des soins (DS et cadres de pôle) ayant une vision partagée dans la confiance et l'autonomie accordées aux équipes.

Nous ajouterons à cela le droit à l'erreur qui impulse une culture managériale de l'apprentissage, clé de réussite de l'intelligence collective car l'essentiel est de donner de l'importance à l'autre sans forcément ne retenir que le résultat. Sans doute que certains projets ne sont pas initiés comme souhaité ou avec la même temporalité et peut-être que certains projets ne voient jamais le jour mais là aussi il appartient au DS de valoriser l'intention de faire et l'esprit d'équipe qui s'est joué à cet instant. Nous rejoignons les différents témoignages recueillis lors de nos entretiens sur l'importance pour un DS de prendre le temps d'associer les équipes, d'aller à la rencontre des cadres, des personnels, de montrer de la disponibilité et de l'écoute.

Sur ce point, les analyses de pratiques professionnelles, largement démocratisées en formation initiale mais peu utilisées sur le terrain peuvent s'avérer très intéressantes auprès des cadres de proximité et cadres supérieurs, maillons indispensables dans la mise en œuvre d'une intelligence collective. Ils sont en permanence aux avant postes pour mettre en application des décisions, des projets, collaborer avec les médecins, repenser des organisations, gérer les priorités et les conflits et soutenir les équipes. L'objectif serait d'apporter des repères, de mettre en commun des difficultés, des ressources, des pistes de solutions, de dédramatiser, rassurer et créer un collectif robuste et solidaire.

Il peut s'agir aussi de repérer des besoins en formation continue, de faire monter en compétence l'encadrement ou de détecter des professionnels en souffrance et pouvoir agir de façon préventive. Il serait même très pertinent d'y associer les médecins.

Enfin, nous apportons le sentiment qu'un engagement institutionnel doit conditionner cette idée de « manager autrement » notamment dans la définition d'une politique de gouvernance et de management participative et dans la démonstration d'une collaboration efficace entre les membres de l'équipe de direction dont le DS fait partie intégrante.

Nous sommes convaincus de la nécessité au sein des équipes de direction de faire preuve d'exemplarité dans la mobilisation de l'intelligence collective et d'énoncer une ligne de conduite claire et des enjeux partagés qui permettent d'emmener chaque acteur dans la direction recherchée de façon consensuelle et de donner du sens.

Des temps d'immersion dans chaque direction fonctionnelle pourraient permettre à chacun de comprendre les contraintes des uns et des autres et de se convaincre de la nécessité de travailler ensemble et non à côté. Ceci est d'autant plus important aujourd'hui avec l'accroissement des directions communes qui obligent à un exercice partagé.

### **3.2 Le directeur des soins, un acteur stratégique qui pense territoire et interprofessionnalité**

Dans le domaine de la santé, le territoire apparaît comme la porte d'entrée de nombreuses interactions professionnelles. **Les relations de coopération, de partenariat, de partage de connaissances et de co-construction font ressortir l'ancrage territorial comme source de performance pour les établissements.** Dès lors, la réussite d'un GHT passe par la création d'un état d'esprit d'intelligence collective qui permet de fédérer les acteurs autour d'objectifs pleinement et réellement partagés et de dépasser les différences et divergences qui peuvent apparaître (Garde, 2018).

Dans un contexte où l'offre de soins se réorganise pour répondre aux attentes et aux besoins de la population et réduire les inégalités territoriales, le DS doit se positionner à un niveau stratégique et faciliter les structurations autour de projets communs.

Il doit apparaître comme une ressource en tant que porteur de projets de coopération entre les différents professionnels du territoire et comme médiateur opérationnel dans les liens professionnels à développer (Leroy, 2018).

Lors de nos entretiens, nous avons recueillis dans plusieurs témoignages que l'intelligence collective est montée en puissance avec la mise en place des GHT avec notamment l'élaboration des projets médicaux partagés voire médico-soignants pour certains et l'émergence des coopérations entre la ville et l'hôpital. Il ressort également que la mise en place des directions communes a favorisé une cohérence et une dynamique de projets portés le GHT. Pour autant, la réussite des GHT doit aller encore plus loin pour démontrer sa position de pilier dans la construction de principes de collaboration et d'un futur opérationnel commun.

Il s'agit de mettre en œuvre des alliances et impulser une complémentarité pour **faire des particularités de chacun des leviers plutôt que des freins et identifier le GHT comme le maillon fort dans la recherche d'une prise en charge optimal et optimisé des patients** (Garde, 2018).

De même, porter par la stratégie nationale de santé, considérer la prise en charge des patients au sein d'un territoire dans une logique de parcours qui se complexifient va obliger à réfléchir une coordination d'une multiplicité d'intervenants pour laquelle le DS joue un rôle primordial.

Sur la gestion de crise sanitaire, nous avons pris la mesure de la collaboration territoriale entre tous les acteurs pour construire une ligne de conduite cohérente et commune. Nous faisons référence par exemple aux conférences territoriales qui ont animé nos quotidiens et aux cellules d'appui qui nous ont permis de nous accorder sur nos actions.

Plus récemment, en stage, nous avons été témoins de plusieurs échanges entre établissements et ARS sur la tension des lits d'hospitalisation et sur les unités d'urgence qui positionnent le DS comme un acteur central de par son expertise des organisations et sa connaissance des points de vigilance à considérer afin d'organiser la continuité des soins.

Ainsi, nous apportons l'idée que penser territoire doit devenir un réflexe pour un DS qui aujourd'hui ne peut plus fonctionner seul. Il a une place à investir pour accompagner l'approche territoriale et donner du sens au travail décloisonné des acteurs sanitaires, médico-sociaux, libéraux et sociaux engagés.

Il s'agit de mettre en œuvre un travail de collaboration, de coordination, de coresponsabilité et d'animer un réseau de professionnels de santé sur un territoire pour impulser des liens à travers la mise en œuvre de filière de soins territoriales, de coopérations avec les CPTS par exemple ou encore dans la valorisation du partage de compétences.

Sur ce point, associer par exemple les professionnels libéraux et CPTS dans les Commissions de Soins Infirmiers, Médico-techniques et de rééducation (CSIRMT) afin de co-construire certains axes du projet de soin pour que ce dernier s'inscrive dans un ancrage territorial et consolider l'offre de proximité est une piste de travail intéressante.

Par ailleurs, la montée en charge dans l'implantation des infirmiers de pratique avancée (IPA) illustre bien la place que doit prendre le DS avec l'équipe médicale pour leur permettre un exercice coordonné et reconnu avec l'ensemble des acteurs du système de santé, dans le respect de leur champ de compétence.

En outre, il nous semble pertinent de poursuivre l'investissement engagé pour une politique médicale et soignante de territoire unifiée à travers un projet partagé avec l'idée que le projet de soin doit être élaboré dans le respect des principes du projet médical partagé tout en mettant en avant les priorités soignantes et en développant des perspectives qui lui sont propres. Sur ce point, le DS vient en appui des cadres supérieurs et cadres de proximité pour la mise en œuvre opérationnelle au sein des pôles.

Enfin, il nous semble intéressant d'évoquer en dernier point la formation et plus particulièrement les échanges au sein d'un territoire entre les établissements de santé, les instituts de formation et l'université. Plusieurs préconisations nous viennent à l'esprit.

En premier lieu, il nous semble intéressant d'apporter une réflexion sur le bénéfice d'une coordination des stages des étudiants paramédicaux à l'échelle du territoire qui pourrait s'harmoniser entre les instituts d'un GHT et les établissements de santé. Sur ce point, la structuration d'un GCS comme nous avons pu en observer les prémices dans notre expérience pourrait faciliter les échanges, poursuivre la dynamique engagée avec le dispositif du service sanitaire mis en œuvre depuis 2018, valorisant le travail collaboratif en interprofessionnalité. Il permettrait également d'ouvrir le champ des possibles dans la collaboration entre instituts de formation et hôpitaux et plus particulièrement entre DS d'institut et DS en gestion sur une collaboration qui nous semble aujourd'hui plus qu'incontournable.

Dans le domaine de la simulation en santé, cette collaboration nous semble également nécessaire pour que les bénéficiaires ne profitent pas qu'aux étudiants en santé et soient investis pour les professionnels en formation continue par le biais d'un partenariat avec les équipes de formateurs des instituts de formation.

L'universitarisation des formations paramédicales constitue un enjeu majeur pour repenser l'interprofessionnalité et conjuguer qualité du système de santé, défi du vieillissement, accroissement des maladies chroniques et persistances d'inégalités sociales dont le DS en institut de formation doit s'emparer pour renforcer les liens avec l'université sur un territoire.

Si le processus d'universitarisation est complexe de par les dimensions et perspectives pédagogiques, institutionnelles et professionnelles à prendre en compte, il ouvre la possibilité à des expérimentations (en référence au décret du 11 mai 2020) qui valorisent les initiatives territoriales et montrent comment la dynamique de co-construction peut se mettre en place entre université et instituts de formation pour offrir aux étudiants paramédicaux des enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche.

Dans notre expérience de directeur d'un IFSI, c'est toute une refonte des référentiels de formation et une transversalité dans les maquettes pédagogiques à laquelle nous avons participé en intégrant une expérimentation qui nous semblerait intéressante d'élargir à d'autres territoires.

C'est donc toute une réflexion sur la formation des métiers du soin qui s'amorce et doit se poursuivre autour des sujets d'universitarisation, de territorialisation renforcée et de réingénierie des formations. L'enjeu pour le DS est d'en maîtriser les contours au profit de formations adaptées aux exigences de demain et au besoin en santé.

### **3.3 Le directeur des soins, un acteur audacieux qui impulse et contribue à des dynamiques collaboratives innovantes**

A travers cette préconisation, nous mettons l'accent sur la nécessité de combiner agilité et innovation afin d'engager pour le DS et plus largement pour tous les responsables, la volonté de s'écarter d'une collaboration centrée soignante et de s'ouvrir aux nouvelles idées et collaborations. L'idée est de créer des liens et entrevoir avec un regard neuf ou guidé chaque collaboration, situation, problème et y répondre avec pertinence. Nous mettons ici en avant la possibilité managériale de sortir des représentations et stéréotypes de conduite d'un collectif pour prendre en compte une réalité en mouvement et faire preuve d'audace. Notre réflexion vise des enjeux de qualité de vie au travail et de fidélisation des professionnels.

Dans ce contexte, nous souhaitons exposer deux approches qui émanent des entretiens que nous avons pu mener avec des DS mais également au travers de webinaires ou podcasts écoutés sur des start-up qui ont investi dans la transformation concrète du système de santé et l'accompagnement des managers.

**- Notre première approche vise un angle de collaboration pour impulser des dynamiques de travail innovantes avec des profils de professionnels qui sortent du champ de la santé et qui permettent de croiser les regards et questionner la pertinence et le sens à donner aux différents projets ou problématiques posées.**

Notre préconisation porte ainsi sur le partenariat entre professionnels de santé et désigner sur le modèle du designthinking pour repenser la manière d'instruire les projets en leur apportant une autre dimension, en donnant de l'importance aux besoins qui émanent du terrain et à leur usages dans le quotidien.

Pour illustration, les nombreux projets structurels de reconstruction immobilière dans les hôpitaux sont un exemple intéressant pour mettre en exergue la plus-value du partenariat que nous exposons, notamment dans la manière d'intégrer, qu'un tel investissement, doit être entendu comme une véritable transformation qui a impact sur les organisations de travail, sur la mobilité des professionnels dans les bâtiments entre autre et sur les conditions de travail. Dès lors, la mise en place d'un schéma directeur est incontournable et doit mobiliser l'ensemble des directions fonctionnelles y compris la direction des soins qui, accompagnés par un désigner ou ingénieur en organisation permettra de porter une culture du questionnement indispensable à la conduit d'un projet immobilier par exemple.

Cette porte d'entrée pour instruire un tel projet permet de s'écarter des éléments de contexte médico-économiques sans les négliger et d'éviter de se précipiter dans une réponse organisationnelle qui renvoie très souvent à de l'insatisfaction des usagers et des équipes. Il s'agit donc de questionner les besoins des professionnels, des usagers les problématiques ou irritants qu'ils rencontrent dans leur quotidien pour ne pas se mettre à leur place et imaginer seul les plans architecturaux les plus adaptés.

C'est une approche qui donne du sens et requiert de l'humilité. Elle permet de partir des problèmes, des dysfonctionnements, des besoins en santé (création ou augmentation d'activité, modernisation des locaux...) qui sont souvent à l'origine des projets immobiliers pour s'en saisir comme une opportunité de donner aux équipes les moyens d'agir et de leur faire confiance sur les évolutions à apporter à leur quotidien. Ceci créé incontestablement de la satisfaction au travail.

Ces approches transformationnelles comme le designthinking, comme la facilitation graphique donnent une place centrale au modèle participatif. Elles apportent une autre façon de collaborer et insufflent dans les organisations un état d'esprit propice à un meilleur engagement des équipes, facteur majeur d'innovation et d'efficience.

Elles permettent de créer des liens avec des professionnels qui ont un rôle de facilitateur, qui ne sont pas issus du monde de la santé, qui facilitent le cheminement réflexif et qui guident l'aboutissement de projets par des propositions des acteurs concernés pour les articuler avec les réalités de terrain (Leac, 2016).

Pour le DS, l'enjeu est de démocratiser l'accès à des compétences extérieures qui permettent d'analyser en commun une situation ou un problème, trouver un angle d'attaque pour la résolution, produire des décisions partagées et mobiliser un collectif autour d'actions concrètes et comprises...

Par expérience, on se rend compte que les équipes ont besoin de comprendre les enjeux et de participer activement aux situations complexes telles qu'une réorganisation. En regard de ces constats, Il nous semble intéressant que le DS encourage la créativité des équipes par cette démarche de desingthinking, vectrice de nouvelles solutions ou propositions d'amélioration d'organisations déjà existantes. Il s'agit donc d'accompagner les équipes pour les amener à exprimer leurs idées, mobiliser leurs compétences et infinie optimiser les organisations.

Au cours de notre stage, nous avons pu explorer cette approche et participer à la construction d'un profil de poste d'ingénieur en désingthinking (ou en organisation).

La finalité recherchée est de mettre en commun des savoirs pluriels et des techniques (dessin, graphisme...) pour imaginer et faciliter une méthodologie de résolution de problème et pour favoriser la réussite d'un projet innovant par l'ouverture d'esprit et la cohésion de groupe.

Pour construire ce profil, nous avons posé plusieurs intentions :

- s'assurer d'un engagement institutionnel et d'une viabilité économique ;
- définir une logique de co-création à travers une pédagogie de projet mobilisant les sciences humaines, sociales, le design, le numérique, la culture, l'art, les savoirs scientifiques. Il s'agit de réunir tous les acteurs, éviter de travailler de manière isolée pour instaurer au contraire une logique collective ;
- développer une gymnastique intellectuelle alternant des phases d'intuition et d'analyse (ex : le brainstorming, l'idéation : générer, développer et tester des idées).

**- Notre seconde approche vise un angle de collaboration qui facilite la performance managériale par le développement de compétences émotionnelles du DS et plus largement des managers à l'hôpital.**

Nous présentons ici notre réflexion sur l'accompagnement des managers soignants et médicaux dans le but qu'ils se nourrissent de leurs émotions, construisent un savoir-être adaptable et adapté et aussi pour qu'ils apprennent à manager avec leurs émotions.

**Il s'agit pour nous de mettre l'accent sur le fait que le contexte hospitalier actuel décuple la charge émotionnelle et peut impacter l'optimisation d'une intelligence collective.** Les compétences techniques ne suffisent plus pour déterminer la valeur ajoutée d'une personne, il est donc nécessaire de développer d'autres compétences et notamment émotionnelles.

Faire prendre conscience de l'importance du savoir être est un gage d'efficacité et de réussite. Les émotions sont omniprésentes dans la vie de chacun et elles régissent tout au long de la journée nos comportements, que ce soit dans la sphère personnelle ou professionnelle. Les émotions sont donc à prendre pleinement en considération pour un directeur des soins afin de les identifier et en faire des alliées (Cayet, 2022).

Pour Daniel Goleman, psychologue, « *Un hôpital, c'est d'abord une association d'êtres humains, et si l'on ignore l'ingrédient humain, alors on renonce au potentiel optimal de cette collectivité.* » (Cayet, 2022).

Dans une volonté d'accompagnement telle que nous la préconisons, l'intervention d'un coach peut être facilitatrice pour donner des clés de compréhension, lever des blocages, réintroduire du sens et de la bienveillance managériale de façon constructive. Par expérience, nous savons qu'il est difficile de libérer ses émotions et de les identifier.

Or, selon Gilles Corcos, coach, auteur conférencier et fondateur d'une école de formation en intelligence émotionnelle, « *toutes nos actions, décisions, pensées sont conditionnées par notre cerveau émotionnel et au final, les processus de décision n'ont rien de rationnel.* » (Webconférence « les transformateurs », mai 2022).

A travers nos investigations, il nous semble intéressant de mettre en avant que travailler sur l'intelligence émotionnelle peut rendre notre communication et nos collaborations plus efficaces dès lors que l'on apprend à nommer nos émotions pour en prendre conscience et être en capacité d'être à l'écoute de soi et de l'autre.

Par exemple et sans le généraliser, il nous apparaît pertinent dans certaines réunions ou groupes de travail que l'animateur commence par questionner les participants sur leur humeur du jour de façon à détecter des difficultés et réagir à bon escient dans les échanges à venir.

Plus généralement, et nous l'avons observé en stage, la contribution d'un coach dans l'élaboration de projets notamment dans le diagnostic de l'existant et la définition d'une méthodologie de travail est de plus en plus recherchée.

Ainsi, une prise de conscience de son propre fonctionnement émotionnel, de son impact sur les autres et les conséquences qui en découlent peut faciliter l'intelligence collective.

## 4 Conclusion

Le « format intelligence collective » dans les relations de travail est plus que jamais un incontournable pour les DS eux-mêmes intégrés dans une équipe de direction qui interagit. La période compliquée que le système de santé et notamment l'hôpital traverse nous encourage à aller encore plus loin dans nos modes de collaboration afin de transformer durablement les organisations et fonder avec tous les acteurs un paysage hospitalier verdoyant et attractif. Ainsi, à travers notre sujet d'étude, nous faisons le constat qu'il ne s'agit pas de juxtaposer les performances individuelles d'un seul acteur ne suffisant plus à maîtriser la complexité des situations et problématiques d'organisations posées au sein du système hospitalier.

En dépassant les contraintes organisationnelles et les résistances individuelles qui biaisent encore trop souvent nos collaborations, l'enjeu est que chaque professionnel, dans son champ d'actions, se sente investi et reconnu tout en disposant d'un niveau d'autonomie lui permettant d'exprimer ses idées et révéler son potentiel. Mobiliser l'intelligence collective apparaît alors indispensable.

Nos expériences de stage sur l'année de formation ont renforcé cet ancrage du collectif que la crise sanitaire a permis de mettre en lumière et que les professionnels ne veulent pas laisser s'échapper.

Parce que le service public hospitalier nourrit nos convictions et notre motivation, la multiplicité des points de vue et la valeur de la diversité, par le partage d'expériences, de temps, de compétences et de ressources doivent guider le DS dans son approche managériale. La flexibilité et l'agilité apparaissent comme des aptitudes en savoir-être capitales pour ce dernier. Si les territoires de santé offrent de belles opportunités de construire des coopérations efficaces et intelligentes, la créativité du DS et des équipes doit s'inviter dans la construction de collaborations innovantes et être saluée et partagée au niveau institutionnel.

Enfin, au terme de notre mémoire professionnel, nous faisons un mea-culpa aux usagers que nous n'avons pas investi à proprement parlé dans notre travail. Et pourtant, nous ne minimisons absolument pas leur place dans la dynamique d'intelligence collective et l'engagement collaboratif que le DS doit impulser à leur égard au quotidien. Il est incontestable que l'association des usagers dans nos réflexions et processus décisionnels doit permettre de créer des liens, valoriser la démocratie en santé et promouvoir l'expérience patient comme levier de performance des organisations hospitalières.



---

## Bibliographie

---

### Presse professionnelle :

- Calvez, V., & Dolidon, O. (2014). Le management stratégique des ressources humaines face au défi des compétences clés collectives. *Humanisme et Entreprise*, 317(2), p45-67.
- Chapuis, C., Buors, C., & Lay-Combes, L. (2017). Management : Et si l'intelligence collective contaminait l'hôpital? *Gestions hospitalières*, 562, p22-24.
- Cugno, A. (2021). L'intelligence collective. *Etudes. Revue de culture contemporaine*, 4288, p53-63.
- Etori, F. (2022). *Le management situationnel*. *Gestions hospitalières*, 614, p187-189.
- Frimousse, S., & Peretti, J.-M. (2019). Comment développer les pratiques collaboratives et l'intelligence collective. *Question(s) de management*, 25(3), p99-129.
- Garde, M. (2018). *Point de vue sur les GHT. Techniques hospitalières*, 69, p32-33.
- Issor, Z. (2017). « La performance de l'entreprise : Un concept complexe aux multiples dimensions ». *Projectics / Proyectica / Projectique*, 17(2), p93-103.
- Laurent-Brochet, A. (2020). La diversité professionnelle : Un atout au service de l'intelligence collective ? *Projectics / Proyectica / Projectique, Hors Série (HS)*, p139-164.
- Kurschat, C. (2020). Crise sanitaire 2020 : Entre Sens et Résilience organisationnelle, le cœur d'une équipe de soins. *Projectics / Proyectica / Projectique, Hors Série (HS)*, p11-32.
- Olfa Zaïbet, G. (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : Une étude de cas. *Management & Avenir*, 14(4), p41-59.
- Pascal, C. (2003). La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur. *Revue française de gestion*, 146(5), p191-204.

- Seferdjeli, L., & Terraneo, F. (2015). Comprendre le travail de soins à l'hôpital. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), p6-22.

### **Ouvrage :**

- Barbot, S., & Marchandet, J.-M. (2021). *innovations managériales et qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière : Enjeux, stratégies, actions*. Berger Levrault.
- Bernoux, P. (2009). *La sociologie des organisations*. editionspoints.
- Damart, S. (2013). *Innovations managériales en établissement de santé (ems, management et société)*.
- Foudriat, M. (2021). *La co-construction en actes*. esf).
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Presses Universitaires de France.
- Kalfon, J., Batton, D., & Labrousse, S. C. (2020). *Intelligence collective. Agir et innover en équipe*. Dunod.
- Lenhardt, V. (2018). *Le management hybride*. Interéditions.
- Scharnitzky, P. (2018). *Les paradoxes de la coopération, comment rendre le collectif (vraiment) intelligent*. Eyrolles.

### **Sitographie :**

- Cayet, M. (2022). *L'intelligence émotionnelle : La compétence managériale du futur*.  
<https://ordrecrha.org/fr-CA/ressources/revue-rh/volume-22-hors-serie/intelligence-emotionnelle/>consulté le 14/09/2022
- *Coopération, interprofessionnalité et "management du soigner"*—*Cadredesante.com*.  
<https://cadredesante.com/spip/profession/management/Cooperation-interprofessionnalite/>consulté le 18/03/2022

- Crommelinck, M., & Lebrun, J.-P. (2017). 2. Le concept d'émergence. *Un cerveau pensant: Entre plasticité et stabilité* (p.41-114). Érès ; Cairn.info.  
<https://www.cairn.info/un-cerveau-pensant-entre-plasticite-et-stabilite--9782749256412-p-41.htm/> consulté le 15/03/2022
- Debret, J. (2018, avril 17). *Guide du mémoire: La méthodologie à suivre*. Scribbr.  
<https://www.scribbr.fr/memoire/methodologie/> consulté le 22/02/2022
- Delmotte, H. (2021, août 17). *Mieux manager pour mieux soigner*. reseau-hopital-ght.fr.  
<https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/management/mieux-manager-pour-mieux-soigner.html/> consulté le 30/09/2022
- Frimousse, S., & Peretti, J.-M. (2015). Regards croisés sur le changement agile. *Question(s) de management*, 10(2), 107-123. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/qdm.152.0107/> consulté le 14/09/2022
- Gardner, H. (2019). *Les intelligences multiples*. <https://capsurvous.com/les-intelligences-multiples-howard-gardner/> consulté le 30/09/2022
- Herbert, S. (2016, avril 15). *Théorie de la rationalité limitée*. SI & Management.  
<http://www.sietmanagement.fr/decision-organisationnelle-rationalite-procedurale-les-boucles-imc-h-simon/> consulté le 15/03/2022
- Labat, P. (2019). *Développer l'intelligence collective. Méthodes et outils pour faciliter les ateliers collaboratifs*. Vuibert; Cairn.info. <https://www.cairn.info/developper-l-intelligence-collective--9782311623048.htm/> consulté le 03/03/2022
- Le Boterf, G. (2018). *Guy Le Boterf: « la coopération, clé de la compétence collective et individuelle »*. Le blog de C-Campus. <https://www.blog-formation-entreprise.fr/guy-le-boterf/> consulté le 15/03/2022
- Leac, J.-P. (2016, février 4). *Qu'est-ce que le design thinking?* Les cahiers de l'innovation. <https://www.lescahiersdelinnovation.com/qu-est-ce-que-le-design-thinking/> consulté le 14/09/2022
- Ollivier, D., & Tanguy, C. (2017). *Génération Y & Z*. De Boeck Supérieur.  
<https://www.cairn.info/generations-y-et-z--9782807307162.htm/> consulté le 22/02/2022



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : grille de questionnaire

**Annexe 2** : guide d'entretien semi-directif

---

# Annexe 1

---

## GRILLE DE QUESTIONNAIRE

1. Quelle est votre fonction?

- Directeur des soins
- Coordonnateur général des activités de soins
- Président de la commission médicale d'établissement
- Cadre de pôle / cadre supérieur de santé
- Cadre d'unité de soins

2. Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction?

- Depuis moins de 4 ans
- Entre 4 et 8 ans
- Depuis plus de 8 ans

3. Quels éléments complexifient le plus les interactions entre professionnels à l'hôpital ? Priorisez 3 réponses

- La multiplicité des acteurs associés aux décisions
- La diversité des métiers des acteurs associés aux décisions
- Les relations de travail intergénérationnelles
- La gestion de l'absentéisme
- La communication
- La divergence de modes de fonctionnement ou de points de vue

4. Que mettez-vous en avant pour constituer un groupe de travail efficace? Priorisez 2 réponses

- Le métier des membres
- Les compétences des membres
- Les forces et faiblesses des membres
- La position hiérarchique des membres
- Un grand nombre de participants

5. Quelles sont les limites de la participation collective dans vos prises de décisions ? Priorisez 2 réponses

- La crainte de voir se réduire votre autorité
- La perte du pouvoir de concevoir seul les règles du travail
- Le caractère chronophage de devoir s'accorder à plusieurs
- La crainte de se confronter à des positions différentes des vôtres

6. Quelle intelligence rend efficace le management des organisations?

Plusieurs réponses possibles

- L'intelligence métier
- L'intelligence sociale
- L'intelligence émotionnelle

7. Que représente pour vous l'intelligence émotionnelle ? Priorisez 3 réponses

- Une opportunité managériale
- Une plus-value dans la prise de décision
- Un moyen de régulation des relations interprofessionnelles
- Une aide dans la gestion des conflits
- Une possibilité d'influence sur autrui
- Un accélérateur de performance

8. Sur quels critères essentiels se fonde l'action collective ? Priorisez 3 réponses

- La collaboration
- L'engagement mutuel
- Le respect
- La loyauté
- La relation de confiance
- Le niveau d'entente entre les professionnels

9. Quels facteurs conditionnent une collaboration efficace? Priorisez 3 réponses

- La recherche de l'adhésion des acteurs
- L'expérimentation sur un secteur avant de la généraliser
- La mobilisation d'un cercle d'acteurs impliqués
- La co-construction d'une méthodologie de projet
- L'éveil de la créativité

10. Sur quels axes vous appuyez-vous pour manager vos organisations de soins ? Priorisez 3 réponses

- La co-responsabilité des décisions
- La liberté d'action
- La délégation
- L'autonomie
- La communication
- Le développement des compétences managériales

## Annexe 2

### GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

<p>Quelle est votre fonction et votre ancienneté dans celle-ci ?</p> <p>Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?</p> <p>Quelles ont été vos mobilités au cours de votre carrière ?</p>	<p>Connaître le profil de la personne interrogée</p>
<p>Comment définiriez-vous votre management ? a-t-il évolué dans le temps ?</p> <p>quels ont été les éléments significatifs de son évolution ?</p>	<p>Repérer le modèle managérial de la personne interrogée et les critères d'évolution de ce dernier dans le temps ?</p>
<p>Quelle est votre point de vue sur le principe de co-construction, de co-décision ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- efficacité rime est-elle toujours avec productivité collective ou avec décision collégiale?</li> <li>- la co-construction est-elle un idéal démocratique ? leviers et freins ?</li> </ul>	<p>Déterminer la perception que la personne a du management participatif et des attendus pour demain (leadership partagé)</p>
<p>Que désigne pour vous l'intelligence collective ?</p> <p>Pensez-vous que le concept d'intelligence collective soit porteur de sens aujourd'hui ou relève-t-il d'un mythe ? Pourquoi ?</p>	<p>Définir le niveau de connaissance de la personne interrogée sur ce sujet et son adhésion au concept</p>
<p>Avez-vous contribué ou porté des actions managériales innovantes ?</p> <p>si oui comment et pour quelles intentions ?</p> <p>si non, pourquoi, est ce envisagé ? quels sont les freins ?</p>	<p>Identifier le niveau de maturité de la personne interrogée en matière innovations managériale</p>
<p>Que représente pour vous un management agile ?</p>	<p>Définir le niveau de connaissance de la personne interrogée sur ce sujet et son adhésion au concept</p>
<p>Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez ou proposeriez pour tendre vers des organisations de travail épanouissantes et performantes à tout point de vue ?</p>	<p>Favoriser l'émergence de propositions concrètes</p>

FIAULT

Stéphanie

Novembre 2022

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Bertly Albrecht 2022

### MANAGER DES COLLECTIFS EN BONNE INTELLIGENCE ET AU SERVICE DE LA PERFORMANCE : L'ESPACE DES POSSIBLES DU DIRECTEUR DES SOINS

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES

#### **Résumé :**

La crise sanitaire a révélé un potentiel humain puissant à travers la gestion efficace des collectifs dans un rythme contraint et cadencé mettant en lumière la notion d'intelligence collective. Pour autant, les professionnels de santé sont à bout de souffle et l'enjeu de manager un raisonnement de pensées collaboratif et résilient, en bonne intelligence et au profit d'organisations performantes est un défi à relever pour le directeur des soins (DS).

Ce constat interroge les relations humaines et les interactions en permanence. Il oblige le DS à ne plus rester figer dans un mode de management et à faciliter un « mieux travailler ensemble » à travers des dynamiques collaboratives ouvertes et innovantes.

Ainsi, poser la question de la performance des organisations revient à interroger la performance du management de ces organisations.

Si cette intention participe d'un changement de paradigme pour redonner du sens et de la confiance, la question de savoir comment s'emparer d'un management qui se détourne d'un modèle pyramidal et qui cherche l'état d'esprit démocratique doit être une priorité managériale pour le DS. Ceci, dans l'idée d'interagir et d'œuvrer de manière co-responsable et autonome pour être cohérent dans les organisations hospitalières et attirer.

Ainsi, la valeur collaborative du travail à l'hôpital pourra se révéler un facilitateur à tout projet.

#### **Mots clés :**

Adaptabilité – autonomie - complexité – confiance - collaboration – décloisonnement - directeur des soins – équipe - intelligence collective - interaction – innovation – management - territoire

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*