

MANAGEMENT

Du commandement par intention au management par intention : quelles perspectives pour le milieu hospitalier ?

Depuis quelques années le contexte géostratégique pousse les organisations militaires à évoluer pour s'adapter à un théâtre opérationnel de plus en plus complexe. Aujourd'hui la préparation tend à anticiper un contexte de combat de haute intensité. Pour cela les doctrines du commandement évoluent. Le Général SCHILL, chef d'état-major de l'armée de terre, s'appuie sur la doctrine du commandement par intention pour préparer ses troupes. Ce concept de commandement militaire trouve ses origines dans les conflits du passé, mais semble vouloir répondre aux attentes des crises du XXIème siècle. Ainsi, les armées repensent le commandement par le prisme de l'intention et innovent pour relever le défi de la performance managériale militaire. Parallèlement, les organisations hospitalières apprennent à faire face elles aussi à plusieurs défis d'envergure, comme se protéger de menaces inédites. Elles prennent la forme de cyberattaques, de vols, d'agressions ou de poursuites judiciaires. Elles peuvent alors impacter le niveau de performance avec une baisse de la qualité de prise en charge des patients et de motivation du personnel, des démissions en cascade, des fuites vers le libéral, de l'absentéisme notamment. Finalement les deux secteurs pourraient bien partager le même besoin de changement pour retrouver leur souffle, leur élan vital dans de nouvelles approches managériales. Aujourd'hui les équipes revendiquent plus d'autonomie, elles souhaitent participer aux décisions pour réduire l'écart entre les effets des décisions institutionnelles et l'application opérationnelle. L'armée semble avoir choisi de favoriser l'autonomie des effecteurs en posant le principe de donner des objectifs clairs et précis, avec la volonté de redonner du sens à l'action. Cette démarche prend la forme du commandement par intention. Comment ce commandement par intention pourrait-il inspirer un management par intention dans les établissements de santé ? Quelles pourraient en être les perspectives ? Pour tenter d'apporter une réponse, il convient dans un premier temps de revenir aux fondamentaux de cette doctrine. Dans un deuxième temps il est important d'étudier en quoi elle serait transférable dans le système hospitalier et dans un troisième temps quels pourraient être les enjeux et les apports dans une organisation très différente. Enfin une identification des limites et des conditions de réussite alimentera une analyse stratégique de ce concept au sein des établissements de santé.

Luc LE PROVOST

Directeur du Département ICR/CNAM
Enseignant-chercheur

Sébastien AUBOUIN

Cadre de santé, Centre hospitalier de RUFFEC

Le commandement par intention : origines et principes

Origines militaires et contexte d'apparition

Les racines de cette doctrine pourraient se trouver à la fin du XVII^{ème} siècle quand Napoléon décide d'organiser ses Armées en CORPS. « *Des armées plus grandes et séparées géographiquement exigent des chefs intermédiaires qu'ils accèdent à plus d'initiatives sans attendre les ordres détaillés* »^[1]. Ensuite il semblerait que ce concept trouve ses origines dans la doctrine prussienne de la fin du XIX^{ème} siècle début XX^{ème}. Puis au cours de la décennie 2000-2010 les armées américaines, canadiennes et anglaises travaillèrent sur cette doctrine. Le Général SCHILL, Chef d'État-Major de l'Armée de Terre établit comment il a décliné cette doctrine de commandement dans « *Le sens du commandement* »^[2]. Il y met notamment en lumière le rôle clé de l'initiative.

Principes fondamentaux

« *L'intention est un repère face à l'imprévu et à l'incertitude* »^[3]. Donner des objectifs clairs et précis en s'assurant de la compréhension de l'intention du chef pourrait être la clé de la réussite de ce concept. Une fois la direction donnée qui éclaire les intentions à décliner selon le principe de subsidiarité, la troupe peut mener la mission. Mais quel est alors le niveau d'autonomie atteint, et comment mesure-t-on la diffusion de l'intention ? En effet, s'il est aisé de comprendre le principe de l'intention connue jusqu'au plus simple effecteur de la mission, il est nécessaire de s'assurer d'un contrôle de l'accessibilité aux informations. L'art d'être chef s'opère peut-être à ce moment avec une maîtrise de la diffusion pertinente et large des éléments de la mission. La possibilité de reprendre le leadership de la mission doit pouvoir être envisagée à tous les échelons de la chaîne de commandement jusqu'à l'opérateur terrain le moins gradé.

Le champ d'application de la mission devient un espace propice à l'autonomie dès l'instant où la priorité est donnée à l'intention et non plus à une stratégie figée et contraignante. Dans cet espace d'autonomie s'exercent la créativité et la confiance. Le contexte opérationnel impose la prise en compte des différentes intelligences et c'est peut-être la part d'autonomie laissée par le chef dans cet espace qui traduit le concept de commandement par intention. Néanmoins, si l'espace d'autonomie est dispendieux aux yeux de certains chefs, il mérite évidemment d'être borné. Les fameuses « *limite gauche et limite droite* » sont strictement nécessaires. Encadrer une autonomie ne signifie pas privation, mais optimisation dans la mesure où l'autonomie sert un objectif et non pas des objectifs vagues, mal définis et envahissants, perturbant le champ des possibles de la créativité et de la motivation.

Transférabilité du concept militaire au milieu hospitalier

Convergences entre les organisations militaires et hospitalières civiles : une étude fait un point de situation

Comme dans l'armée, la représentation de la voie hiérarchique du milieu hospitalier renvoie à une vision verticale. Dans ce contexte, alors que les encadrements sollicitent de plus en plus les équipes en termes de formation, de référents, de montée en compétences, de présentisme, d'autonomie des équipes, quelle pourrait être la voie pour atteindre un haut niveau de performance managériale ?

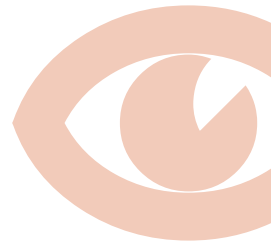
L'autonomie pourrait bien être une solution, mais elle reste conditionnée aux réponses à de nombreux critères intermédiaires, comme le changement de paradigme managérial incluant la culture de l'objectif, du changement, de la performance opérationnelle, de l'adhésion. C'est peut-être sur ce front commun du management qu'un rapprochement militaire et hospitalier est possible.

Une enquête réalisée en novembre 2025 auprès de Cadres de santé issus de centres hospitaliers de dimensionnement divers, montre une curiosité et une appétence pour des stratégies incluant l'autonomie, la culture de l'objectif et de l'initiative.

[1] Napoléon Bonaparte et le système divisionnaire. *La revue d'histoire militaire* (2022).

[2] « *Le sens du commandement* » P. SCHILL, les éditions du cerf, p 12 (2025).

[3] Ibid



39.5 % des Cadres de Santé (CDS) sondés ont moins de 5 ans de diplôme. Ils sont pour la plupart en responsabilité d'au moins trente agents et issus de tous les services, médico-techniques et de soins. Pour 62.8 % d'entre eux, autonomie signifie développement des initiatives. Il émane donc de cette étude un intérêt manifeste des managers de proximité pour les principes fondamentaux du management par intention, ce qui crée un rapprochement dogmatique avec la doctrine du commandement par intention. Pour autant le domaine d'application n'a pas été expressément cité et déterminer si les CDS emploient l'initiative au niveau de leur exercice managérial ou en bénéficient de leur N+1, semble pertinent au niveau de l'enquête et mériterait d'être approfondi. Toutefois le niveau d'autonomie des équipes atteint est considéré comme très élevé à 4.2 %, moyen à 44.2 %, élevé à 34.9 %, et faible à 16.3 %, ce qui montre un questionnement du management quotidien sur ce principe. Ils définissent le niveau atteint majoritairement comme moyen, voire faible. Si le niveau d'autonomie n'a pas impacté les critères de performance managériale parmi ces CDS, faut-il y voir un désintéressement ? Peut-on en déduire que les CDS ne mesurent pas la perspective de l'autonomie Est-ce une performance à atteindre pour l'encadrement ?

Pour 55.8 %, l'autonomie réside dans l'organisation du travail et 25.6 % dans la prise en charge des patients. Les champs des compétences comme la gestion des ressources humaines, la communication interprofessionnelle, la gestion de planning, l'organisation quotidienne, ou l'encadrement des étudiants en soins infirmiers représentent des domaines où l'autonomie est à développer.

Comme dans l'Armée en temps de paix, les organisations sont de plus en plus contraintes par des critères d'évaluation et de normes qui pourraient bien entraîner la perte de créativité, d'autonomie et l'adhésion de son personnel, se manifestant par une fuite des talents ou des compétences face à l'imprévu. La procédure prend le pas sur l'acte réflexe, la lenteur s'oppose à la réactivité, et le sens se perd en créant un gouffre entre le besoin de solutions immédiates et l'application irrémédiable des procédures de décision. Le manager devient alors le garant du process, le symbole de l'immobilisme. En libérant l'initiative, on fait du manager un cadre dynamique, alerte, paré aux décisions de crise, stimulé à l'intelligence situationnelle. Le résultat dope la confiance, qui dope l'adhésion et elles augmentent la performance de l'équipe. L'Armée et l'Hôpital pourraient poursuivre un but identique dans le sens où ils doivent redéfinir leur cadre d'ordre pour réorienter l'opérationnel vers des défis nouveaux qui nécessitent des stratégies innovantes pour vaincre du côté des forces armées et gérer des situations de crise du côté hospitalier.

Quand on interroge ces cadres sur les freins existants quant à la possibilité d'octroyer de l'autonomie à leurs équipes, l'étude révèle une part importante de la crainte de l'erreur à 39.5 % et un manque d'expérience. Que signifie peur de l'erreur ? Elle serait peut-être un frein institutionnalisé dans la mesure où la peur de l'initiative se corrèlerait à la crainte de la sanction.

76.7 % déclarent ne pas connaître le commandement par intention ni l'essence de sa doctrine.

9.3 % estiment que ce concept est peu pertinent, 41.9 % trouvent ce concept moyennement pertinent, 2.3 % pertinent et 25.6 % très pertinent. La majorité démontre un intérêt réel, mais modéré pour ce concept. Le bénéfice pourrait résider selon 36.9 % dans la responsabilisation des équipes, 34.9 % dans la réactivité des équipes face à l'imprévu et 14 % dans l'amélioration du climat de travail. Le champ du bénéfice est donc bien identifié par la majorité de ces cadres de santé. Les mots clés, comme responsabilisation, réactivité et qualité de vie, et conditions de travail, se retrouvent associés naturellement aux mots intention, objectifs clairs et libération des initiatives. 7 % des sondés admettent ne jamais avoir fait l'expérience de laisser les équipes définir ou fixer elles-mêmes les objectifs des projets dans le service. Les autres conditionneraient leur implication dans un management par intention à un investissement des agents, une confiance mutuelle agents / CDS et CDS / N+1, des objectifs clairs du N+1, un cadre précis d'application, une communication suffisante effectuée auprès des équipes et une volonté institutionnelle assumée. Ils attendent donc une validation et un accompagnement de la part des Directions. 83.8 % se déclarent être plutôt prêts à expérimenter ce mode de management.

Ce que le management hospitalier peut apprendre du commandement par intention

Le commandement par intention repose sur les notions capitales d'autonomie et de confiance pour assurer le succès de la mission. Dans le milieu hospitalier, la perte de confiance des équipes envers les directions ou l'encadrement de proximité peut se traduire par un turn over important des équipes ou des réorientations professionnelles. En confiant la possibilité d'organiser le détail de la mission sans en changer le but, le manager responsabilise, il valorise et il construit la reconnaissance du subalterne. Il s'agit d'une transaction, d'un contrat moral dans lequel chacun confie quelque chose à l'autre. Or, ce don garantit un retour : le subalterne s'inscrit dans la dette vis-à-vis de son supérieur en lui présentant une stratégie qui doit être la meilleure possible. Ainsi, en parallèle, le chef fixe l'objectif de la mission, le cadre l'objectif du projet ; le chef borne les limites tout comme le cadre de santé, le chef donne tous les détails de son intention avec des attentes précises en termes de délai et de moyens et le cadre communique à son équipe toutes les informations du projet. Le principe de subsidiarité s'installe. Le cadre de santé comme le chef font confiance pour la construction du projet. Les agents contributeurs et parties prenantes se sentent valorisés de la confiance qui leur est donnée, ils peuvent faire preuve de créativité et exprimer leurs intelligences dans l'espace qui leur est défini. La notion d'espace est importante, car il produit un périmètre d'autonomie organisé par le cadre de santé.

Adaptations nécessaires au contexte de la santé (culture du soin, cadre réglementaire, organisation pluridisciplinaire)

Bien souvent la gouvernance des établissements de santé s'appuie sur des relais d'encadrement pour mettre en application ses injonctions. Les périmètres d'autonomie se restreignent au fur et à mesure que la hiérarchie descendante est sollicitée. Or il est difficile d'argumenter, de justifier, de susciter de l'adhésion autour d'une stratégie quand elle est imposée sans communication ni appropriation des agents. Les services hospitaliers ne sont pas acculturés à la description ni à la présentation de l'intention des Directions. Ainsi les décisions sont souvent mal comprises et mal acceptées. C'est de cette situation que peut naître la théorie de « la tour d'ivoire » comme s'il y avait un écart, un « fossé » entre les décideurs et les effecteurs. Les pratiques managériales ont parfois tendance à confondre lien fonctionnel et lien hiérarchique, ce qui apporte des notions d'ingérence de l'un vers l'autre. Les rôles sont souvent mal définis auprès des équipes et un espace d'incertitude apparaît. Dans cet espace des jeux de pouvoir s'exercent et renversent un ordre théoriquement identifié. Il existe un écart entre la théorie sanctuarisée par la fiche de poste ou de mission et l'activité opérationnelle réelle. Les responsabilités y sont diluées et la confiance oubliée. Pour diminuer cet écart, il faudrait créer du lien, de la confiance, et donner des sens aux actions. Un espace d'autonomie à l'origine d'initiatives performantes et innovantes répondant à un besoin opérationnel, devient la contre-mesure des procédures. L'opérationnel se libère alors du carcan procédurier pour créer de la richesse d'action avec du sens, de la performance et de l'adhésion. Les procédures n'interviennent dès lors que pour sécuriser l'initiative et la garder dans le cadre défini par le N+1. La dynamique procédurale, impersonnelle, froide, déshumanisée, contre-productive, alliée indéfectible de l'injonction dépourvue d'objectif partagé est ainsi ralentie.

Enjeux et apports envisagés d'un management par intention en milieu hospitalier

Un couple autonomie initiative moteur de performance

À l'instar des opérateurs d'un groupe de combat, il s'agit de favoriser l'autonomie et l'initiative des effecteurs dans une équipe. Leur spécialisation complexifie l'articulation des moyens. Les expertises deviennent complémentaires pour répondre aux exigences du fonctionnement opérationnel. Le management par intention prend en compte les expertises et libère les initiatives au sein des compétences spécialisées. Le manager ne peut à lui seul produire toutes les initiatives. Il les coordonne avec les manœuvres et les stratégies en s'appuyant non pas sur son expertise technique personnelle, mais sur

celle de ses collaborateurs. Ainsi, il crée de la confiance qui permet l'adhésion par la responsabilisation individuelle. Il lance ses équipes sur la voie de la montée en compétence en s'appuyant sur l'association de l'autonomie et de l'initiative, produisant ainsi de l'expertise opérationnelle.

Rétablir la confiance hiérarchique et la montée en compétence des équipes

La confiance émanerait donc de la capacité à libérer l'initiative. Cependant il se pourrait que la confiance fonctionne en double sens. Quand le chef accorde sa confiance aux subalternes dans l'espace d'autonomie qu'il a organisé, et s'il lui octroie au passage une reconnaissance du droit à l'erreur mesurée et calibrée, l'effet immédiat devient la création de confiance. Des critères d'évaluation de cette confiance reposent sur plusieurs notions dont l'engagement semble la plus importante. Le niveau élevé ou pas de volontariat lors des appels à projets ou de référence permet de le mesurer. L'investissement signe une forte adhésion au management et donc témoigne aussi de la confiance objective de l'équipe pour son manager.

Les hôpitaux, pour la plupart, fonctionneraient de mon point de vue comme une entité dont le pouvoir reste centralisé. L'action y serait prescrite d'en haut et applicable en procédures jusqu'en bas, sans marge de manœuvre, sans adaptabilité. Le cadre de santé n'échapperait pas à cette centralisation des directions. C'est ainsi que l'autonomie des managers de proximité se réduirait à peau de chagrin. Rien ne serait possible sans solliciter un accord du N+1 tout au long d'un projet ou d'une stratégie de service. La Responsabilité individuelle en serait diluée dans la responsabilité de poste. Et si, par mégarde outrancière une initiative était libérée, la question fatidique ne saurait tarder : « *Qui a validé cette décision ? Quelle est donc la place de l'autonomie, renforcée par la responsabilisation individuelle dans ce système ?* » Dans cette stratégie, le manager de proximité, le cadre de soins, serait dissuadé de prendre la moindre initiative et le risque serait qu'il se sente déresponsabilisé, décrédibilisé et réduit à un transmetteur d'injonctions, conservant dans l'inconfort une place où la fesse gauche s'appuierait sur la direction pour chercher la légitimité des actes et la fesse droite sur l'équipe pour y trouver de l'adhésion et de la recherche de performance. Le « en même temps » contribuerait à une perte de sens de l'action managériale et à un abandon progressif et délétère de l'initiative.

Dans ce contexte, actuel dans certaines organisations hospitalières, les cadres de soins seraient privés d'autonomie, donc d'initiatives et par voie de conséquences de leadership et de responsabilité managériale. Or, comme le prévoit le commandement par intention, faire confiance dans la chaîne hiérarchique avec une libération des initiatives dans un cadre bien défini redonnerait légitimité, responsabilité individuelle et du sens à l'action managériale. En déclinant l'intention de la Direction, en précisant le cadre d'autonomie, l'encadrement retrouve la confiance de ses chefs qu'il peut à son tour transmettre aux équipes. La confiance devient génératrice de créativité, d'adaptabilité et sécurise la subsidiarité ; la montée en compétences peut s'effectuer.

Conséquences sociales sur les équipes et bénéfice secondaire

L'absence d'objectifs clairement définis et d'initiative pourrait contribuer à réduire la capacité des équipes à adapter leurs actions à la réalité du terrain. Leur exercice professionnel pourrait s'ancrer sur le long terme dans une dynamique d'obéissance sans analyse et les conduire vers la perte de leur expertise clinique. La charge de travail, quant à elle, ne cesse de croître et la réponse à cette gestion pourrait se trouver dans la flexibilité et l'adaptabilité opérationnelle. L'initiative et l'autonomie pourraient libérer les agents du stress causé par les micromanagements mis en place par la verticalisation managériale et le contrôle excessif. L'ouverture du carcan procédural et managérial pourrait devenir une résistance au burn out dans la mesure où les agents reprendraient confiance en eux, retrouveraient du sens à leurs actions et à leurs prises en soins. La compréhension du pourquoi de la mission s'alignerait avec des valeurs éthiques profondes et sincères inscrites dans la culture des soignants. Le retour à l'expertise soignante s'accélérerait.

Ces conditions favorables au travail parce qu'elles sont respectueuses des valeurs et de l'engagement des soignants pourraient favoriser une qualité de vie au travail. Elles pourraient même fonder une cohésion d'équipe devant une information fluide, partagée, authentifiée par le cadre de santé et

participer à la diminution des conflits d'équipe. La coopération interprofessionnelle en serait renforcée. Enfin, en donnant du sens à la mission, le management par intention paraîtrait moins punitif que le système de l'injonction organisationnelle stricte et verticale. Il apporterait plus de responsabilisation, et il permettrait une transparence plus établie et des décisions plus affirmées, plus assumées. Ainsi, le droit à l'erreur raisonné dans un champ d'application pédagogique pourrait renforcer ce sentiment d'initiative autorisée, ce qui renforcerait la capacité des équipes à gérer l'imprévu. L'intention donnerait alors un cadre clair et souple sans rigidifier la capacité d'action.

Limites et conditions de réussite

Risques liés à une mauvaise compréhension de l'intention

Afin de garantir la diffusion et la compréhension de l'intention, il faut certainement cultiver un terreau stable de communication. Un lien déjà établi entre l'équipe et son manager semble primordial. De même le CDS a besoin d'une relation de confiance réciproque avec son N+1. Si ces liens sont défaillants, l'autonomie sera compromise dans la mesure où le contrat de confiance n'aura pas été scellé. Alors, l'espace d'autonomie du CDS laissé à son équipe peut apparaître comme un déficit de performance du CDS qui ne « tient pas son équipe ». Des reproches de manque d'autorité ou des absences de règles, de cadre posé, de limites identifiées peuvent être évoqués par le N+1. L'intention doit donc être clairement formulée au plus près des équipes, mais aussi argumentée par la hiérarchie pour cautionner l'espace d'autonomie décidé. Le CDS devra aussi définir les limites pour ne pas que le projet dépasse le cadre fixé et éloigne les agents de l'objectif.

Le risque majeur réside donc dans une dérive où les objectifs seraient insuffisamment explicités ou mal compris, car, de fait, les moyens pour les atteindre souffriront d'erreurs multiples et à la longue de perte de sens. Ne pas sécuriser ni cadrer un projet reviendrait à un espace de libertés avec trop d'incertitudes et des initiatives ne répondant plus aux objectifs. Il devrait s'en suivre une reprise en main qui pourrait sembler autoritaire et un signe de perte de confiance avec au final l'échec dans l'atteinte de l'objectif, mais aussi une perte d'adhésion et une démotivation des équipes. Si le manager n'accompagne pas suffisamment la détermination de l'espace d'autonomie en posant les règles, il court le risque d'associer son management à l'abandon des équipes par la perte de sens.

Communication au sein des organisations et formation des encadrants avec accompagnement du changement

Pourquoi une formation des Directions et une acculturation à l'autonomie des subalternes seraient-elles nécessaires ?

Aujourd'hui la culture managériale est fortement imprégnée de l'esprit de contrôle. « *Le cadre de santé a pour vocation de contrôler* », peut-on entendre lors d'entretiens individuels ou de réunions de coordination. Certes, il s'agit d'une partie de sa mission. Mais le tout contrôle peut-il générer de l'attractivité, de la responsabilité individuelle, de la performance clinique ? Il se pourrait que le temps soit au changement de paradigme managérial. Ouvrir la ligne directrice vers l'initiative et l'autonomie pourrait faciliter l'attractivité. Les cadres de santé formés dans des instituts de formation des cadres de santé qui valorisent l'innovation et l'agilité pourraient être des moteurs de cette révolution intellectuelle du management. Passer d'une culture du contrôle à une culture de responsabilité, ouvrant le chemin à l'expertise clinique par l'initiative, pourrait trouver dans le cadre de santé le point de pivot idéal, proche des équipes et des directions. Il pourrait contribuer à faire évoluer le management grâce à l'acculturation au management par intention. Cependant lui aussi a besoin d'avoir confiance que la hiérarchie lui fasse confiance en lui laissant une part d'autonomie pour lui et ses équipes afin d'atteindre les objectifs clairement définis. Pour former ces cadres, des interactions avec d'autres milieux pourraient leur être proposées. Des formations réalisées sur le management par intention se transformeraient en immersion dans un secteur d'activité différent avec d'autres acteurs que ceux qu'ils côtoient quotidiennement. Puis l'acculturation pourrait se faire à tous les échelons. Aujourd'hui certains élèves directeurs des soins n'hésitent pas à réaliser des stages dans des hôpitaux militaires.

Importance d'un cadre institutionnel clair pour sécuriser l'autonomie

Comment pourrait-on envisager le cadre institutionnel du management par intention ? La difficulté repose sur une absence d'acculturation au principe. Pour mener à bien ce changement, les Directions doivent s'appuyer sur tous les niveaux hiérarchiques. Enfermés dans une logique verticale, avec un contrôle omniprésent, une ouverture dans leur stratégie managériale vers un mode différent et centré sur des valeurs inhabituelles leur permettrait d'amorcer un virage vers l'affirmation de l'intention. Dépasser le principe de subsidiarité sur le modèle hospitalier, pour tendre vers un management par intention, nécessite sûrement des liens plus étroits et plus répétés vers le milieu militaire. Il faudrait sûrement dépasser les difficultés émanant du couple intention-gestion. Car l'un ne s'oppose pas à l'autre, ils se complètent, ils s'associent et s'équilibrent pour former un levier de performance managériale. En reconnaissant les principes d'un management par intention, les organisations hospitalières pourraient légitimer une nouvelle approche. En libérant l'initiative de ses cadres, elles pourraient bien libérer celles des équipes et propulser les soignants vers une nouvelle ère d'autonomie encadrée.

Pourtant, certains freins à un changement de paradigme semblent inévitables. Le premier pourrait bien être celui d'une organisation clinique et fonctionnelle figée. « *Sur le plan formel, l'avènement des pôles représente ainsi une tendance très marquée vers le renforcement des dynamiques verticales et fonctionnelles dans la régulation des services de soins (Mcnulty et Fairlie, 2004).* » (Rogers & Mossé, 2012, p. 382). La verticalisation du fonctionnement hiérarchique entraînerait plus d'injonctions, plus de procédures et plus de formatage de l'encadrement qui pourraient engendrer une baisse de créativité et de confiance à tous les étages, conduisant inexorablement à la perte de sens du travail managérial. L'encadrement se réduirait à l'élaboration des plannings, la rédaction de procédures et de fiches de postes, des missions administratives sans expression de leadership ni management. L'absence d'initiative, de créativité embraye sur la perte d'autonomie et donc du sens du travail d'encadrement. R.Lickert à travers ses travaux sur les quatre styles de management, nous propose une vision optimiste et prometteuse du style participatif (Likert, 1987). Il serait, selon lui, la plus humaniste et la plus performante. Likert met en valeur la notion fondamentale de la motivation et de l'implication des employés. Associé à une communication adaptée, ce style doit produire une meilleure performance globale de l'individu et de l'organisation. Il a initié une sorte de management par intention.

Conclusion

Le modèle du commandement par intention semble le plus adapté au besoin actuel pour l'État-Major de l'Armée de Terre afin d'affronter les conflits majeurs qui s'annoncent. Ces valeurs managériales pourraient s'appliquer plus largement dans d'autres domaines et le milieu hospitalier pourrait en mesurer les perspectives. L'autonomie, la clarté de l'objectif, l'initiative et la responsabilisation en deviendraient des piliers. Une acculturation au principe du management par intention serait en mesure de provoquer une réelle capacité des gouvernances à donner du sens à leurs actions. Rompre avec le tout contrôle, la toute maîtrise et le bridage des initiatives permettrait à une institution de retrouver une dynamique positive et de s'inscrire dans une démarche résolument tournée vers la confiance. Pour faire face aux crises omniprésentes, accepter l'erreur pourrait devenir une chance de réussite sur le long terme. En donnant un objectif clair aux subordonnés, en leur octroyant de l'autonomie pour les atteindre, en fixant le cadre de cet espace qui peut être négocié, en libérant l'initiative, les Directions et les agents pourraient retrouver de la confiance mutuelle. Celle-ci se traduirait par de la performance organisationnelle, clinique et managériale, car active à tous les niveaux hiérarchiques. L'opérationnel reprendrait sa place légitime de finalité. Les procédures ne feraient plus obstacle à la logique opérationnelle, mais viendraient sécuriser les actions. La libération des initiatives servirait de tremplin à la dynamique de créativité des équipes pour trouver des solutions aux crises. Ainsi, en acceptant les influences de l'institution militaire et son commandement par intention, les perspectives d'un management par intention pourraient devenir une innovation managériale et rouvrir aux Directions hospitalières les voies de la confiance, de l'adhésion, de l'autonomie et de la motivation.