

MOTS CLÉS

Management
Responsabilité sociale
des établissements
Changement
Sens commun
Intelligence collective
Coconstruction
Médecin hospitalier
Directeur hospitalier



réflexion

MANAGEMENT

Et si l'intelligence collective contaminait l'hôpital ?

Parmi les nombreux défis que nos structures hospitalières ont à relever, il en est un qui peut être un facteur clé de succès de tous les autres : développer la coopération, mettre les intelligences multiples qui nous composent au service des missions de l'hôpital. Les auteurs présentent ici l'idée que construire une vision partagée et un sens commun de ce que l'on souhaite pour l'hôpital permet d'obtenir une performance sociale, respectueuse de la qualité de vie au travail, contributive de la qualité de service. La dynamique pour y parvenir est un processus de transformation des pratiques managériales basé sur le bon sens, la coresponsabilité et l'apprentissage.

La conception que l'on se fait du circuit décisionnel à l'hôpital a des répercussions sur les façons de décider, de mobiliser les énergies, de conduire des projets et de communiquer, mais aussi des conséquences sur la qualité des décisions et sur l'efficacité de leur mise en œuvre. La décision hospitalière est encore généralement conçue comme l'ascendant décisionnel d'un individu sur un autre individu, sans prendre en compte la dimension collective du processus d'influence. Cependant, force est de constater qu'au lieu de rassembler les intelligences de l'hôpital et de mobiliser tous les efforts autour des enjeux communs, on observe trop souvent le morcellement des rôles et des responsabilités, la création d'« échoppes » aux murs d'enceintes érigées, la sur-spécialisation des expertises, l'inflation des egos, la protection excessive des territoires, et la lourdeur administrative des processus décisionnels qui accentue probablement ces effets. Une conception centrée uniquement sur l'individu laisse de côté ce qui a trait à la valeur collective du management. Comme le raconte Howard Rheingold, l'intelligence collective repose sur la coopération de multiples entités qui aboutissent à la

formation d'une intelligence supérieure à la simple somme des intelligences de chacun par une sorte d'alchimie appelée « émergence ». Il s'agit maintenant de placer cette fameuse intelligence collective au service de la mission de l'hôpital. Alors, une première question se pose : comment les directeurs, médecins, soignants donnent un sens à l'action commune ?

Qui ne connaît pas un professeur de CHU empêchant ses praticiens de délivrer des cours en dehors de son service, ou d'un responsable de pôle ou de service qui refuse que ses infirmières participent à un retour d'expérience (REX) ou une revue morbidité mortalité (RMM), ou même un directeur qui boycotte une réunion en réaction à des médecins qui ne soutiendraient pas assez son projet de réorganisation ? Bref, comment sortir de cette culture pyramidale qui veut que ceux qui ont un pouvoir et/ou le statut décident seuls de ce qui serait bon de faire ou ne pas faire, dans l'ignorance ou le déni de la diversité et des réalités des métiers, des fonctions, des expériences des professionnels de l'hôpital ? Une autre voie serait d'assurer une fécondité du système organisationnel. Comme l'affirme Alain Godard⁽¹⁾, nous pouvons choisir une démarche de coconstruction avec l'ensemble des équipes en mettant en

Christophe CHAPUIS

Praticien hospitalier
urgentiste
Chef de service
Urgences/Smur
CH de Voiron

Christine BUORS

Coach, spécialiste
du changement
organisationnel

Laurence LAY-COMBES

Coach d'organisation
et de dirigeants

intelligence collective l'organisation à travers un déploiement participatif des principes de management et une responsabilisation authentique de l'ensemble des acteurs (2).

Avoir une vision partagée et un sens commun de ce que l'on souhaite pour l'hôpital, en gardant un regard systémique, instinctif et analytique de l'organisation permettrait de garder une cohérence entre le sens et les résultats.

Pour autant, cette démarche qui n'est non seulement pas innée mais qui bouleverse les conceptions habituelles et installée, entraîne que tel ou tel hôpital ne peut pas décider *ipso facto* de « se mettre » en intelligence collective. C'est un projet de changement dont le but est d'agir sur les pratiques de coopération et sur l'état d'esprit. L'intelligence collective est un processus de transformation des équipes au travail, elle est un levier pour que l'organisation devienne apprenante en développant trois grands types de compétences :

- » des compétences cognitives pour comprendre, analyser, collecter des informations, « penser » la complexité, imaginer de nouvelles options, se projeter ;
- » des compétences et des processus relationnels pour partager des points de vue, s'enrichir des autres, traiter les malentendus, dépasser les craintes, instaurer des relations à parité, etc. ;
- » des compétences à agir ensemble, en lien avec son environnement, pour se coordonner, se soutenir, résoudre des problèmes, innover.

Ce développement est possible, complexe et progressif. Il s'appuie sur l'apprentissage collectif du « mieux travailler ensemble » et sur un dispositif d'accompagnement des responsables. Alors et seulement si ces conditions sont réunies dans une approche intégrée mixant l'individuel et le collectif, ce sera le moteur du changement. Cette intelligence partagée n'induit aucunement une redistribution du pouvoir mais un changement dans l'exercice du pouvoir et dans les modes de management en redonnant du pouvoir d'action aux acteurs pour qu'ils puissent modifier et ajuster des modes de fonctionnement devenus inappropriés pour relever les défis actuels.

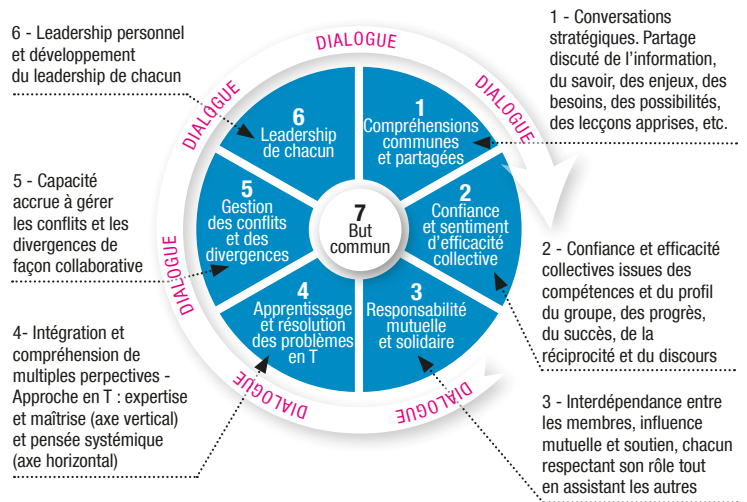
P. Levy déclare que « la culture de l'intelligence collective travaille à établir de manière douce et pacifique un multilogue ouvert [...], préférable aussi bien au cloisonnement et à l'isolement des intelligences qu'à l'uniformité bien-pensante (3) ».

Adopter des pratiques pour faire grandir l'esprit de l'intelligence collective (4)

Ces pratiques n'ont rien de révolutionnaires, elles font appel à du bon sens. Combinées, et réellement vécues et maintenues dans le temps, elles transforment l'efficacité d'un collectif.

- » Définir un objectif ou un but commun et partagé qui ne soit pas uniquement issu d'une injonction de l'organisation ou de la hiérarchie. Cela suppose de sortir des logiques de soumission pour aller vers des logiques de coresponsabilité.
- » Des règles de fonctionnement de groupe explicites et coconstruites qui traduisent l'engagement de chacun et le cadre de la vie collective. Ces règles rendent possibles la confiance, la parité, l'apprentissage et la créativité.
- » Des processus de travail où chaque membre exprime sa compétence, ses choix, ses questions et qui, *in fine*, produisent collectivement au haut niveau de performance. Ces processus

FIGURE 1
Leadership partagé
Contribution du leadership
de chacun à la réalisation du but commun



Source : E. Luc, « Le leadership partagé : du mythe des grands leaders à l'intelligence collective », *Gestion* 2016/3 (vol. 41), pp. 32-39.

peuvent paraître surprenants à première vue parce qu'ils partent du principe que chacun est compétent et contributif dans le groupe.

- » Une distribution précise des rôles au service du collectif où chacun a des droits et de devoirs égaux pour « servir » l'objectif et l'avancement du groupe. C'est une façon très concrète de sortir d'une logique pyramidale pour aller vers une culture de la coopération (« coopérer c'est savoir donner et recevoir »).
- » Une itération des pratiques pour que l'émergence devienne une opportunité d'apprendre et d'inventer ce qui n'était pas visible *a priori* et qui émerge grâce aux multiples regards et intelligences. « Se donner du temps » et « faire confiance » réduisent paradoxalement les temps de production collective et augmentent les résultats.
- » Un degré d'autonomie qui permet au groupe d'exercer sa responsabilité et d'apprendre en faisant.
- » Le partage des connaissances et des informations qui deviennent un bien commun au service de l'objectif visé. Les moyens de mutualisation et de capitalisation sont un enjeu pour sortir des logiques de silos et de défenses des zones de pouvoir.

NOTES

(1) V. Lenhardt, V. Martin, B. Jarrosson, *Oser la confiance, propos à l'usage des dirigeants*, Insep, 1997.

(2) Exemple d'un cas concret d'intelligence collective : <http://www.youtube.com/watch?v=IQYBVewa5Gs>

(3) P. Levy, *L'intelligence collective - Pour une anthropologie du cyberspace*, La Découverte, 1994.

(4) Enagora Formation « Facilitateur de l'intelligence collective ». www.didascalis.com

Ces conditions s'apprennent par l'expérimentation ! Les formations communes médecins/directeurs ou soignants/directeurs seraient un terreau fertile pour l'acculturation et la germination des graines d'efficacité collective. L'intelligence collective devient une culture selon Vincent Lenhardt ⁽⁵⁾ en construisant le cadre de référence qui structure les relations et les processus managériaux. Ce mix des cultures médicales et managériales entraînerait alors une vision partagée du sens que chacun donne à son action à l'hôpital. Ainsi, la pratique des divers intervenants de l'hôpital sera transformée et plus cohérente. On peut ainsi rêver que les CHU de demain nommeraient des médecins/managers porteur de sens en responsabilité dans des pôles ou des structures. C'est ambitieux, certes, car cela demande de passer d'une logique de *leadership* à celle de *partnership* mais c'est le prérequis pour que l'hôpital mobilise la capacité d'un groupe à appréhender l'ensemble des dimensions d'un problème complexe dans le temps et dans l'espace, de parvenir à se poser des questions et à chercher des réponses ensemble pour aboutir à une décision.

Les facteurs de réussite ⁽⁶⁾

- » Une décentralisation du savoir et des pouvoirs.
- » Une valorisation des personnes vues comme autonomes et créatrices de sens.
- » L'émergence d'une nouvelle convivialité et de valeurs éthiques définies par le groupe.
- » De petites structures ou entités où s'expérimente et se teste l'intelligence collective.
- » Une interactivité constante entre les acteurs du processus et leur environnement.

En résumé, unifier dans une même logique et dynamique la réflexion et la mobilisation de tous les acteurs autour d'un travail sur la vision permettra de s'approprier les enjeux en se responsabilisant. Il s'agit d'amener les acteurs de

l'hôpital, quelle que soit leur fonction, à passer d'une logique de l'obéissance à celle de la coresponsabilité. Les gens heureux dans l'hôpital de demain seront ceux qui seront porteurs des mêmes valeurs que l'organisation. Même si l'on présuppose que les capacités de réflexion d'un collectif sont supérieures à celles d'un individu, il faut des conditions pour éviter les effets de groupe et en particulier ce que Christian Morel appelle les « silences ». Nos organisations hospitalières étant impersonnelles et rationnelles, un message d'alerte grave peut parfaitement passer inaperçu comme l'ont été ceux de la réunion décisive de lancement de la navette Challenger en 1986, où les signaux de gravités de la crise adressés par l'urgentiste Patrick Pelloux lors de la canicule de 2003... L'une de ces conditions est le dialogue et le partage de l'information qui doivent être continus au service de la démarche collective.

Nous devons interroger la mise en cohérence de nos structures hospitalières et s'assurer que chaque projet est bien porteur de la vision globale ; par conséquent, comment mettre en cohérence l'ensemble des actes de management ? ⁽⁷⁾

Le risque dans une phase de transition est l'écart entre le déclaratif et le système de décisions qui reste pyramidal et le consensus symbiotique. Si cela est le cas, il n'y aura pas d'alignement et la vision va s'échouer sur le rivage des promesses sans lendemain en alimentant la défiance ! Il faut que l'équipe dirigeante de l'hôpital, donc les responsables administratifs, soignants et médicaux qui la composent, ait un comportement exemplaire et modélisent des comportements collaboratifs visés. Il est fondamental qu'un processus d'accompagnement individuel et d'équipe ait été mis en place. Dans une organisation cohérente on ne reprochera jamais à un responsable de prendre parfois des décisions difficiles susceptibles de générer de l'injustice. Ce sera d'autant plus facile pour le responsable, s'il se sent légitime et s'il a été guidé.

Conclusion

La dimension collective du travail est une réalité très ancienne à l'hôpital ; elle doit s'intensifier aujourd'hui en fonction des contextes, des technologies, des niveaux de maturité et des objectifs des organisations et des hommes. Responsables et directeurs doivent prendre acte du fait que s'intéresser aux seules compétences individuelles ne suffit plus : ils doivent s'investir dans des dispositifs qui visent à développer une performance collective. Des initiatives, des expériences sont menées : les Hospices civils de Lyon et l'hôpital Femme/mère/enfant avec leur approche de la compétence collective ou le CHU de Nancy qui dispense des formations communes jeunes médecins/jeunes directeurs pour améliorer la qualité de vie au travail et donc, *in fine*, la performance. Laissons l'intelligence collective contaminer nos équipes ! Ce n'est pas un dogme, mais un concept systémique et des pratiques diverses qui s'adaptent aux besoins et au contexte de chaque établissement. Utilisons, propageons, valorisons cette intelligence partagée au service de la mission de l'hôpital. Si nous voulons que l'hôpital dans lequel nous nous reconnaissons réussisse à soigner, innover et à mobiliser les plus jeunes, la conception du management doit évoluer au profit de pratiques coopératives où la réflexion partagée et la confiance occupent une place prépondérante. ●

NOTES

⁽⁵⁾ V. Lenhart, *L'Intelligence collective en action*, Pearson, 2009.

⁽⁶⁾ P. Levy, *L'intelligence collective – Pour une anthropologie du cyberspace*, op. cit.

⁽⁷⁾ Exemple de mise en place d'une procédure hospitalière partagée sur l'hôpital en tension au CH de Voiron.