

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire
Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages et la
Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Une communication réfléchie pour un
projet réussi**

Laurent LAUNAY

Directeur de mémoire : Sophie HUITOREL

Soutenance le 23 juin 2017

Année (2016-2017)

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire
Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages et la
Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Une communication réfléchie pour un
projet réussi**

Laurent LAUNAY

Directeur de mémoire : Sophie HUITOREL

Soutenance le 23 juin 2017

Année (2016-2017)

REMERCIEMENTS

Je remercie avant tout Madame Sophie Huitorel, ma directrice de mémoire pour l'accompagnement et le soutien qu'elle m'a apporté tout au long de ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier mon épouse et mes filles, qui m'ont soutenu tout au long de cette année.

J'adresse aussi mes remerciements à mes collègues de promotion et notamment Manuela et Annie-France, pour leur soutien et leurs conseils.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont consacré du temps et qui ont participé à ce travail de recherche.

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... »

Bernard Weber (2003)

Sommaire

1	<i>Introduction</i>	1
1.1	Mon expérience professionnelle.....	2
1.2	Question de départ	6
1.3	Ma réflexion	6
1.4	Entretien exploratoire.....	9
1.5	Question de recherche	10
1.6	Hypothèses.....	10
2	<i>Le cadre conceptuel</i>	11
2.1	La communication.....	11
2.2	Le changement	17
2.3	Le projet	21
2.4	Cadre de santé.....	24
2.5	Adhésion ou implication ?	25
3	<i>La méthodologie</i>	28
3.1	Choix de la population	28
3.2	Choix de l'outil.....	29
3.3	L'entretien.....	30
4	<i>L'analyse et l'interprétation des résultats</i>	31
4.1	Analyse de la méthode.....	31
4.2	L'analyse du contenu	32
5	<i>Synthèse</i>	59
6	<i>Conclusion</i>	66
6.1	Pertinence des hypothèses :.....	67
6.2	Les limites de ma recherche :.....	69
6.3	Projection en tant que cadre :	70
7	<i>Glossaire</i>	72
8	<i>Liste de références bibliographiques</i>	73
8.1	ouvrages.....	73
8.2	Revue :.....	75
8.3	Notes de cours :.....	75
8.4	Pages web :.....	75
9	<i>Table des matières</i>	76

1 Introduction

D'aucun vous dirons que la communication c'est parler. Mais est-ce que la communication se résume seulement à l'alignement verbal de mots formant une phrase ? Est-ce qu'il faut parler pour communiquer ? Mon métier d'infirmier en psychiatrie m'a souvent questionné sur les meilleurs moyens de communiquer en fonction des pathologies des patients. Plus tard, dans mon expérience de faisant fonction cadre de santé, la communication ou plus exactement ma manière de communiquer est de nouveau venue interroger mes pratiques. Il est très étrange lors d'une conduite de projet de s'apercevoir que le cadre de santé s'adresse à tous de la même façon et que pour autant le message n'est pas reçu, compris, interprété de la même manière. Les mots ont un sens et pourtant dans un contexte de changement, le sens semble différent. C'est sur la communication du cadre dans une conduite de projet que j'ai donc souhaité travailler. Une opportunité qui m'est offerte aujourd'hui dans le cadre de ma formation de cadre de santé à l'IFCS de Rennes où je suis amené à réaliser un travail de recherche. Ce dernier a un double objectif, le premier est de me permettre de valider les modules 3 et 6 de la formation de cadre de santé. Le deuxième est de m'initier à un travail de recherche en sciences humaines et sociales afin de développer la compétence 7 (conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche). Ce travail de recherche a pour but de développer ma capacité réflexive sur mes propres pratiques. Cela s'inscrit dans un premier temps dans une démarche inductive avec une analyse et une prise de recul à partir de situations de mon expérience professionnelle que je serais amené à étayer.

A partir de ces réflexions expérimentales, je formulerai une question de recherche et des hypothèses auxquelles je tenterais de répondre grâce à l'apport d'un cadre conceptuel dans un premier temps puis d'enquêtes de terrain. Cela nous amènera à l'étape de la méthodologie de recherche choisie notamment pour effectuer ces enquêtes. Je présenterai alors le type de recueil que j'ai souhaité faire sur le terrain et la manière dont je traite les données. L'analyse des enquêtes de terrain, la confrontation des résultats entre eux et avec le cadre conceptuel nous permettront de dégager des éléments de réponse à nos hypothèses initiales et à la question de recherche. Je conclurai par une critique de ce travail, ses limites et enfin mon positionnement de cadre de santé.

1.1 Mon expérience professionnelle

Dans ma vie j'ai toujours été animé par une curiosité intellectuelle, l'envie de découvrir l'inconnu, d'aller explorer d'autres pratiques professionnelles. Mes nombreuses expériences dans divers milieux professionnels¹, mes multiples activités associatives et sportives² en sont un parfait reflet. C'est donc tout naturellement que j'ai voulu entraîner régulièrement mon entourage, mes amis, mes collègues et maintenant les agents hospitaliers dans mes envies de changement. C'est aussi très rapidement que je me suis rendu compte que ce qui valait pour moi n'était pas vrai pour les autres et que le changement n'est pas perçu de la même façon pour tous. Ma prise de poste de faisant fonction cadre de santé m'a ainsi très rapidement confronté à la réalité du terrain. Les propos de Sandrine Caillé, (2011) prennent alors tout leur sens « *Conduire un changement suppose de donner envie, de mobiliser, d'embarquer le plus grand nombre. Rien de plus difficile quand on sait que la tendance naturelle est plutôt de résister au changement, de rester dans sa zone de confort* » (p103).

Afin d'illustrer au mieux le cheminement de ma pensée et l'élaboration de ma question de départ, je me suis appuyé dans un premier temps sur une expérience de changement que je peux qualifier, de réussie. En effet, avant mon expérience de faisant fonction cadre de santé, j'ai été sollicité pour mettre en place un projet de consultations de liaison psychiatriques aux urgences dans un centre hospitalier. Faire entrer de la psychiatrie dans un lieu de soins général n'a pas été chose facile. Les représentations de la psychiatrie bonnes ou mauvaises bouleversaient complètement le fonctionnement institué depuis des années dans cet hôpital. Ma fonction première était d'accueillir au sein des urgences les patients ayant des troubles psychiatriques afin d'en faire une évaluation et de les orienter vers des soins appropriés. Du jour au lendemain, toutes les prises en soins psychiatriques devaient passer par moi. Pour mettre en place ce projet, ma hiérarchie (cadre supérieur de santé et cadre de santé) m'a octroyé un facteur « temps » non négligeable en amont. Des réunions d'information auprès des partenaires de santé ont eu lieu afin de leur montrer tous les bénéfices de ce projet. Je suis également passé par ce que l'on peut appeler une « pédagogie de répétition » afin de rassurer et faire intégrer ces futurs changements dans les esprits. Des outils de communication ont été développés pour faciliter l'articulation des procédures. Et un calendrier est proposé pour faire

¹ Enseignant de la conduite automobile, enseignant en lycée, formateur prépa concours IDE/AS, infirmier, faisant fonction cadre de santé.

² Théâtre (acteur, auteur, metteur en scène), badminton, basket, natation, musique (piano, guitare, accordéon, biniou, bombarde)

des points réguliers sur l'avancée du projet. A peine trois mois plus tard (lors d'une réunion) l'ensemble du personnel des urgences se dit très satisfait de ce projet et a intégré les changements inhérents à ce projet. A mon départ quatre ans plus tard ce projet est à maturité et fait l'unanimité.

Les équipes des urgences baignent dans une culture complètement différente de ce que je peux connaître en milieu psychiatrique. Ces équipes urgentistes sont par définition très réactives, avec une dynamique d'équipe très présente et une forte propension à accepter et intégrer les changements (changements de protocoles, pluridisciplinarités, pathologies et patients très variés...).

La culture portée par un service ou une équipe influence t-elle sa propension au changement ?

Parallèlement à cette première expérience de changement plutôt idéale, je vais faire état ici d'une autre expérience plus récente de faisant fonction cadre de santé et plus particulièrement d'une analyse de pratique réalisée lors d'un travail à l'IFCS. Cette situation partait du constat d'une opposition voire une résistance des équipes de la MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), où j'ai pris mes fonctions, à accepter le moindre changement. A partir du moment où l'adhésion même à des projets de service ou d'établissement risquait d'engendrer des modifications dans leurs pratiques quotidiennes, les salariés entraient en résistance passive voire même active.

Dans l'exemple de cette situation, le chef de pôle essayait de mettre en place depuis de nombreuses années un outil de communication appelé PECS (Picture, Echange, Communication, Système) à destination des résidents autistes. La mise en place de cet outil avait déjà échoué quatre ans plus tôt et une nouvelle tentative avait été décidée. Ce projet arrivait dans un climat déjà tendu de renégociation de l'aménagement du temps de travail et de modification des plannings imposée par la Direction. On assista alors à une refonte des équipes, une modification de leurs pratiques et également un questionnement sur ces pratiques entre collègues. L'arrivée presque simultanément de ce projet PECS rajoutait un changement au changement pour des équipes ayant une certaine chronicité dans leurs pratiques.

Mon expérience d'infirmier en psychiatrie adultes m'avait peu confronté à la prise en soins de résidents autistes et je suis arrivé sur la MAS en tant que faisant fonction avec peu de connaissances sur cette population. Le personnel présent sur la MAS est en partie sanitaire mais surtout médico-social avec une culture et une approche du soin différente de la mienne.

Les équipes présentes (souvent depuis longtemps) se sentent porteuses d'une expérience, d'une légitimité et d'une bonne connaissance des résidents dans leur singularité. Il est d'autant plus facile pour eux d'utiliser ces arguments pour exprimer leurs résistances aux changements en se réfugiant derrière l'intérêt du résident.

Afin de mettre en place ce projet PECS, j'apportais régulièrement des arguments positifs qui étaient immédiatement mis à mal par certains salariés expérimentés qui ne manquaient pas de contre-arguments. Enfin, lorsque j'imposais la mise en place de cet outil PECS j'observais une opposition passive sous la forme de fuite et une absence d'application réelle dans les faits.

Si je sais que le changement peut faire peur, comme un saut vers l'inconnu, je sais également qu'il peut être source de stimulation, d'interrogations, d'échanges, de remises en question et d'une nouvelle dynamique d'équipe. C'est du moins ce que j'ai pu tirer de ma première expérience aux urgences psychiatriques. Ma préoccupation majeure était alors de redonner une dynamique d'équipe, de donner la liberté de parole afin de motiver les équipes autour du projet d'établissement. L'échec de ce projet dans le passé et le contexte tendu du moment, n'étaient pas propice à la mise en place de PECS. Mes collègues cadres, en nombre restreint, avaient choisi de prioriser leurs activités et la mise en place de ce projet n'en faisait pas parti. Or, j'espérais pouvoir m'inspirer de leurs compétences et de leurs expériences. Je réalise très vite que ce projet n'arrive pas forcément à un bon moment (manque de cadres de santé, restructuration des plannings, absence de cadre supérieur).

« Est-ce qu'il faut en déduire que la mise en place d'un projet est avant tout une question de moment opportun ? ».

Les équipes gardent en mémoire l'échec de la première tentative de mise en place du PECS au motif selon eux qu'ils n'ont pas assez de temps. Or, ce constat est à mettre en lien avec le nouvel aménagement du temps de travail qui se traduit dans les faits par dix minutes de travail en moins par jour pour les salariés. Comment peuvent-ils mettre en place ce projet maintenant

avec dix minutes en moins alors qu'ils n'y sont pas arrivés dans le passé quand les conditions étaient plus favorables ?

« Le sentiment de perte non compensé en lien avec un changement peut-il conduire à l'échec de la mise en place d'un projet ? »

Il semble qu'un contentieux soit perceptible entre les salariés de la MAS et le seul médecin psychiatre chef de pôle. Ce dernier fait, entre autre, obstruction aux formations des agents lorsqu'ils souhaitent faire une formation qu'il estime sans lien direct avec les pratiques sur la MAS. Le dialogue est unilatéral et la communication passe mal entre le chef de pôle et les agents. Les salariés de la MAS en raison du manque d'encadrement et de présence médicale ont très peu de lieux d'écoute et de verbalisation. Il en découle alors un sentiment de frustration chez les agents qui rejettent systématiquement les choix et les orientations du chef de pôle. Je prends conscience de l'importance d'une bonne communication autour d'un projet. Mais qu'est-ce qu'une bonne communication ? Sans doute celle qui permet au plus grand nombre de s'exprimer sur le sujet. Une communication est bilatérale et c'est aussi l'importance de la communication du cadre qui prime ici et qui permet l'adhésion à un projet et le processus de changement.

La manière de communiquer sur un projet est-elle un gage d'adhésion ?

Après quelques mois de présence et de prise de recul, j'essaie d'analyser la situation et l'organisation de la MAS. Je m'autorise à en faire une interprétation et en déduis que sur la MAS et plus particulièrement sur l'une des deux maisons, nombre de salariés sont contractuels et en contrat de courte durée. Leur implication reste inévitablement superficielle en raison de mutations régulières dont ils font l'objet. De plus, depuis de longues années les salariés présents sur la MAS sont recrutés initialement sur le site principal de psychiatrie adulte basé sur Rennes. Ils arrivent sur la MAS (Thorigné-Fouillard) par mutation obligatoire ou comme l'ultime moyen d'être titularisé plus rapidement mais dans l'optique de retourner rapidement sur le centre principal. La Mas comme ses résidents bénéficient d'un statut à part et peu valorisant. Ils sont, à tort, traité comme l'échec de la psychiatrie. En d'autre terme beaucoup de salariés sont ici par dépit et manque de motivation. La motivation et l'implication de l'agent dans un projet semblent déterminants pour porter ce projet jusqu'à sa maturité.

« Mais comment créer les conditions de réussite d'un projet ? Comment favoriser la motivation et l'implication de l'équipe autour d'un projet ? »

1.2 Question de départ

Cette expérience de faisant fonction cadre a mise en exergue toute la complexité de la fonction sur le terrain. Et au fur à mesure de ce travail de recherche, de réflexion sur ce sujet du changement et de la mise en place d'un projet, je prends conscience de tous les enjeux qui se jouent dans cette relation. Un projet même stimulant n'est rien s'il n'est pas, porté par le cadre et l'équipe soignante. C'est donc à partir de ces constats que je pose la question de départ suivante :

« Comment faire adhérer une équipe à un projet et l'accompagner dans le processus de changement ? »

1.3 Ma réflexion

Dans un premier temps, je me suis posé la question de savoir : « qu'est ce qui semblait le plus difficile, pour les équipes et pour le salarié dans son individualité, lors de la mise en place d'un nouveau projet ? ». Le mot « changement » s'est immédiatement imposé à moi. Quoi de plus normal d'aller voir le sens de ce mot dans le dictionnaire le Larousse de la langue Française :

- *Action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre : Changement de propriétaire, de ministère.*
- *Fait d'être modifié, changé ; modification, transformation : Des changements sont intervenus dans son attitude.*
- *Modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi : aimer le changement.*

La notion de changement est liée à celle de modification d'un état, d'une transformation. Mais ce changement est-il positif ou négatif ? Je décide de poursuivre mes lectures et découvre une certaine ambiguïté dans le terme de « changement ». Gilles Teneau (2005, p.39) illustre ma pensée dans cette phrase : « *Le concept de changement organisationnel indique également son inverse, celui de résistance au changement* ». Je réalise très vite l'ampleur des écrits sur ce « concept » et son lien intrinsèque avec son antagonisme qu'est « la résistance au changement ». La suite de mes lectures m'a très vite amené alors sur le thème de « la

résistance au changement » comme si l'un allait systématiquement avec l'autre. Est-ce à dire que tout changement doit obligatoirement passer par une phase de résistance « naturelle » ? Cela expliquerait en partie cette résistance des salariés dans ma situation de départ. Je me demande pour autant si le concept de « la résistance au changement » est systématiquement porteur d'une connotation négative ? A en croire Carton (2006, p.91) « *La résistance au changement est un facteur de progrès et une opportunité d'améliorer le changement* ». Les auteurs sur ce thème s'accordent pour dire que la résistance au changement est un processus plus ou moins long et plus ou moins acceptable et accepté mais pas nécessairement négatif. C'est sans doute dans ce type de schéma positif que s'inscrit l'équipe des urgences psychiatriques décrite dans mon premier exemple. Pourtant Vincent Drecq, (2014) fait référence à Elisabeth Kübler-Ross et fait un parallèle avec les différentes phases de deuil que traverserait une personne face à un changement. Les phases qui accompagnent le processus de deuil est en soi un mécanisme positif qui peut devenir pathologique dans certains cas. Pourtant cette comparaison au deuil revêtant intrinsèquement un aspect négatif et peu engageante face au changement.

Une vision des choses qui pourtant va à l'encontre de la réflexion de Thevenet, (2010) qui nous explique que « *Les travaux sur les stratégies d'acteurs ont montré qu'il n'existe pas de résistance au changement mais seulement des acteurs qui ne perçoivent pas l'intérêt qu'ils auraient à changer* ». Mener un changement ne serait alors qu'un problème de motivation des équipes ?

C'est en partie ce à quoi je pensais lors de la mise en place du projet de service (PECS) dans mon expérience de faisant fonction cadre de santé. Ainsi pour relancer cet ambitieux projet de communication PECS, le chef de pôle demande aux cadres d'inscrire le plus grand nombre possible de salariés à cette formation (formation sur trois jours et sur le site). Partant du principe que plus on est nombreux à être impliqué dans un projet, plus une émulsion se crée. Lorsque j'évoque ce projet PECS avec les équipes présentes, je ne ressens pas un grand engouement des équipes, voire même un rejet partiel de la part de certains salariés déjà présents il y a quatre ans et fort de cette expérience peu concluante à l'époque. Pour stimuler les salariés et aussi pour connaître le contenu de cette formation, je décide de m'y inscrire. Parallèlement, je propose à deux salariés dans chacune de mes deux maisons (services) de suivre cette formation de façon à avoir au moins six salariés formés par maison (certains ayant été formé dans le passé). Le but étant aussi de répondre à la critique d'un certain nombre

d'entre eux à savoir que trop peu de salariés étaient formés à l'outil PECS pour pouvoir mettre en place correctement ce projet.

Après la formation, lors des premiers retours sur le terrain quelques salariés enthousiastes et motivés tentent alors des expériences isolées dans les maisons mais reçoivent peu d'écho et peu d'aide de la part de leurs collègues. Rapidement l'élan du début retombe. Mon manque de présence régulière (en raison d'une charge de travail importante) dans les maisons semble ne pas aider à la mise en place de ce projet qui commence à prendre la même tournure que lors de la première expérience.

J'essaie tant bien que mal de maintenir ce projet. Je commence à mieux connaître les équipes et repère les personnes ressources. J'essaie régulièrement de parler du projet en réunion, je communique sur le projet en amont, puis pendant sa mise en place. Je propose des temps d'échanges, des rencontres avec des professionnels aguerris à l'outil PECS. En un mot, je laisse la place à la communication, la critique et l'expression. Je rejoins ici la pensée de Didier Anzieu (2013) qui arrive au postulat qu'il vaut toujours mieux laisser une équipe de travail verbaliser sur une contrainte plutôt que d'engendrer une frustration en imposant un projet sans discussion préalable. Pour l'auteur il est néanmoins nécessaire que le groupe recherche un nouveau consensus via l'autorégulation et l'expression.

Pour Didier Anzieu il est important pour le groupe de définir non seulement le but à atteindre mais également les moyens nécessaires en suscitant les motivations individuelles et groupales. Concernant ma situation j'ai valorisé ce projet en apportant les bienfaits pour les résidents bien sûr mais également pour les salariés. J'apporte notamment l'argument de gain de temps à terme via une meilleure communication entre eux et les résidents. Je m'associe alors à la réflexion de Carton, (2006) qui explique l'importance de faire émerger un « sentiment de gain » qui permet de compenser « le sentiment de perte ». Mais malgré tous mes efforts rien n'y fait les équipes soignantes semblent résister activement ou passivement à ce projet source de changement dans leurs pratiques habituelles.

Comme je l'expliquais plus haut ce projet d'établissement est arrivé à un moment de conflit social et de charge de travail accrue pour les cadres de santé en présence (trois sur les sept présents habituellement étaient en longue maladie). L'absence prolongée (depuis plus de deux ans) du cadre supérieur de santé rendait la situation encore plus difficile. Or « *Un chef d'entreprise, aussi talentueux soit-il, ne change pas une organisation tout seul. L'équipe qui*

soutient le changement doit être suffisamment nombreuse pour que, partout où c'est nécessaire, on puisse rapidement trouver un relais, un champion du changement. » (Ortega, et al, 2013, p.606). Rétrospectivement parlant, et après ces lectures, je me rends compte combien l'absence de soutien de mes collègues cadres et hiérarchique était un handicap majeur pour la mise en place de ce projet.

Afin d'éclairer ma réflexion sur le sujet il me paraît intéressant de confronter mes lectures et mon expérience avec le point de vue d'un autre professionnel. Pour m'initier à ce premier entretien j'ai choisi d'interroger une étudiante cadre de santé de l'IFCS qui a porté des projets lors de missions transversales et réalisé une conduite de changement. L'entretien semi-directif me paraît le plus adapté car il laisse une liberté d'expression dans un cadre souple. De plus, je recherche avant tout des données qualitatives. J'élabore un guide d'entretien avec des questions en formulant des objectifs clairs pour chacune d'elles avec éventuellement des questions de relances. Le but étant d'avoir un support afin de suivre une suite logique lors de l'entretien sans coller forcément à la chronologie et à la formulation textuelle des questions. Enfin, je choisis un lieu calme sans stimulus extérieur (une petite salle de l'IFCS) pour capter l'attention de mon interlocuteur et un moment de totale disponibilité (le temps du midi). (Questionnaire : cf annexe 1)

1.4 Entretien exploratoire

Pour cet entretien exploratoire semi-directif, j'ai posé sept grandes questions avec chacune un objectif bien déterminé à l'avance afin d'aiguiller ma pensée. J'ai également utilisé quelques questions intermédiaires de relances et de précisions. Mes questions sont restées volontairement ouvertes, assez évasives dans un premier temps pour ne pas influencer mon interlocutrice puis un peu plus précise sur mon sujet tout en essayant de ne pas induire de réponses dans la formulation. J'ai volontairement choisi d'interroger une étudiante cadre issue d'une autre filière initiale que la mienne. En l'occurrence, son métier d'origine est manipulatrice radio. Ceci afin d'éviter mes représentations et peut être de m'ouvrir sur un autre regard, une autre approche du terrain mais avec les mêmes problématiques qui entourent ma question de départ.

Dès le début de l'entretien, je remarque l'oubli d'une question importante à savoir la présentation de mon interlocutrice. Le fait que je connaisse cette personne fait que cette question ne m'est pas venue à l'esprit. Cela révèle l'importance de ne pas connaître la personne interrogée pour ne pas interpréter ses pensées et occulter certaines questions. Néanmoins, il ressort de ce premier entretien plusieurs thèmes importants dont un majeur qui est la « communication ». Elle évoquera également des sous thèmes comme les non-dits, la rétention d'informations, le manque de clarté, l'écoute, les transmissions... Son expérience de faisant fonction cadre de santé semble avoir été marquée par cette nécessité de communiquer à tous les niveaux de la mise en place des projets de service ou d'établissement. Ce manque de communication peut selon elle être à l'origine de résistances au changement. Cette étudiante cadre de santé fait également la distinction entre la communication collective et individuelle qui peut être nécessaire parfois dans un processus d'accompagnement au changement. Enfin, elle souligne l'importance de la présence du cadre de santé et sa disponibilité pour l'équipe lors de la mise en place d'un projet.

1.5 Question de recherche

A la lumière de mes lectures, de mes expériences professionnelles et de mon entretien exploratoire, j'ai élaboré la question de recherche suivante :

En quoi la communication du cadre de santé peut-elle faciliter une meilleure adhésion des équipes soignantes lors de la mise en place d'un projet ?

1.6 Hypothèses

J'ai alors posé deux hypothèses :

- la clarté des informations transmises par le cadre autour du projet facilite son adhésion par l'équipe.
- Les moyens de communication utilisés par le cadre facilitent l'adhésion de l'équipe au projet.

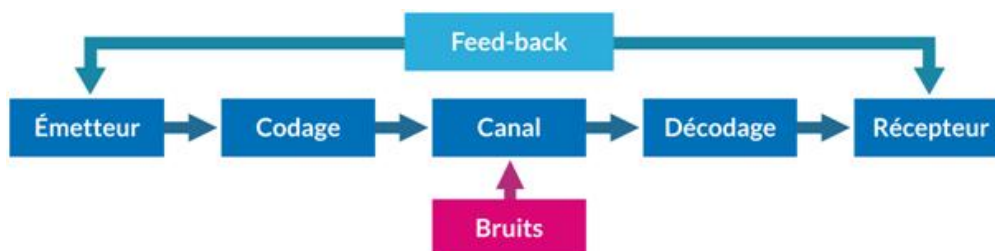
2 Le cadre conceptuel

Après avoir élaboré ma problématique, défini ma question de recherche et posé mes hypothèses, je vais aborder maintenant la phase conceptuelle de mon travail. La définition des termes utilisés est un préalable à tout travail de recherche. L'entente sur la sémantique des mots utilisés évite les malentendus et les incompréhensions. Aussi, au vue des notions et concepts abordés dans mon travail, il me semble que l'approche psychosociale soit la plus adaptée. La communication étant un thème majeur de ma question il est donc indispensable de le définir.

2.1 La communication

2.1.1 Définition

Le dictionnaire le Larousse 2016 de la langue française définit la communication comme : « *Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose : Communication de la chaleur à un corps* ». Dans cette définition on retrouve l'approche d'Anzieu, (2013) qui exprime l'idée selon laquelle, dans le processus de communication il y a un émetteur et un ou des récepteurs. Dans la définition du dictionnaire comme dans celle d'Anzieu, la communication instaure un lien, une relation entre ce qu'il nomme un « émetteur » et un « récepteur ». Abric, (2003) s'inspire quand à lui, du schéma de la communication de Shannon :



Selon le schéma de Shannon la communication provient d'un émetteur et va vers un récepteur. Pour que ce message soit compris il faut qu'il soit compatible avec les moyens de communication utilisés c'est « le codage », le support de communication est le « canal ». Avant d'arriver au récepteur le message fait l'objet d'un « décodage » c'est-à-dire d'une appropriation du message. Le système prévoit alors « une rétroaction du récepteur vers

l'émetteur » que l'on appelle le « feed-back ». Mais pour Abric (2003), la communication est avant tout « un acte social » et « un processus d'influence réciproque entre des acteurs ». Ainsi, pour l'auteur il y a des locuteurs c'est-à-dire une communication simultanée et non pas réciproque entre un émetteur et un récepteur.

Le dictionnaire de la langue française Le Larousse (2016) dans sa définition rejoint cette notion de réciprocité dans l'échange : « *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse : Le langage, le téléphone sont des moyens de communication.* » Cette définition apporte aussi un éclairage sur les moyens mis en œuvre, « échange verbale », et surtout la finalité, « solliciter une réponse ». Car en effet pour qu'il y ait communication il faut qu'il y ait échange d'où l'ambiguïté entre communiquer et informer comme aime à nous le rappeler serge Raynal : « *Communiquer un projet, c'est d'abord être informé, mais informer n'est pas communiquer* » (Raynal, 2003, p.188). Tous les auteurs s'accordent pour mettre sous le terme de communication la notion d'échange entre des personnes peu importe le support de communication, il faut dépasser le stade de la simple information : « *il est important d'utiliser une gamme large de moyens de communication, et tout spécialement des moyens nouveaux lancés pour la circonstance, afin de bien souligner que l'on est face à un problème nouveau. Il faut communiquer dans les deux sens, et aller au-delà de la simple information hiérarchique descendante* » (Ortega et al., 2013, p.607).

2.1.2 La clarté du message

« *La communication a donc toujours une finalité, un objectif. Cet objectif peut être explicite, implicite ou non conscient* » (Abric, 2003, p.5). Plusieurs auteurs se sont intéressés sur la manière de communiquer notamment autour d'un projet qui est ici l'objet de notre réflexion. Tous sont unanimes sur la nécessité de communiquer de manière claire autour d'un projet : « *Pour impacter et donner l'impulsion, il convient d'être clair et assez directif sur la destination (la cible)* ». (Caillé, 2011, p.56). Le discours ne doit pas être emprunt d'ambiguïté, de flou ou de non dit.

Anzieu et al. (2013), dans leur ouvrage, illustrent également cette idée en évoquant un « phénomène de saturation » en lien avec un état de fatigue du récepteur. Un message trop

long, mal formulé avec de multiples informations tend à saturer l'interlocuteur. Il faut donc que le message soit clair, avec un contenu suffisamment léger et compréhensible pour ne pas perdre le récepteur. Néanmoins, malgré cela, il faut que chacun soit en accord sur la sémantique des mots employés.

2.1.3 Le sens des mots

Les mots ont un sens et ce sens, pourtant défini par écrit dans les plus grands dictionnaires de la langue française, semble différer d'un individu à l'autre. Selon Anzieu et al., (2013), plusieurs facteurs sont à prendre en compte telle que la personnalité des individus. Leur histoire, leurs affects, leur niveau intellectuel, leur statut social, leur culture interfèrent dans la compréhension des messages. Les mots ont un sens mais le sens est parfois perçu, compris, différemment et peut être source de controverse ou de mauvaise interprétation. Anzieu estime que la compréhension des messages est d'autant plus claire si les interlocuteurs possèdent les mêmes cadres de référence et le même univers symbolique.

Ainsi il faut s'adapter à son interlocuteur et parfois prendre le temps nécessaire car la compréhension d'un message s'inscrit dans une temporalité subjective. C'est l'idée que défend Caillé lorsqu'elle évoque la communication autour du changement : « *prendre le temps de donner du sens c'est-à-dire d'explicitier les déterminants de la décision de changement ou des orientations qui sont prises, les bénéfices attendus ou recherchés, la réalité de ce que cela risque de changer pour chacun permet d'éviter toute confusion, effet de halo et amalgames* ». (Caillé, 2011, p.55).

La communication dépend de la sémiologie des mots, du rythme imposé autour de cette communication mais elle dépend également de la forme. « *Même si le discours est essentiel, ce ne sont pas les mots que l'on retient, mais plutôt l'énergie qui est transmise, ou pas* » (Caillé, 2011, p.57). Cela sous-tend l'hypothèse selon laquelle l'émetteur doit-être en phase avec sa communication. Sa conviction doit être perceptible dans son intonation et dans sa gestuelle au risque de paraître discordant et de fausser le message. Est-ce à dire que pour communiquer il faut une certaine expertise ? Sur ce sujet Raynal (2003, p.196) nous répond qu'il faut selon lui : « *développer chez le personnel d'encadrement une culture, un savoir-faire de communication, pour en faire des relais d'information privilégiés, et des vecteurs*

d'animation ». On voit bien ici que la communication va au-delà de la simple association de mots verbalisés et oralisés. La communication c'est aussi tout ce qui n'est pas dit.

2.1.4 La communication non verbale

« *Tous les spécialistes de la communication s'accordent sur un constat malheureusement peu attractif : 70% du message passe par le relationnel, c'est-à-dire la forme et les indicateurs non verbaux ; 30 % seulement par le contenu du message.* » (Abric, 2003, p.69). Sauret, (2003) explique que l'information est diffusée en fonction du contexte, de l'environnement et en fonction de la culture de chacun. Mais surtout l'auteur met en lumière l'utilisation de la communication non verbale dans la compréhension d'un message. Il rejoint en cela Pierson (2003, p.58) qui nous explique que « *les silencieuses paroles du corps accompagnent toujours le flot des mots, et ce sont elles que nous entendons prioritairement. Nous sommes d'abord, dans l'ordre : vus, entendus, compris* ». Les gestes peuvent alors traduire notre pensée intime et nous dévoiler. C'est ce que met en exergue Merleau-Ponty (1960, p.111) à travers l'idée suivante : « *Il y a une signification langagière du langage qui accomplit la médiation entre mon intention encore muette et les mots, de telle sorte que mes paroles me surprennent moi-même, et m'enseignent ma pensée. Les signes organisés ont leur sens immanent, qui ne relève pas du « je pense », mais du « je peux ».* Nos gestes conscients ou inconscients seraient alors l'expression de notre cerveau reptilien. Une thèse que défend Pierson (2003, p.70). :

Nous faisons chaque jour des milliers de gestes qui, sans que nous le sachions puisent au réservoir de nos pulsions les plus archaïques : agressivité, protection, défense territoriale, fuite ou parade amoureuse, protection, séduction. Sorti du petit réservoir de gestes universels, le vrai problème commence avec les gestes acquis. Consciemment ou non, ils sont perçus par nos interlocuteurs, qui y réagissent à leur tour.

Nos gestes font partis intégrantes de notre communication et s'incrument dans notre relation à l'autre. L'autre reçoit ces informations parfois ambivalentes des paroles et du corps au risque d'interpréter le non verbale au lieu du verbale. « *Tous nos gestes que nous le voulions ou non, nous positionnent face à notre interlocuteur sur la diagonale confrontation-fuite. Tous expriment donc nos sentiments objectifs ou subjectifs face à un contexte dont l'interlocuteur fait partie.* » Pierson (2003, p.71).

Martin (1999) va encore plus loin et nous explique que notre gestuelle laisse transparaître cinq grands éléments constitutifs de notre histoire personnelle. Ainsi, notre culture, notre statut social, notre état psychique et le contexte transparaissent dans notre gestuelle et informe l'observateur sur notre état psychologique, son vécu et ses non-dits. Toujours selon cet auteur certains gestes sont perçus ou interprétés comme négatifs comme les gestes vers le bas ou « barrière » (mains fermées). D'autres gestes au contraire sont perçus comme positifs dans la communication comme « les gestes ouverts » expression d'une volonté d'accueillir l'autre dans une bienveillance.

La communication non verbale c'est aussi, pour Abric la posture du corps c'est-à-dire son orientation dans l'espace qui apporte des indications sur l'état émotionnel des interlocuteurs. Pour Wallon (1960) la posture du corps est même un élément déterminant de « la fonction d'expression ». Selon Abric dans une communication les locuteurs organisent leur espace et leur distance en fonction des rôles de chacun dans cette communication. La position sociale, la culture, le contexte, le sexe et l'âge, le sujet traité, l'évaluation positive et négative sont autant de facteurs qui rapprochent ou éloignent les individus lors d'une communication. C'est ce que Hall (1971) évoquera sous le terme de « proxémie ». Il associera des zones de distance entre locuteurs en fonction du type de communication. La zone dite intime distante d'un avant bras (50 cm). La zone personnelle correspondant à un bras tendu (1m) pour l'échange entre 2 personnes proches. La zone sociale (environ 2m) qui préserve l'intimité et qui représente l'échange entre des personnes inconnues. Et enfin, la Zone dite publique (plus de 2,40 m) pour la communication en groupe. Enfin, Abric (2003, p.16) conclut avec un constat certes général mais essentiel à savoir que : « ...deux types de disposition spatiale favorisent la communication, il s'agit du face-à-face et du côté à côté ». Un principe essentiel à garder en mémoire lorsque l'on souhaite entrer en communication avec une personne ou un groupe. Et qui dit groupe dit système.

2.1.5 La communication dans un système

En effet, la communication s'inscrit dans une relation dans un groupe d'où l'intérêt d'étudier la communication en terme de systémie. Pour revenir au sujet de notre réflexion, la communication autour d'un changement, doit s'employer à impliquer, motiver le plus grand nombre. « Dans un monde de réseaux, la récompense sera de réussir avec les autres et non

pas contre les autres. » (Raynal, 2003, p.62). Une approche que partage également Chaudron (2003, p.77) « Si vous organisez soigneusement le changement, que vous communiquez avec les collaborateurs affectés et que vous impliquez le plus grand nombre dans le processus, vous augmentez considérablement les chances d'arriver à un consensus ». Une vision des choses que partage Crozier (1994) mais qui selon lui semble biaisée par le fonctionnement très bureaucratique de notre société qui tend à bloquer cette communication : « Tant que nous n'aurons pas changé les rapports humains qui commandent la bonne communication et qui sont paralysés dans l'administration française par les traditions de centralisation et de stratification, la situation ne pourra s'améliorer » (Crozier, 1994, p.107).

Watzlawick (1979) à travers l'explication de ses axiomes de communication exprime parfaitement l'idée selon laquelle notre communication est inscrite dans un système de sorte que nous réagissons au comportement de l'autre mais notre propre comportement induit une réaction de sa part. C'est ce qu'il décrit dans son axiome autour « de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires ». De même, dans une communication on peut être sur une relation égalitaire et donc symétrique mais si dans la communication la relation entre les individus exprime une différence de positionnement hiérarchique, par exemple, la communication est dite alors complémentaire. Cet aspect de la relation et donc de la communication est souvent observé dans un groupe. Cette dissymétrie dans la relation risque d'interférer sur la liberté de parole et en extrapolant pourquoi pas sur la dynamique de groupe. Enfin, la réflexion de l'auteur va même plus loin et pour lui le système interprète notre communication au-delà du simple langage. Pour lui « on ne peut pas ne pas communiquer ». Ne rien faire ou être absent c'est communiquer c'est envoyer un message à notre interlocuteur.

Dans le même esprit systémique Watzlawick (1979) nous explique que la communication revêt un contenu mais également une relation émotionnelle qui interfère. C'est ce que l'auteur nomme la métacommunication. Cette métacommunication invite à prendre du recul sur les interactions qui se jouent dans une communication et à échanger non plus sur le contenu mais sur la communication elle-même. Communiquer sur la communication afin de prendre de la hauteur en observant le contexte dans lequel nous échangeons, les signes non-verbaux pour analyser les rapports de notre relation de communication. Une phrase n'a pas de sens si elle ne s'inscrit pas dans une relation, un contexte. En prendre conscience permet selon l'auteur d'éviter de tomber dans le piège des discussions stériles, des disputes et autres conflits. Si la

forme est importante dans la communication le fond l'est tout autant. Nous ne pouvons, dans cette phase conceptuelle, échapper à une succincte mais indispensable analyse psychologique de la communication en terme de réception et d'analyse des messages.

2.1.6 L'interprétation psychologique du message

Il peut arriver que dans une communication l'information perturbe l'équilibre interne de la personne qui va alors mettre en place un système de défense en vue de ramener cet équilibre interne. Abric (2003) évoque quatre types de défense. La première est nommée la « scotomisation » qui vise à annuler inconsciemment une information gênante. La deuxième est « la mémorisation sélective » qui consiste à sélectionner l'information. La troisième est intitulée par l'auteur « interprétation défensive » qui vise à réaliser une interprétation très personnelle et déformée d'une information reçue. Enfin, « la négation de l'autorité de la source » qui consiste à dévaloriser une information en incriminant l'autorité de l'émetteur et sa compétence.

A ces systèmes de défense, il faut ajouter nos certitudes et nos idées préconçues qui interfèrent malgré nous dans la communication. « *Tout individu fonctionne consciemment ou inconsciemment avec un certain nombre de préjugés et de stéréotypes sociaux facilitant ou perturbant la communication* » (Abric, 2003, p.13). En prendre conscience est-ce alors s'ouvrir à l'autre et améliorer la richesse de l'échange ?

2.2 Le changement

Ma question de recherche évoque le concept du projet mais parce qu'il ne peut y avoir de projet sans changement il me paraissait indispensable de définir le concept du « changement ».

2.2.1 Définition

Caille (2011), illustre le concept du « changement » en reprenant les propos de l'ouvrage de «Kerson & Rosemary Huang, Yi Jing Le Sens Originel Du "Livre Des Mutations". « *la seule chose qui ne changera jamais, c'est que tout est toujours en train de changer* » (p.7). On voit

bien ici que selon Caille le changement est un processus constant qui semble nous échapper. Tandis que Teneau et al. (2005, p.39) dans leur livre nous invitent à prendre la définition du « changement » par son inverse à savoir la résistance au changement. Comme si l'un allait avec l'autre.

2.2.2 La résistance au changement

a) Pourquoi résister au changement ?

Si il est admis dans les esprits que changement rime avec résistance, les raisons et les mécanismes qui gèrent ce principe sont beaucoup moins évidents. De nombreux auteurs se sont penchés sur cette question pour tenter d'apporter des éléments de réponse :

Il est intéressant à noter que beaucoup de travaux sur le changement organisationnel ont souligné le fait que le changement est vécu comme insatisfaisant car il est générateur d'anxiété dans la mesure où il est synonyme d'inconnu, d'incertitude pour les individus. (Teneau, 2005, p.34).

Le changement entraîne un bouleversement et une zone d'incertitude anxiogène. C'est alors que face à ce changement une résistance presque « naturelle » apparaît et que résume Sandrine Caille (2011) à travers ses propos : « *Conduire un changement suppose de donner envie de suivre, de mobiliser, d'embarquer le plus grand nombre. Rien de plus difficile quand on sait que la tendance naturelle est plutôt de résister au changement, de rester dans sa zone de confort.* » (p.103). Le changement fait donc peur, il génère de l'anxiété et donc de ce fait il est perçu négativement.

Derrière cette notion de changement se cache l'idée d'une perte, d'une détérioration et donc d'un dénouement douloureux. On peut faire ici le parallèle avec la perte en tant que deuil selon Kübler-Ross (1975). Dans son ouvrage « les derniers Instants de la vie » elle y décrit un processus psychologique que les soignants appellent les « stades de l'acceptation ». Ce processus comprend 5 étapes différentes que sont : le déni, la colère, la négociation, la dépression, l'acceptation. Lors d'un changement s'opère alors le deuil de ce que l'on avait avant. Nous passons alors d'une phase à l'autre jusqu'à l'acceptation. Ce processus s'inscrit dans une temporalité somme toute très personnelle et l'alternance des phases très différentes d'un individu à l'autre.

On voit bien ici que pour qu'un changement soit vécu positivement, il faut y percevoir non pas une perte mais un gain potentiel. « *Le changement, celui qui est vécu comme un problème, s'opère dans la douleur. Il est inséparable d'un sentiment de perte et ne trouve son aboutissement heureux qu'avec l'émergence d'un sentiment de gain ou de progrès* » (Carton, 2006, p.14). Cette citation exprime néanmoins l'idée selon laquelle il est possible que le changement soit vécu comme positif dans la mesure où l'individu en perçoit tous les avantages. Cependant, il semblerait que le concept du changement porte dans l'inconscient collectif son opposé : « *Le concept de changement organisationnel indique également son inverse, celui de la résistance au changement.* » (Teneau, 2005, p.39). Mais alors que faire pour faciliter le changement et éviter ou diminuer cette résistance ?

b) la communication atout contre la résistance au changement

S. Caille amène des éléments de réponse à ce sujet :

Pour lever la résistance, le manager doit commencer par encourager l'expression. Cela à l'air basique, pourtant ce n'est déjà pas si simple car cela suppose un certain lâcher prise. En effet, il convient d'accepter d'entendre des choses qui ne vont pas forcément faire plaisir ni aller dans le sens de ce que l'on espère, mais aussi de laisser s'exprimer les collaborateurs sans tabous, avec le risque que cela dérape. (2011, p.64).

Déliier les langues et faciliter la communication seraient, selon elle, les atouts contre les résistances qui se mettent en place face à un changement. Teneau (2005, p.42) confirme l'importance de la communication au travers les propos de Giroux (2000) : « *Ainsi, certains ont affirmé que la communication était un facteur clé de succès du changement allant même jusqu'à suggérer que le changement puisse être vu entièrement comme un problème de communication* » ; mais il apporte certaines réserves toujours en s'appuyant sur les dires de Giroux : « *Ils négligent le fait que l'organisation est composée d'individus/groupes qui ont des représentations, des logiques d'action et des langages différents.* » La communication est un remède efficace contre la résistance au changement mais ne suffirait donc pas selon cet auteur. D'autres éléments sont donc à prendre en compte.

c) Le temps et le facteur humain ennemi du changement ?

Carton (2006, p.23) évoque « le temps » comme levier important dans le processus de changement et donc par extrapolation dans la résistance au changement : « *le rapport que*

nous avons au temps est lui aussi facteur du processus de changement. L'appréciation du temps nécessaire à l'accomplissement de notre réalité virtuelle est un élément-clé. ». Le projet est, comme nous l'avons vu dans sa définition, une anticipation sur l'avenir, encore à l'état immatériel et parfois encore trop abstrait pour certain. Le temps selon l'auteur doit faire son travail pour le visualiser et l'intégrer dans les esprits. Les changements s'opèrent et les résistances s'amenuisent avec le temps. Seulement ce temps est très subjectif et « *selon que nous sommes promoteurs ou sujet d'un changement, le temps estimé nécessaire pour nous y adapter peut-être très différents* » (Carton, 2006, p.23).

A ce facteur « temps » vient en plus s'ajouter les émotions et la dimension humaine car « *si le temps nécessaire à l'appropriation est sous-estimé, c'est d'abord parce que les émotions que le changement suscite sont complètement niées* » (Caille, 2011, p.11). Or, faire fi de ces éléments semble mal venu et source de blocage à moyen terme. C'est du moins ce que semble penser Caille : « *Lorsque la dimension humaine est insuffisamment prise en considération, différents risques peuvent se produire encourus, notamment au niveau social. En effet, il apparaît alors des grèves ou des conflits, un rejet ou un blocage, mais aussi un climat social dégradé...* » (2011, p.11). L'absence de la considération humaine et notamment des émotions risque de mettre à mal tout processus de changement. L'expression de ces émotions et le temps psychologique permettant d'intégrer le changement sont des éléments convergeant vers la réussite de ce changement.

2.2.3 Le changement dans un système

Pour Crozier et al. (2014, p.379), le changement est à étudier dans le cadre d'un système. Pour eux le changement est une transformation d'un système tout entier. Cela implique une modification des rapports entre les acteurs. Un bouleversement pas uniquement des règles du jeu mais du jeu entier. Pour ces auteurs cela implique également une transformation des rapports de force. Le changement c'est également l'acquisition de nouvelles capacités, de nouveaux modes de raisonnement qui s'inscrivent toujours dans un processus collectif.

quand nous disons que le changement doit être considéré comme un problème sociologique, nous voulons dire que ce sont les hommes qui changent, que non seulement ils ne changent pas passivement, mais qu'ils changent dans leur collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement, mais dans leurs relations les uns avec les autres et dans leur organisation sociale..

Le changement est alors une histoire individuelle qui s'inscrit dans un collectif et dans la relation à l'autre de sorte qu'il entraîne systématiquement une modification de l'organisation. Dans cette même logique systémique, Teneau réfute l'idée de résistance comme une simple opposition au changement. Il défend alors une vision positive de la résistance. En adoptant une approche sociocognitive du changement organisationnel, il considère l'action de résistance comme un rapport social.

2.3 Le projet

Changement et projet sont très liés. Dans ma question de recherche je n'utilise pas le concept de « changement » mais il est sous-jacent et volontairement étudié tout au long de ce mémoire. Cependant j'utilise clairement le mot « projet » sur lequel nous ne pouvons pas faire l'économie d'un apport conceptuel.

2.3.1 Définition

Du point de vue étymologique nous avons un éclairage sur la notion de projet. Sa racine latine est à retrouver dans le mot « projicere » qui veut dire « jeter au loin, jeter en avant »³. Dans son ouvrage, Boutinet (2003) explique que la notion de projet a évolué au fur et à mesure des époques. Le mot « projet » est emprunté à l'architecture dans le « quattocento » c'est-à-dire le XVème siècle Italien mais ne prend réellement la signification actuelle que depuis le XVIIème siècle. En effet, les cultures dites traditionnelles vivaient dans le présent et ne se projetaient donc pas dans l'avenir. Pour Boutinet c'est la société technologique avec la montée de l'individualisme et le besoin de maîtriser le temps qui a donné au projet ce sens qu'on lui connaît. Le projet est une anticipation sur le futur un plan à suivre, un futur désiré. Dans l'approche de Boutinet, le projet est fortement lié à la temporalité. Et selon lui le projet comprend deux composants à savoir un but à atteindre et un plan avec plusieurs étapes intermédiaires incontournables pour arriver à cet objectif.

³ www.littre.org

2.3.2 Phases d'un projet

Cette année de formation au diplôme de cadre de santé a été l'opportunité d'assister à des cours à l'université de Rennes 2 sur la conduite de projet et de changement dans le cadre du Master 1. C'est dans ce contexte que l'un des enseignants sur ce thème, Mr Christophe Parmentier (2016) a exprimé l'idée selon laquelle le processus compte autant que le contenu. Il évoque alors la mise en place d'un projet selon un processus qui comporterait 5 phases :

- Une phase 1 dite préparatoire qui sert à identifier, à poser le problème et en vérifier la faisabilité.
- Une phase 2, de diagnostic où l'on vérifie le climat relationnel (audit social), le contexte, les acteurs, les enjeux du changement et son contenu.
- Une phase 3, de planification avec la réalisation d'un rétro-planning. On y exprime les aspects pratiques et de gestion du projet.
- Une phase 4, de mise en œuvre pendant laquelle il est essentiel de veiller à l'implication des acteurs et de faire face aux résistances. Cela passe par la nécessité d'informer les équipes et de communiquer sur et autour du projet.
- Une phase 5, d'évaluation des résultats afin de vérifier si les objectifs ont été totalement ou partiellement atteints. Durant cette dernière phase l'accompagnement est un gage de réussite afin de faire vivre le projet dans le temps et les changements qui en découlent.

Même si le nombre de phases et l'intitulé de ces phases diffère d'un auteur à l'autre tous s'accordent sur le fait de la nécessité de respecter ces étapes et leur temporalité. Pain (2003), dans son modèle (annexe 5) nommé "démarche d'ingénierie de formation" conforte cette idée et invite à s'interroger tout au long des phases de conduite de projet. L'objectif notamment ne doit jamais être perdu de vue et régulièrement rappelé.

2.3.3 Objectifs d'un projet

La concrétisation d'un projet doit passer par une phase difficile de formalisation. Car ce qui est clair pour moi ne l'est pas pour l'autre, d'où une communication importante autour de ce projet.

Tout projet (...) accomplit donc deux fonctions : il matérialise la pensée, ce qui donne l'occasion à l'auteur de mieux savoir ce qu'il veut ; il communique la pensée, ce qui permet à autrui de ne pas rester indifférent face à l'intention qui lui est présentée. (Boutinet, 2004, p.6).

Ainsi, le projet matérialise la pensée mais il donne également un cap à suivre, un but à atteindre et les modalités pour y parvenir : « *Les approches de type « gestion de projet » affirme la nécessité d'une définition précise a priori de l'état futur, afin de pouvoir établir les points d'étapes et de délimiter clairement les responsabilités et les plans d'action.* » (Ortega et al., 2013, p.605). S'exonérer des étapes préalables à la mise en place d'un projet conduit à son échec quasi programmé. Le management de projet s'inscrit dans cette étape réflexive, en amont, et dans un déroulement par étape programmée. Ceci traduit la pensée de Chaudron (2003, p.75) illustrée par ses propos suivants :

Le management de projet est l'un des héros les moins vantés du changement organisationnel. De nombreuses tentatives de changer l'entreprise tombent à plat parce que les activités ne sont pas définies, qu'on ne leur alloue pas les ressources appropriées, qu'on ne les planifie pas et qu'on ne les surveille pas.

Le management par projet implique et oblige à une réflexibilité, une planification pour dégager un cadre, des responsabilités et les ressources nécessaires à son application et son succès.

2.3.4 Le projet dans l'hôpital

La notion de projet est également perceptible du point de vue législatif. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 oblige ainsi les hôpitaux français à réaliser des projets. La mise en œuvre de ces projets engendre une nouvelle organisation à tous les niveaux de l'hôpital et des concertations des professionnels afin de produire des écrits relatant l'aboutissement de ces projets :

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

2.3.5 Le projet dans le système

Bériot (2006), observe la conduite de projet et la démarche de changement en visualisant les liens des acteurs dans le cadre d'un système à travers cinq étapes. Le but de ces étapes vise à cibler les acteurs, leurs interactions, les alliances et leur positionnement face à d'éventuelles résistances au changement. Cette démarche systémique impose un travail important de la part de celui qui accompagne le projet. Il doit en effet développer une capacité d'observation, d'écoute active avec des techniques de reformulation, de synchronisation et de modération. En ce qui nous concerne c'est très souvent le cadre de santé qui accompagne le projet et les membres de l'équipe vers ce projet. Ceci est une des nombreuses missions du cadre de santé qu'il convient de définir.

2.4 Cadre de santé

2.4.1 Cadre législatif et enquête gouvernementale

Les missions du cadre de santé ne sont pas encadrées par des textes législatifs mais l'Art. 1^{er} du Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant sur la création d'un diplôme de cadre de santé nous éclaire sur les professionnels pouvant accéder au diplôme :

Ce diplôme est délivré aux personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre leur permettant d'exercer la profession d'audioprothésiste, de diététicien, d'ergothérapeute, d'infirmier, d'infirmier de secteur psychiatrique, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, d'opticien-lunetier, d'orthophoniste.

La diversité de la formation initiale des cadres de santé nous renseigne sur des cursus très variés et peut-être des approches managériales sensiblement différentes. Un extrait du rapport de Chantal de Singly du 11 septembre 2009 apporte des précisions sur cette fonction. Le cadre de santé a selon elle « Une mission de management d'équipes et d'organisations qui consiste à concevoir l'organisation (de soins, de gestion administrative ou technique) et à l'animer ». Des missions très larges dont l'animation qui passe obligatoirement par une compétence dans le domaine de la communication.

2.4.2 Le cadre selon Mintzberg

Le cadre de santé est avant tout « un cadre » au sens de la théorie de Mintzberg. Pour cet auteur, le cadre est responsable d'une organisation, ou d'une partie de celle-ci. Son travail peut se situer à tous les niveaux de la hiérarchie. Mintzberg (1997) définit au cadre dix rôles, qui sont : « *rôle de symbole, d'agent de liaison, de leader, d'observateur actif, de diffuseur, de porte-parole, d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources, de négociateur* ». Le cadre de santé est polyvalent et comme nous l'avons vu, porteur, accompagnateur de projets. Tout nouveau projet entraîne un changement et le travail du cadre va donc être d'entraîner le plus grand nombre de salariés dans l'adhésion voire l'implication au projet. Encore faut-il s'entendre sur la sémantique des mots employés. J'ai longtemps hésité sur l'utilisation de l'un de ces deux mots, « impliquer et adhérer », dans ma question de recherche. Si à première vue les deux mots sont substituables et moins éloquent que les autres concepts évoqués plus haut comme la communication ou le changement, il n'en demeure pas moins que le choix de l'un ou de l'autre est déterminant pour l'orientation de mon travail. Il semble donc nécessaire d'apporter des éléments de comparaisons sur ces deux notions afin de justifier mon choix.

2.5 Adhésion ou implication ?

1.1.1. Implication

Selon le CNRTL, « l'implication » vient du verbe « impliquer » emprunté au latin « implicare » qui signifie « *Mettre en cause, engager dans quelque affaire fâcheuse.* » Derrière ce verbe il y a donc la notion d'engagement. C'est également l'idée que reprend Thévenet (2004, p.14) « *Par implication on entend, simplement, l'engagement, l'investissement des personnes, qui se caractérise par une identification de la personne. La personne s'implique dans une activité parce qu'elle s'y reconnaît.* » Dans « l'implication » il y a la notion d'engagement et d'investissement. Pour l'auteur « l'implication au travail » notamment dépend avant tout de la personne. Le salarié impliqué attache de l'importance à son travail au point que sa vie professionnelle occupe une place importante dans sa vie.

L'implication est un prolongement de la représentation que l'on a de soi. Le rôle professionnel impact dans la construction de l'image de soi et influence l'implication dans

notre travail. Cela sous-entend que le rôle du manager dans l'implication d'un salarié est limité voire nul : « *si l'implication au travail paraît dépendre plus des personnes et de leur histoire personnelle, c'est pousser les managers et leurs méthodes à plus de modestie dans leurs ambitions.* » (Thevenet, 2004, p.15). Néanmoins, ce même auteur évoque des conditions favorisant l'implication des salariés. Ces conditions sont au nombre de trois : la cohérence de la politique générale de l'entreprise et de son projet, la réciprocité entre ce qu'il apporte à l'entreprise et ce que l'entreprise lui donne en et enfin, l'appropriation, c'est-à-dire l'identification, par le salarié, aux valeurs et objectifs de l'organisation.

Se pose également la question : comment mesurer l'implication ? En effet, cette notion revêt une certaine subjectivité. « *..tout le monde est impliqué, mais pas forcément de la manière et avec l'intensité que l'on entend.* » (Thevenet, 2004, p.181). C'est en outre pour cette subjectivité que l'adhésion paraît plus facile à appréhender et à étudier dans mon travail de recherche.

1.1.2. Adhésion

L'adhésion vient du verbe « adhérer » qui selon le dictionnaire CNRT vient du latin « ahérer », qui signifie « être aux côtés de (quelqu'un) » et « adherere », « être attaché à ». Il définit l'adhésion comme « *Tenir à quelque chose par un contact étroit et ferme... Se dit également d'une personne qui s'inscrit à un parti, à une association. Adhérer à un syndicat, à une ligue. Par ext. Approuver. J'adhère sans réserve à vos propos* ». L'adhésion est alors, un simple accord réfléchi et tacite. On fait ici le distinguo entre « impliquer » et « adhérer ». Adhérer aux idées d'une personne ne signifie en aucun cas qu'on est prêt à s'impliquer pour faire valoir ses idées. On est simplement d'accord. Si on voulait hiérarchiser ces deux notions, on pourrait dire que l'implication est plus forte que l'adhésion. La première sous-tend une notion d'engagement personnel dans l'action, dans la relation, dans le résultat, alors que dans l'adhésion un simple accord sur les buts à atteindre est recherché. Pour autant en conduite de changement emporter l'adhésion des équipes au projet est primordial afin d'éviter les rejets par certains ou les incompréhensions pouvant conduire à l'échec du projet à terme.

Mon travail de mémoire s'inscrit dans un processus professionnalisant de la fonction cadre de santé et dans une volonté de profiter de ce travail pour le transposer dans ma future fonction. Or, d'après les apports conceptuels évoqués, il apparaît que la notion « d'adhésion d'une

équipe à un projet » est plus de l'ordre de la faisabilité du cadre de santé dans son quotidien que de la notion d'implication beaucoup plus lourde à porter et trop personne dépendante. C'est en outre pour cette raison que lors de l'élaboration de ma question de recherche j'ai volontairement choisi « l'adhésion » à la place « d'implication ».

3 La méthodologie

Pour la réalisation de mon travail j'ai utilisé la méthode hypothético-déductive. Cette méthode scientifique consiste à formuler une hypothèse à en déduire des conséquences observables permettant d'en déterminer la validité. Cette méthode est une démarche expérimentale, théorisée notamment par Roger Bacon en 1268 dans "On Experimental Science". Ma question de départ posée, j'ai étudié mes concepts, élaboré ma question de recherche et posé mes deux hypothèses. Au terme de ce premier travail de problématisation, je suis allé questionner le terrain. Pour cette phase, il m'a fallu définir et cibler en amont la population à interroger et l'outil le plus approprié.

3.1 Choix de la population

Ma question de recherche est relative au concept de communication. Comme l'exprime le schéma de Shannon dans une communication il y a un émetteur et un récepteur et entre les deux un codage et un décodage. En fonction du type de personnes et en l'occurrence ici, du personnel, le cadre ou le soignant le message envoyé et reçu ne va pas être perçu de la même façon c'est pourquoi j'ai voulu interroger d'une part un cadre et d'autre part un soignant du même service ayant connu la même conduite de projet.

De plus, lorsque j'ai réalisé mon stage d'encadrement sur le management dans un petit centre hospitalier j'ai pris conscience de l'impact de la communication dite de proximité. Un aspect que j'ai voulu faire transparaître lors de mon enquête de terrain en diversifiant la provenance de la population interrogée (CHU/CH/CHS). Je me suis également posé la question d'aller interroger uniquement des infirmiers d'un service en particulier ou d'ouvrir sur plusieurs filières professionnelles. Mon objectif et donc mes hypothèses ne prennent pas en compte ce type de considérations mais se concentrent principalement sur la communication lors d'une conduite de projet c'est pourquoi j'ai voulu privilégier un binôme cadre/soignant (C/S) ayant été impliqué dans les mêmes processus de changement sans exiger un type de professionnel soignant en particulier comme les IDE par exemple. C'est pourquoi, toujours dans un souci de représentativité de la population interrogée, je m'attacherai à en diversifier le panel. (Annexe 6)

3.2 Choix de l'outil

3.2.1 L'entretien semi directif

Pour effectuer mon enquête de terrain, j'ai utilisé la méthode de l'entretien semi-directif qui me permet, de confronter des discours légèrement orientés tout en laissant la liberté aux interviewées d'exprimer leurs ressentis. L'entretien semi-directif est plus court et plus aisé que l'entretien non directif qui nécessite une certaine « *pratique psychologique confirmée* » (Bardin, (2001), p.93). L'intérêt de l'entretien semi-directif permet aussi de ne pas observer un ordre strict des questions prévues mais de prévoir d'y revenir logiquement à un autre moment si les réponses ne sont pas amenées spontanément. Enfin, cette méthode qualitative recherche la singularité des acteurs. Elle met aussi à jour des pratiques qui leurs sont propres pouvant converger vers le cadre conceptuel ou ouvrir vers d'autres champs d'exploration. Néanmoins, ce travail à travers la méthode utilisée à ses limites notamment d'extraire la singularité pour la transposer en généralité. Ceci dit, toute chose étant égale par ailleurs, on peut en faire ressortir une tendance aidant à infirmer ou confirmer mes hypothèses.

3.2.2 La guide d'entretien

Le choix de deux types de population m'a obligé à réaliser deux guides d'entretien avec des objectifs adaptés à chacun. Un guide pour les cadres de santé (annexe 3) et un autre pour les soignants (annexe 4). Pour préparer mes guides d'entretiens j'ai travaillé en amont en tenant compte des conseils de ma directrice de mémoire. J'ai réalisé un premier guide d'entretien expérimental (annexe 1) à destination de cadres de santé composé de 8 à 9 questions avec chacune un objectif précis. J'ai effectué un premier entretien test avec un étudiant cadre (annexe 2) avant de faire valider mon guide de questions par ma directrice de mémoire. Cela m'a permis de me rendre compte de l'ordre de certaines questions et de mots pouvant parfois induire une réponse. J'ai également ajouté des questions de relance. Dans un deuxième temps, j'ai adapté un deuxième guide d'entretien pour les soignants. Même si parfois les questions divergeaient j'ai essayé de garder la même progression dans l'entretien et des objectifs communs. Afin, d'éviter des répétitions, chaque question est numérotée et peut donc être évoquée lors de la phase d'analyse sous la forme « Q1 » pour question n°1.

3.3 L'entretien

Pour réaliser mes premiers entretiens, j'ai profité de mon stage « M4 » sur la réorganisation effectué dans un petit CH pour faire quatre entretiens 2 CS / 2 soignants. Soucieux de la représentativité de la population interrogée j'ai souhaité élargir mes terrains de recherche vers des centres hospitaliers beaucoup plus grands pour les quatre autres entretiens. En effet, la taille des CH impact sur les organisations et sur les lignes hiérarchiques, ainsi, des divergences ou des convergences peuvent peut-être être observées concernant la communication du cadre dans une conduite de projet, l'objet de mon travail.

- Avant les entretiens :

Avant chaque entretien, j'ai pris soin de prendre rendez-vous avec les professionnels afin qu'ils se détachent physiquement et psychologiquement de leur travail dans le but de se rendre le plus disponible possible pour l'entretien. J'ai bien ciblé les personnes à interroger à savoir des cadres et du personnel soignant ayant connu respectivement la même conduite de projet (par binôme). Lors de la prise de contact, je les ai informés de l'objectif de cet entretien sans trop en dire afin de laisser de la spontanéité dans les réponses. Dans la plupart des entretiens, les personnes ont veillé à éteindre leur téléphone pour ne pas être dérangé et les CS ont pris soins de transférer et déléguer leurs communications téléphoniques professionnelles vers des personnes tiers. Souvent une pancarte « ne pas déranger » était accrochée sur la porte et le reste de l'équipe était prévenu. Pour les entretiens avec le personnel soignant, chaque cadre a mis son bureau à disposition. Avant chaque enregistrement j'ai demandé l'autorisation à chacun d'entre eux de les enregistrer. Enfin, j'ai bien pris le temps de relire les questions de mon guide d'entretien et encore plus mes objectifs avant chaque entretien afin de m'en imprégner, d'être le plus naturel possible et de me détacher de mon guide d'entretien.

- Pendant les entretiens :

Malgré mon expérience dans la réalisation d'entretien « infirmier » dans le cadre de mon ancienne fonction d'IDE en psychiatrie de liaison, cet exercice n'a pas été facile surtout lors du premier entretien. Cela demande de la préparation de la concentration et en même temps du naturel. J'ai réalisé tous mes entretiens sur un temps assez court (1 mois) ce qui m'a permis d'acquérir plus d'aisance au fil des entretiens. Dans les premiers temps le respect des « blancs » ou des silences n'a pas été chose aisée même si j'en sais pertinemment toute

l'importance. De même, le but de l'entretien semi-directif est de laisser la liberté de paroles à l'interlocuteur. Cependant, la frontière entre le respect de la parole et la nécessité de réorienter le discours faute d'égarement est ténue. Dès la fin de mon premier entretien j'ai pris conscience que j'avais omis de terminer l'entretien par une question d'ouverture « avez-vous d'autres choses à ajouter ? » ce que j'ai immédiatement rectifié. Enfin, j'ai veillé à ne pas éteindre immédiatement mon dictaphone après l'entretien comme nous l'avait précisé les formateurs de l'IFCS. Ce conseil a été très profitable en ce qui me concerne car souvent des éléments inattendus sont venus étayer et enrichir l'entretien.

4 L'analyse et l'interprétation des résultats

4.1 Analyse de la méthode

La première étape a été d'extraire et répertorier le contenu des huit enregistrements. Pour cela je me suis adonné à un long mais nécessaire travail de retranscription des entretiens (annexes 5 et 6). Ce travail m'a permis de remarquer des intonations, des blancs, des répétitions de mots sur lesquelles je ne m'étais pas forcément attardé mais certainement pleine de sens. La communication, ce n'est pas qu'un échange de mots, c'est aussi toute une gamme de gestes, silences ou autres mimiques. Le non verbale fait aussi parti de la communication et à ce titre, ne doit pas être négligé dans nos observations. Mettre par écrit ces entretiens c'est pour moi un moyen de m'imprégner du contenu et de faire ressortir des thèmes et items communs.

Pour la deuxième étape je me suis inspiré de la méthodologie de Bardin (2001) pour qui « *La plupart des techniques sont de type thématique et fréquentiel* » (p.53). Cette technique consiste à réaliser un rapprochement sémantique « *avant tout regroupement par classification...on commence par réunir et décompter les mots identiques, synonymes ou proches sémantiquement.* » (p.57). J'ai donc opté pour une analyse thématique en repérant dans les discours de chacun des mots clés « *c'est-à-dire le comptage d'un ou de plusieurs thèmes ou items de signification dans une unité de codage préalablement déterminée* » (p.77). J'ai ensuite répertorié les propos comportant ces thèmes et items et les ai classés dans un tableau à double entrée (annexes 7 et 8). J'ai séparé dans un premier temps volontairement les cadres des soignants car la grille d'entretien étant légèrement différentes les réponses et la chronologie l'étaient également. Leur fonction et leur positionnement dans une conduite de

projet engendre également un champ sémantique particulier qui ne me permet pas d'uniformiser les entretiens des CS et des soignants. Néanmoins, je me suis employé à essayer de garder une logique sur les thèmes principaux afin d'éviter la dispersion. J'analyserai les résultats dans un premier temps de manière générale par métier (cadre et soignant) mais je privilégierai les binômes cadres/soignants des mêmes services. Il me paraît en effet intéressant d'observer la communication en provenance du cadre d'un service et le ressenti du côté soignant du même service.

4.2 L'analyse du contenu

4.2.1 Analyse des déterminants sociaux

Cadres de santé	C1	C2	C3	C4
sexe	masculin	masculin	féminin	masculin
Type d'établissement	CH	CH	CHS	CHU
Service occupé pendant le projet	BO	BO	Hôpital prison	Imagerie médicale
Diplôme initiale	IDE	IDE	ISP	IADE
Date du diplôme	2002	2005	1985	2005
Faisant fonction	2 ans	2 ans	non	1 an
Diplômé CS	2015	2015	1999	2015
Soignants	S1	S2	S3	S4
sexe	féminin	féminin	masculin	féminin
Diplôme (date)	IBODE (1994)	IBODE (1994)	IDE (2012)	Manipulatrice radio (1999)
Dans le service depuis :	32 ans	30 ans	3 ans 1/2	6 ans

Afin de respecter l'anonymat des personnes interviewées, j'utiliserai l'acronyme « C » pour cadre de santé, suivi d'un chiffre de 1 à 4, par ordre de réalisation des entretiens. Et « S » pour les soignants suivis d'un chiffre de 1 à 4 correspondants aux cadres associés. J'ai fait le choix de ne parler qu'au masculin pour des questions de facilité d'écriture et de neutralité.

Profils des cadres et soignants interrogés :

Pour réaliser mes entretiens j'ai essayé de respecter une certaine mixité homme/femme. J'ai donc interrogé autant d'hommes que de femmes à savoir quatre de chaque, même si au niveau des fonctions nous n'obtenons pas de parité. On peut également constater que 3 des cadres interrogés sont jeunes dans la profession (2015) seul un cadre se distingue par une ancienneté (18 ans) dans la fonction et c'est également le seul qui n'a pas eu de période de faisant-fonction. Tous les cadres sont issus de la filière infirmière dont 2 avec une spécialité IADE ou ISP (qui n'existe plus). Je m'arrêterais sur le C1 que j'ai interrogé et qui est en poste depuis peu sur un USLD mais qui au moment du projet évoqué dans son entretien se trouvait en poste au bloc opératoire à la place du C2 donc mis de ce fait en binôme avec S1, soignante ayant une forte ancienneté dans le service du bloc opératoire.

S'agissant des soignants, ils ont tous une ancienneté supérieure à trois ans ce qui leur permet d'avoir du recul sur l'avant et l'après projet. Certains ont même réalisé toute leur carrière dans ce service (S1, S2). Comme je l'ai expliqué dans la méthodologie j'ai souhaité diversifier la population interrogée mais également les lieux. J'ai donc trouvé intéressant d'aller enquêter dans des petites structures (CH) mais également dans des structures plus grosses comme le CHU ou même un CHS de grosse taille mais avec une spécificité, en l'occurrence, la psychiatrie.

Afin de ne pas perdre de vue l'objectif de mon analyse je rappelle ici ma question de recherche formulée de la façon suivante :

« En quoi la communication du cadre de santé peut elle faciliter une meilleure adhésion des équipes soignantes lors de la mise en place d'un projet ? »

Ainsi que les deux hypothèses qui vont guider ma réflexion :

- la clarté des informations transmises par le cadre autour du projet facilite son adhésion par l'équipe.
- Les moyens de communication utilisés par le cadre facilitent l'adhésion de l'équipe au projet.

4.2.2 La clarté du projet facilitateur d'adhésion

4.2.2.1 La compréhension du projet

La compréhension d'un projet découle directement de l'explication que l'on en a eue. Le cadre est à l'interface entre la direction initiatrice du projet et l'équipe soignante qui doit la mettre en place. On voit bien ici le rôle primordial du cadre et de la nécessité de transmettre un message clair aux équipes afin de les faire adhérer au projet. C'est pourquoi, au travers ces entretiens, il est important d'étudier, la compréhension du projet et son objectif.

La question n°2 posée lors des entretiens (aussi bien aux cadres qu'aux soignants) avait pour but l'identification de l'objectif du projet tant par le cadre que par les soignants. Comprendre l'objectif d'un projet ou d'une réorganisation c'est comprendre où l'on va. Le premier constat que l'on peut faire de manière générale c'est la différence de discours en quantité sur le nombre d'items exprimés entre les cadres et les soignants. Les cadres reformulent beaucoup plus souvent les objectifs du projet que les soignants, exemple dans le binôme 1, le C1 évoque 8 fois l'objectif du projet et 3 fois chez le S1 soit plus du double. On retrouve cette même proportion dans tous les binômes. Peut-on en déduire que les cadres identifient mieux les objectifs du projet que les soignants ? On constate une différence de langage dans le binôme 4 s'agissant de l'objectif du projet. Le S4 est peu expressif sur l'objectif du projet et se résume en une phrase : « *le gros projet a été l'ouverture du CUR.(14)* » alors que le cadre associé (C4) évoque à 2 reprises ce qu'il nomme « *un gros projet* » puis « *un beau projet* » cependant ces « gros projets » évoqués ne sont pas les mêmes dans la bouche des 2 interviewés. Alors que le soignant 4 évoque un projet que l'on peut qualifier de concret « l'ouverture de la CUR » le cadre 4 évoque « un projet de restructuration des ressources humaines ». On constate ici qu'il y a une différence de perception, de ressenti pour un même projet. L'adjectif qualificatif utilisé « beau » par le cadre illustre une volonté de porter le projet et de lui donner une bonne image.

Seuls les cadres 1 et 2 évoquent l'item de la « compréhension du projet » et ce, seulement à 3 reprises alors que cet item est évoqué au moins une fois par tous les soignants. Le S1 est le seul qui fait le lien entre sa compréhension du projet et son implication dans les instances « *moi je pense que je l'ai mieux compris parce que j'ai suivi toutes les étapes (51)* ». Sur cet item et en réponse à cette question de relance de ma part « Est-ce que vous comprenez à

chaque fois le but du projet ? » La réponse du S4 est emprunt d'hésitation et de langage paraverbal « *oui ouais (silence)....oui j'ai le sentiment que oui (80)* » puis plus loin : « *hm.....(84)* ». Si on raisonne par binôme on constate que dans le binôme 3 et 4 les cadres ne parlent pas de la compréhension du projet alors que les soignants qui leurs sont associés l'évoquent au moins une fois s'agissant du S3 et à deux reprises pour le S4 mais suite à une question de relance de ma part comme je l'ai évoqué plus haut.

L'autre constat que l'on peut faire est en rapport avec la taille des structures où les entretiens ont été réalisés. La compréhension du projet est plus facilement évoquée par les cadres 1 et 2 issus d'un CH de petite taille qui rapportent que « *ça les rend acteurs, responsables, impliqués* », que par les deux autres cadres en provenance d'établissement plus gros. Et si on fait le lien entre clarté et adhésion on remarque dans le binôme 1 une similitude dans les discours. Le cadre 1 voit toute l'importance d'avoir un discours clair pour permettre aux équipes de bien comprendre l'intérêt d'un projet et ensuite d'y adhérer plus facilement : « *donc je pense pour garder le cap et que les équipes adhèrent et intègrent l'intérêt des changements (C1, L.53)* ». En réponse le soignant 1 exprime son besoin de comprendre pour adhérer : « *il y avait besoin de comprendre et de savoir qu'est ce qui s'était dit (L1.15)* ». Le lien entre clarté et adhésion est ici exprimé. Au regard de ce constat issu surtout du binôme 1(CH), on peut se demander également si une ligne hiérarchique plus courte rend les messages plus fluides et donc l'implication et la compréhension des projets plus facile ?

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel pour qu'il y ait implication il faut qu'il y ait adhésion. L'implication demande un engagement et un investissement plus fort que dans l'adhésion selon Thévenet (2004). Or, il semble comme l'exprime le S1 que le fait d'être impliqué et donc d'adhérer à un projet facilite sa compréhension. Mais on peut aussi se demander si ce n'est pas parce que l'on comprend bien un projet (objectifs, phases....) que l'on adhère plus facilement à celui-ci ? Selon Boutinet (2004) comprendre l'objectif d'un projet c'est avoir un cap, une orientation. Cela permet surtout « *de délimiter clairement les responsabilités et les plans d'action* » (Ortega et al., 2013, p.605) et suppose donc un langage clair et directif de la part du cadre sur l'objectif du projet : « *Pour impacter et donner l'impulsion, il convient d'être clair et assez directif sur la destination (la cible)* ». (Caillé, 2011, p.56). On voit ici néanmoins tout le sens que peut prendre le mot « clair », car ce qui est clair pour le cadre ne l'est pas forcément pour le soignant.

4.2.2.2 Identification des acteurs

On peut remarquer la différence des mots employés chez les cadres et chez les soignants que ce soit de manière générale ou par binôme. Les cadres parlent et identifient volontiers des acteurs dans les projets exemple C1 : « *ils seront acteur* (L.49) » alors que les soignants évoquent plus les auteurs à l'origine du projet S1 : « *C'était la Direction qui nous a proposé cet audit* (L.27) ». Les auteurs sont faiblement évoqués ou même identifiés tant par les soignants que les cadres. Les cadres évoquent beaucoup plus souvent le mot « acteur » ou même les nomment directement. En termes de binôme, les acteurs du projet sont identifiés ou évoqués par les binômes 1, 2 et 3 ; et dans ces 3 binômes plus souvent exprimés par les cadres C1 et C3 que par les soignants. Le C1 est l'un des seuls à faire le lien entre être acteur du projet et l'implication, adhésion ou la responsabilisation. « *Ça les rend acteur, responsable, impliqué* (L.100), *sur certains points du projet chacun est responsable* (L.100), *ils sont encore plus adhérent au projet dans lequel ils sont totalement impliqués et acteurs* (L.161)».

Dans le cadre conceptuel nous avons vu que selon Bériot (2006) la conduite de projet s'inscrit dans un système et qu'il est important pour les membres d'une équipe, mais également pour le cadre, de bien identifier les acteurs du projet afin d'éviter d'éventuelles résistances au changement. Dans les entretiens on peut constater cette nécessité du cadre de repérer les acteurs du projet alors que pour les soignants la priorité semble être de savoir l'origine, l'initiateur du projet qui, dans tous les projets évoqués lors des entretiens, émanent de la direction. Le cadre doit de part ses fonctions et ses attributions faire ce travail d'identification et d'accompagnement, de management de son équipe soignante. C'est ce que rappelle Chantal de Singly dans son rapport du 11 septembre 2009. A ce titre il doit communiquer autour du projet et à toutes les phases du projet en respectant la temporalité selon les propos de Mr Parmentier enseignant à Rennes 2.

4.2.2.3 Accompagnement du projet : source de clarté et d'adhésion

L'item de l'accompagnement est évoqué par la majorité des personnes interrogées. Les binômes 2 et 3 expriment l'idée, d'une part, qu'il faut accompagner le changement : « *accompagné en général oui parce que je trouve qu'ici il y a beaucoup de... il y a un échange* (S2, L.83) » mais cet accompagnement n'est pas fait uniquement par le cadre comme le dit le C2 : « *en faisant un travail auprès de l'équipe infirmière du bloc pour*

qu'elles accompagnent le changement... (C2, L.77) » mais également le C4 : *« voilà j'ai deux manipulateurs qui sont référents changement et qui accompagnent le changement (C4, L.153) »*. A travers les propos du binôme 3 on perçoit d'autre part le but de l'accompagnement du changement : *« pour préparer les nouvelles choses et expliquer les raisons de ces changements (S3, L.188) »*, ainsi, que la difficulté d'accompagner le changement pour le cadre : *« C'est pas toujours facile parce qu'il faut savoir accompagner, écouter ce qu'ils ont à dire. » (C3, L.197)*. Dans ces propos l'accompagnement au changement reste lié à la communication avec l'utilisation de mots comme : « l'écoute » et « l'explication ». Le C2 ajoute les modalités possibles de l'accompagnement au changement à savoir une doublure : *« je les ai remises en doublures sur le service en ciblant celles pour qui ça allait être le plus compliqué » (L.76)* tandis que pour le cadre 4, l'accompagnement doit se faire sur une longue période : *« j'ai passé pas mal de temps notamment aux changements d'équipe pour voir un peu où était les stress, où était les angoisses, où était tout ça vis-à-vis du changement. (C4, L.200) »*

Dans le discours des personnes interrogées on retrouve deux idées essentielles, la première surtout exprimée par les soignants, la nécessité d'accompagner le changement par des explications, de l'écoute de la réassurance. La deuxième, la temporalité, davantage évoquée par les cadres. A travers notre cadre conceptuel on retrouve cette phase de l'accompagnement dans la conduite de projet évoquée par Mr Christophe Parmentier. En effet, il décrit notamment dans sa phase 4 qu'il nomme « la mise en œuvre du projet » la nécessité d'informer, de communiquer et donc d'accompagner l'équipe autour de ce projet afin de les faire adhérer. La deuxième idée se retrouve d'une part dans les propos de Caillé :

Prendre le temps de donner du sens c'est-à-dire d'explicitier les déterminants de la décision de changement ou des orientations qui sont prises, les bénéfices attendus ou recherchés, la réalité de ce que cela risque de changer pour chacun permet d'éviter toute confusion, effet de halo et amalgames. (2011, p.55)

Mais également chez Boutinet (2003) pour qui le projet s'inscrirait dans une temporalité. Cette temporalité et cette communication permettent de rassurer, d'éclairer les soignants sur les objectifs, les modalités, leur place dans le projet. Le discours du cadre dans cette phase d'accompagnement permet alors de baisser le stress des équipes comme l'explique le cadre 4.

4.2.2.4 La clarté des phases du projet

Tous les cadres évoquent à un moment donné dans leur entretien les phases du projet soit au minimum 3 fois jusqu'à 7 fois pour le C2. Certains parlent de phases de diagnostic comme le C4 : « *C'est un diagnostic de situation.(L.87)* », d'autre d'audit avant le projet pour le C2 : « *Donc il y a eu un audit qui a été fait sur un an (L.21)* », plusieurs de la phase d'évaluation comme le C3 : « *là on en est à l'évaluation et effectivement le projet change (L.26)* » et enfin le C2 se distingue en évoquant toutes les phases du projet à travers son discours sur la conduite de projet : « *d'un avis personnel c'est toujours pareil la conduite de projet euh...c'est analyser il y a beaucoup de bouquins là-dessus(L.163)* ». Les cadres, de part certainement leur formation récente (jeunes cadres), ont conscience des phases du projet et semblent bien les identifier. L'item des phases est évoqué au minimum 3 fois par chacun des soignants sauf pour le S2 qui n'en fait pas état. Et dans ce même item c'est l'étape de l'annonce qui ressort le plus souvent chez les soignants comme l'exprime par exemple le S3: « *Donc je suis arrivé par contre c'était déjà annoncé j'ai juste acté et pris part à la mise en place (L.30)* » ainsi que le S4 : « *pouvoir annoncer des projets* ». Si on étudie de manière plus approfondie les résultats et par binôme on peut constater par exemple que le binôme C1/S1 évoque respectivement et majoritairement les objectifs du projet et le calendrier. Ainsi, le C1 verbalise sur les objectifs : « *En fonction de ces objectifs voir quels objectifs sont atteints et si non pourquoi et qu'est-ce qui a empêché ces objectifs d'être atteints (L.135)* » alors que le S1 va évoquer le calendrier : « *Un calendrier et des objectifs voir si c'est atteint, pas atteint et pourquoi. (L.102)* ».

Dans le binôme 2 le S2 n'évoque pas de phases de projet alors que le C2 parle essentiellement d'évaluation : « *j'ai pas pu faire l'évaluation de ce projet (L.144)* ». Pour mémoire, le C2 est arrivé dans le projet alors que celui-ci était déjà bien avancé. Dans le binôme 3 le C3 parle surtout de la phase d'évaluation : « *là on en est à l'évaluation et effectivement le projet change (L.26)* », alors que le soignant associé d'annonce du projet « *alors pour la maison d'accueil spécialisé je suis arrivé alors que ça avait déjà été annoncé. (L.26)* ». Cette différence peut marquer une difficulté de la part du soignant S3 d'avancer dans les phases du projet car encore fixé sur la phase de l'annonce du projet en raison de son arrivée après cette phase d'annonce : « *alors pour la maison d'accueil spécialisé je suis arrivé alors que ça avait déjà été annoncé. (L.26)* ». Le fait de ne pas avoir participé à cette étape de l'annonce semble être un frein pour lui.

Enfin, dans le binôme 4 il est intéressant d'observer que le C4 utilise les mots « corrections » « diagnostic » et que le S4 de son côté parle « de manque d'étapes ». Dans le discours de ce soignant 4 le respect des étapes est important et on doit respecter ce qui était prévu : « *Oui voilà mais il manquait des étapes pour faire correctement la mission qu'on nous avait donnée (228)* », alors que dans le discours du cadre 4 des corrections sont possibles : « *dans assumer ce qu'avait été le projet puisque le cadre qui l'avait mené était passé en encadrement supérieur donc j'ai eu à faire des correctifs (L.25)* ». On peut remarquer dans un premier temps que les soignants sont attachés au respect des phases des projets, tant dans leur application que dans leur temporalité alors que les cadres gardent en tête l'objectif du projet et des moments de réflexion et de diagnostic doivent voir le jour à chaque étape pour faire un bilan afin d'apporter des corrections éventuelles.

Si on met en perspective ces éléments observés lors des entretiens avec notre cadre conceptuel, et notre première hypothèse sur la clarté de l'information, plusieurs éléments se dégagent. Boutinet souligne l'importance de respecter les phases d'un projet. Lorsque le S4 évoque « le manque d'étape » ne met-il pas justement en exergue un dysfonctionnement dans la conduite de projet qu'il a vécu ? Si les phases ne sont pas clairement identifiées, repérées par les soignants et donc bien expliquées par le cadre, l'adhésion semble plus difficile. D'ailleurs à l'intérieur de ces phases de projets, « l'annonce » ou « l'absence d'annonce » est largement exprimées par les soignants comme moment important dans la conduite de projet. Le flou sur l'annonce est exprimé par les propos de S1 : « *des bruits de couloir (L.36)* », « *on essaie d'aller à la pêche...(L.41)* ». Cela est en totale contradiction avec l'idée d'Anzieu et al., (2013) qui expliquent la nécessité d'avoir un discours qui doit s'exonérer de toute ambiguïté, de flou ou de non dit. Pain (2003) quant à lui explique que l'on doit s'interroger tout au long des phases de la conduite de projet. Le C4 évoque justement des « corrections » et des « diagnostics » sans doute pour se pauser et ne pas perdre de vue l'objectif du projet. S'interroger comme le fait le C4 s'est aussi faire preuve de lucidité et prendre certainement conscience d'une inadéquation entre ses attentes et celles des soignants au niveau du déroulement du projet. Ainsi, le S4 en parlant de « manque d'étape » et de son incapacité « à faire correctement la mission qu'on nous avait donnée » renvoie à cette idée d'une inquiétude face au non respect de ce qui avait été dit ou écrit initialement. Le travail du cadre de santé n'est-il pas alors justement de rassurer tout au long des phases et d'amener l'idée que chaque phase est perfectible et donc sujet à correction ?

Dans cette première partie on voit bien combien les phases d'un projet sont importantes tant pour les cadres que pour les soignants. Parce qu'un projet amène un changement et que tout changement peut amener une résistance il semble intéressant de faire parler les entretiens sur ce sujet. C'est pourquoi, dans mon analyse j'ai souhaité mettre en perspective les motifs de résistances au changement avec les conditions d'acceptation de ce changement dans le but d'étudier si la clarté des informations transmises et les moyens de communication utilisé par le cadre aidaient ou non à l'adhésion des équipes au projet. Il semble en effet important de faire un bon diagnostic de la situation afin de pouvoir répondre de manière la plus adaptée aux difficultés rencontrées d'où ce travail d'analyse notamment sur les motifs de la résistance au changement.

4.2.3 Les motifs de la résistance au changement

4.2.3.1 Le changement, une résistance naturelle

La résistance au changement est constatée par tous les cadres : « *il y a des fois il y a vraiment une résistance* » (C1, L.40). Elle est même vraiment ciblée sur le projet selon le cadre 3 : « *de la résistance au projet* » (L.62). Non seulement elle est constatée mais considérée comme « naturelle » si l'on se fie aux propos des cadres, exemple : « *oui mais non bon c'est normal* (C4, L.173) ». Autre constat que l'on peut faire, c'est que cet item « de la résistance au changement naturelle » est exprimé chez les cadres et par tous les cadres et ce à de nombreuses reprises. Pour eux, le changement est lié à un sentiment de peur, de perte ou de changement dans les habitudes engendrant une résistance qui est perçue comme naturelle selon ces cadres. Cette résistance est naturelle mais peut être plus ou moins forte et prononcée : « *...où il y a eu de grosses résistances* (C1, L.65). Elle est dépendante d'un individu à l'autre, d'une profession à l'autre, d'un service à l'autre. Le cadre 2 explique, par exemple, que la profession infirmière était plus résistante au changement : « *Il y avait le problème des infirmières un peu plus résistantes.* (L.86) », le cadre 3 résonne en terme d'unité : « *Et voilà des résistances ont été disons dans mon unité ça allait à peu près mais l'autre unité ils étaient très très retissant* (L.71) » et enfin le cadre 1 en terme de culture : « *une approche culturelle, d'une culture professionnelle différente* (L.65) ». Selon ces cadres la résistance au changement peut être présente naturellement mais très personne dépendante. Cette constatation est tellement vraie que le cadre doit s'y attendre : « *Je ne m'attends pas à*

ce qu'on m'offre un bouquet quand je supprime 3 postes sur une équipe » (C4, L.173). Après reste à savoir comment s'exprime cette résistance et là, le cadre 4 apporte des éléments de réponses : *« la communication comme ça aussi au fil de l'eau il faut se préparer à avoir de la contre-argumentation systématiquement avec l'équipe (C4, L.103). »* Cela sous-entend ici que c'est lors d'échanges verbaux que la résistance est perceptible.

Si on se réfère au cadre conceptuel, on retrouve d'une part l'idée de Teneau et al., (2005) pour qui le changement implique de penser à son inverse c'est-à-dire la « résistance au changement ». Le discours des personnes interrogées illustre d'autre part l'idée développée par Caille (2011) d'une certaine normalité de la résistance au changement : *«on sait que la tendance naturelle est plutôt de résister au changement, de rester dans sa zone de confort. » (p.103)*. Il semble donc que les cadres d'emblée prennent en compte cette donnée « d'une résistance au changement » et l'intègre dans leur stratégie managériale et dans leur communication.

4.2.3.2 Changements multiples

Les questions 5 et 6 de ma grille d'entretien ont pour objectifs d'apporter des éléments de réponses sur l'origine de la résistance au changement. Premier constat que l'on peut faire et qui a été difficile à traiter c'est la différence de point de vue en fonction que l'on soit cadre ou soignant. Ces différences s'observent au niveau des sous items. Même si on retrouve 4 motifs en commun comme la peur, la perte, les habitudes et l'impact vie privée, il existe des particularités en lien avec la fonction. C'est ainsi que le sous item des « changements multiples » est absent chez tous les cadres et apparaît chez tous les soignants au moins une fois. C'est ainsi que par exemple le S2 et le S1 verbalisent cette multitude de changements : *« oui réorganisations plusieurs (S2, L.18) », « c'est vrai que c'est en plus de la réorganisation il y avait ça en plus qui...(S1, L.152) »*. Mais ces changements multiples sont réellement mis en exergue tout au long de l'entretien du S4. Ce S4 utilise des mots forts : *« il y a trop de projets enfin voilà (173), ouais hmm ouais après ça dépend là j'ai l'impression qu'en imagerie il y a des projets en permanence(71), une réunion pour 36 projets on est noyé sous la masse (176) »*. Les propos de ce soignant ont été ponctués par de nombreuses hésitations, un langage paraverbal très prononcé, un ton ferme et pendant l'entretien une posture que l'on pourrait qualifier de défensive parfois. Les soignants en général font donc

état de la multitude de projets et le S4 apporte un élément intéressant à savoir les réunions comme moyen de communication utilisé par le cadre pour évoquer les changements : « *enfin voilà une réunion pour un projet ça peut se faire (S4, L.175)* » Ce même soignant (S4) déplore néanmoins la dispersion lors de ces réunions parasitées par la « masse » d'informations.

Si on confronte le discours des personnes interrogées avec notre cadre conceptuel on retrouve l'idée d'un « phénomène de saturation » défendue par Anzieu et al., (2013). Ces auteurs reprennent l'idée de la S4 pour qui la multitude d'informations transmises lors des réunions sature l'interlocuteur. Ces auteurs expliquent qu'un contenu léger et compréhensible est préféré afin de faciliter la clarté du message.

4.2.3.3 Le sens donné au changement : peur, perte, changement des habitudes

Les 2 principaux motifs communs à la résistance aux changements avancés aussi bien par les cadres que par les soignants sont « la peur » et la « perte » et dans une moindre mesure le « changement d'habitudes ». Premièrement, on observe quelques différences quand à la fréquence des 2 sous items « peur, perte ». Si on regarde par binôme la « peur » est très représentée chez le binôme 1, notamment par le S1 qui l'évoquera 7 fois lors de l'entretien en mélangeant parfois la peur et la perte : « *au départ c'était difficile on va dire parce qu'on avait peur que ça aboutisse à une diminution en personnel (L.33)* ». Tandis que le cadre 1 qui lui est associé évoque la peur qu'une seule fois sans verbaliser réellement le mot « peur » : « *des actions qui soit ne saura pas faire soit ne se sent pas capable et du coup se sent en difficulté et se sent dévalorisé et à l'inverse va complètement se bloquer là va entraîner une résistance au changement (L.127)* ». Cet item est sous entendu derrière un sentiment de blocage face à la peur de ne pas réussir. Est-ce que ce cadre minimise pour autant cette peur ? Et quelle est cette peur ? Sans doute justement la peur de perdre quelque chose, de bouleverser des habitudes, un confort quotidien.

L'autre item justement associé à la peur est la perte ou au sentiment de perte. Cet item est évoqué par presque toutes les personnes interrogées à l'exception du S4 et du C3. Le changement est vécu avant tout comme une perte par les cadres comme par les soignants. Cette perte prend souvent sens comme quelque chose de quantitatif et en moins comme la

suppression de postes par exemple : « *ce qui s'est passé c'est qu'ils supprimaient un poste infirmier* » (S3, L.27). S'organise alors un moyen de défense de rapport de force exprimé par le cadre 1 : « *Ils l'entendaient mais cette résistance permettait pour eux d'en perdre le moins possible* (L.71) ». On reste ici dans une résistance perçue comme naturelle, comprise, acceptée par le cadre mais la perte est ici à l'image d'un deuil. Cette perte peut être vécue comme difficile pour certains ce qui nécessite le temps psychique nécessaire pour cheminer et finalement adhérer au projet, c'est l'idée qu'évoque le C2 : « *les plus récalcitrants sont ceux qui un an et demi après y trouvaient le plus de bénéfices* » (L.152). Si on regarde par binôme et notamment le binôme 2, le sentiment de perte est d'autant plus mal vécu par le S2 « *oui je dirais les difficultés ça a été quand on nous a supprimé les postes et supprimé une plage opératoire* (L.52) » du fait que la situation avant le changement était très satisfaisante comme l'exprime le C2 : « *le service en plus fonctionnait plutôt bien* (L.103) ». Pourquoi changer quand ça va bien ? On touche ici à la réflexion autour des habitudes.

L'item du changement d'habitudes est en effet verbalisé par les personnes interrogées, certes dans une moindre mesure que la peur ou la perte mais suffisamment pour être évoqué. Si on raisonne en termes de binôme, seul le binôme 1 évoque cet item. Le S1 l'exprime clairement dans ses propos : « *Il y a eu beaucoup d'interrogation parce que ça changeait nos habitudes donc c'était pas facile à faire passer le message* (L.43) ». Le C1 a le même ressenti que les soignants sur cet item « *Sur le bloc les difficultés ça été les changements dans les conditions de travail* (L.66) » en avançant un bouleversement des conditions de travail difficilement vécu par l'équipe. De manière plus individuelle, le S3 fait allusion au changement de manière plus implicite : « *La résistance au changement est réelle. Il y a des personnes qui ne conçoivent pas de changer leur méthode de travail* (L.186) ». Mais c'est surtout le C2 qui en parle le plus et le plus souvent. Ce cadre 2 explique d'une part que : « *On vit sur nos habitudes*(L.100) » et que lorsque l'on bouge habitudes c'est déstabilisant et difficile : « *dès que l'on vient à amener un changement dans ses habitudes ça dérègle la machine c'est déstabilisant et c'est ça qui fait que c'est mal vécu* (L.102) » et enfin il fait le lien avec la résistance au changement et le changement des habitudes : « *pour les agents les habitudes je pense que c'est vraiment ça le frein* (L.99) ». Modifier les habitudes c'est alors sortir de sa zone de confort et faire le deuil de ses habitudes pour aller vers l'inconnu.

Si on se réfère à notre cadre conceptuel on retrouve une forte imbrication de ces trois items que sont la peur, la perte et le changement d'habitudes. Que ce soit Carton (2006,) ou Caille (2011), ces deux auteurs évoquent le changement en terme de processus normal de peur en lien avec un sentiment de perte ou de modification de nos habitudes. On retrouve ici l'idée développée par Kübler-Ross (1975) dans le cadre conceptuel à travers les phases de deuil. Tout changement est un abandon et donc un deuil entraînant un processus émotionnel d'acceptation qui s'inscrit dans une temporalité individuelle dont il faut tenir compte : « *si le temps nécessaire à l'appropriation est sous-estimé, c'est d'abord parce que les émotions que le changement suscite sont complètement niées* » (Caille, 2011, p.11). Le cadre de santé ne peut donc faire l'économie d'entendre et d'accepter cette résistance à condition de la laisser s'exprimer.

4.2.3.4 La résistance du cadre

Pour autant si cette résistance au changement des équipes est connue des cadres elle peut émaner du cadre lui-même comme on peut le constater à travers les entretiens. En effet, hormis le C3 tous les autres cadres ont évoqué une résistance possible en provenance du cadre lui-même. Et dans ces résistances en provenance des cadres différents motifs sont exprimés tant par les cadres que par les soignants.

Ces motifs de résistances du cadre ne sont pas les mêmes en fonction que l'on soit soignant ou cadre. Pour les cadres deux motifs de résistance au changement provenant du cadre se dégagent d'une part « la peur » qui prend la forme de stress chez le cadre 4: « *...ils étaient dans un stress et une angoisse pas possible. Et ça s'est calmé et puis le changement avait pas été complètement bien géré (L.225)* ». Si on raisonne en terme de binôme le manque d'adhésion ou d'implication du CS est exprimé uniquement par le binôme 1. D'une part le C1: « *Si lui-même demande à ses équipes de changer et que lui n'est pas dans une dynamique de changement je pense que ça freine complètement. (L.82)* » mais également le S1 : « *Avec le cadre qui était avant c'était plus compliqué parce qu'on avait l'impression qu'il était un peu pommé enfin je ne vais pas dire ça comme ça enfin on voyait bien qu'il ne s'impliquait plus (L.124)*. Pour mémoire le C1 interrogé a changé de service à la moitié du projet alors que le S1 est resté jusqu'à la fin du projet. Le sentiment de désinvestissement du cadre évoqué par

le S1 n'est pas ressenti par le C1 ou pas exprimé s'agissant de lui-même mais pour autant le C1 évoque le manque d'adhésion ou d'implication du cadre au projet comme un frein.

Cette idée est retrouvée dans notre cadre conceptuel à travers les propos de Caillé (2011) « *Même si le discours est essentiel, ce ne sont pas les mots que l'on retient, mais plutôt l'énergie qui est transmise, ou pas* » (p.57). A travers le discours du cadre il y a une intonation, une énergie qui est transmise. Le langage non-verbal s'exprime et avec lui la discordance du cadre peut fausser le message. Comment le cadre peut-il communiquer à son équipe l'envie d'adhérer à un projet si lui-même n'y croit pas et si sa gestuelle montre le contraire de ses paroles ? Le message transmis est alors flou et n'aide ni à l'adhésion ni à la compréhension d'un projet.

4.2.3.5 Changement imposé

Seuls les soignants évoquent l'item du « changement imposé », avec parfois des mots forts comme le S2 : « *Ça nous a été imposé et c'était vécu comme un retour en arrière en fait et un peu comme une méconnaissance de notre travail* » (L.54). Le S2 déplore un manque de concertation et une décision très hiérarchique et administrative : « *quand il y a eu un souci c'était pas propre au cadre ou au service c'était propre à ce qui a été imposé par l'administration* (S2, L.84) ». De ce changement imposé il en découle selon le S3 un manque d'implication des équipes « *alors ce n'était pas impliquant c'était imposé* (L.70) ». Malgré ce constat le S4 exprime une volonté d'adhérer : « *non ça a été imposé et on a essayé du coup* » (L.95).

Si on fait un parallèle avec notre cadre conceptuel on retrouve à travers les propos du S2 l'idée défendue par Raynal (2003) : « *Dans un monde de réseaux, la récompense sera de réussir avec les autres et non pas contre les autres.* » (p.62). Le fait d'imposer un changement entraîne un rapport de force, un sentiment d'incompréhension et un vécu difficile. Chaudron (2003) rejoint les propos du S3 sur l'implication. Le fait d'imposer ne serait donc pas impliquant alors qu'un accompagnement, une communication adaptée au contraire favoriserait l'adhésion du plus grand nombre au projet. Enfin, le S2 stigmatise une décision imposée par une administration, propos partagé par Crozier (1994). Selon l'auteur le fonctionnement très bureaucratique de notre société bloque la communication et empêche le sentiment d'implication des équipes à la prise de décision.

4.2.4 Condition d'acceptation du changement

4.2.4.1 Changement positif

La question 1 posée lors de l'entretien sur ce « qui peut empêcher ou freiner la mise en place d'un projet », avait pour objectif d'élargir la réflexion sur les obstacles à la mise en place d'un changement et cibler l'origine. Si dans les premières réponses évoquées par les cadres on retrouve la résistance naturelle, cette résistance est fonction d'une histoire, d'un vécu. Les agents gardent d'une part en mémoire les derniers changements opérés dans leur service. La manière dont cela est organisé, planifié, le dernier changement résonne souvent encore dans les mémoires des soignants. Lorsque ce dernier s'est traduit par un changement négatif notamment une perte quantitative ou même qualitative le prochain changement est appréhendé avec méfiance, c'est l'idée que l'on retrouve dans les propos du binôme 2. Ainsi, le S2 traduit cette pensée : « *On attendait aussi car il y a une période où on a supprimé des postes et supprimé une salle et ça, ça a été très difficile à gérer* » (L.46). Quant au cadre 2 qui lui est associé, il semble très conscient des difficultés rencontrées lors du dernier changement. Il explique premièrement que la propension au changement est très différente d'un individu à l'autre : « *chaque agent ne vit pas le changement de la même façon* » (L.130).

Ainsi, dans l'item « des conditions d'acceptation du changement » on retrouve l'aspect « positif du changement ». Si presque tous les cadres utilisent cet item comme condition favorisant l'acceptation du changement seul le S3 en fait mention et parallèlement le C3 qui lui est associé est le seul cadre à ne pas l'exprimer. Aucun binôme n'est donc en accord sur cet item et pourtant la moitié des personnes interrogées avance cet item. Le C4 verbalise clairement le discours positif comme facteur d'adhésion des équipes : « *ce qui me paraît important c'est toujours présenter les choses de manière... essayer au moins de présenter les choses de manière positive. (L.253)* ». Le cadre 2 parle d'amélioration mais toujours dans un « discours positiviste » : « *si on amène un changement dans le but d'améliorer des situations qui ne sont pas très bonnes ça va être plus facile à faire accepter* » (L.105). Le même cadre 1 apporte dans son discours une notion de comparaison au niveau national : « *malgré le changement ils restaient dans de très bonnes conditions professionnelles par rapport à la moyenne nationale (L.69)* ». Et si on s'intéresse à l'unique soignant faisant notion de cet item on repère derrière ce besoin de « changement positif » surtout un besoin de clarifier les choses : « *Savoir ce qui était plutôt positif il y avait forcément des choses positives dans ce*

planning là et ce qui était négatif. (S3, L.160) », « En expliquant ce qui est positif ce qui est négatif » (S3, L.190).

Pour le cadre ce discours positif sur le changement apparaît comme un levier d'acceptation du changement et d'adhésion des équipes au projet et pour les soignants un moyen de clarifier le discours, le projet et d'en ressortir quelque chose de positif pour faciliter l'adhésion.

Le changement vise avant tout à modifier une organisation en place dans le but de la rendre plus performante, efficace, sécuritaire et en adéquation avec les ressources et les besoins du service dont le cadre a la responsabilité. Elle peut en effet, se concrétiser par un sentiment de perte au niveau des effectifs mais dans un contexte de réorganisation redistribuant ainsi les tâches et les prérogatives de chacun. La perte peut être ainsi relative mais perçue comme réelle en terme de personnel pour les équipes soignantes. Si on se réfère à notre cadre conceptuel on retrouve deux idées essentielles. D'une part, le changement est anxiogène car : *« il est générateur d'anxiété dans la mesure où il est synonyme d'inconnu, d'incertitude pour les individus. » (Teneau, 2005, p.34).* D'autre part, il est souvent associé à une perte et donc négativement comme dans les propos de notre enquête de terrain. Or comme le dit Caille (2011) : *« Conduire un changement suppose de donner envie de suivre, de mobiliser, d'embarquer le plus grand nombre. (p.103) ».* On voit bien ici toute la difficulté rencontrée essentiellement du côté des cadres interrogés pour faire naître *« l'émergence d'un sentiment de gain ou de progrès »* (Carton, 2006, p.14) et donc un discours positif fédérateur et facilitant l'adhésion de tous. Enfin, certains cadres défendent l'idée portée par Teneau (2005) comme quoi le changement s'inscrirait uniquement dans une opposition. Cet auteur propose alors une vision positive du changement et explique que la résistance est plus dans un rapport social.

4.2.4.2 La dynamique d'équipe et le discours motivant du cadre

Dans la même idée que l'item du « discours positif » on peut mettre en avant deux autres items fortement liés et exprimés lors des entretiens auprès des cadres : la « dynamique d'équipe » et la « communication motivante du cadre ».

Chez les soignants, on retrouve l'item de « la dynamique d'équipe » uniquement chez le S1 : *«... IBODE mais quand on a fait un travail plus pointu sur qu'est ce qu'on allait faire en programmation et en organisation là on a fait appel à d'autres membres de l'équipe(38) ».*

Dans le même binôme le C1 semble en parfait accord avec l'idée de la cohésion d'équipe exprimée par le S1 : « ...notamment la cohésion d'équipe qui est nécessaire à la gestion de projet. (C1, L.106) ». le C1 fait même la jonction avec l'item précédant sur le côté positif du changement et lui confère un côté dynamisant : « ne pas présenter ce projet comme un changement mais présenter le projet comme un apport une nouvelle dynamique. » (C1, L.79) et positif : « et des fois il y a une dynamique positive (C1, L.41) ». Pour ces cadres le discours positif est non seulement motivant mais en plus un gage d'adhésion des équipes au projet : « ça a mobilisé l'équipe et aidé à l'adhésion c'était intéressant pour ça (C4, L.137) ». Sur ce sujet le C3 explique que ce discours positif, motivant doit passer par une valorisation du travail des équipes par le cadre : « Il faut les valoriser pour les aider à adhérer au projet (C3) ». Ce n'est qu'à cette condition que le cadre peut espérer l'adhésion des soignants au projet.

L'autre enseignement que l'on peut tirer des propos de ces cadres c'est l'identification des rôles de chacun dans une équipe de sorte que le cadre puisse s'appuyer notamment sur les personnes ressources : « je m'appuyais évidemment sur ceux qui étaient pour le changement pour créer une dynamique. (C3, L.56) et les personnes les moins investies : « une équipe qui était beaucoup plus présente (C3, L.136) ». Dans le même esprit, les équipes, selon ces cadres, ont besoin d'un commandant de bord, quelqu'un qui va endosser le rôle du leader, du pilote. Et le cadre doit être capable de prendre cette fonction. L'équipe va ensuite s'identifier au cadre « les équipes vont beaucoup plus adhérer avec quelqu'un qui pilote (C1) ». Pour ce C1 le rôle du leader est essentiel car suscite l'envie d'adhérer au projet : « le rôle du leader et celle du manager donner envie aux équipes. (C1, L.164) ». L'image du cadre dynamique est ici présente et conditionne l'adhésion des équipes au projet.

A travers notre cadre conceptuel on retrouve dans les dix rôles du cadre exposé par Mintzberg (1997) cette fonction leader du cadre : « rôle de symbole, d'agent de liaison, de leader, d'observateur actif, de diffuseur, de porte-parole, d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources, de négociateur ». Le cadre doit porter non seulement le projet mais également l'équipe avec lui. On retrouve l'idée de Caille (2011) également évoquée dans le cadre conceptuel : « Conduire un changement suppose de donner envie de suivre, de mobiliser, d'embarquer le plus grand nombre. (p.103) » Cependant, on retrouve ici la limite entre implication et adhésion exprimée par Thévenet : « Par implication on entend, simplement, l'engagement, l'investissement des personnes, qui se caractérise par une

identification de la personne. La personne s'implique dans une activité parce qu'elle s'y reconnaît. (2004, p.14) ». Est-ce que le cadre a besoin d'aller aussi loin pour faire adhérer son équipe ?

4.2.4.3 Le sens des mots pour un message clair

L'item de la clarté du message a été exprimé par tous les cadres à de nombreuses reprises, seuls les soignants 1 et 3 en font mention. Les personnes qui se sont exprimées sur cet item sont conscientes de l'importance d'un langage clair, par exemple le C2 dit : « *j'ai nommé les personnes qui avaient pris la décision pour ne pas rester flou(50)* ». Si on regarde les 2 binômes qui évoquent de part et d'autre cet item on constate que le S3 parle de la nécessité d'expliquer : « *il aurait fallu qu'en amont ça soit mieux expliqué au personnel (P.98)* » et le C3 qui lui est associé se soucie de la compréhension du message « *qu'est ce qu'ils entendent par ce travail (49)* ». Le binôme 1 apporte une légère nuance, car le S1 explique clairement que : « *c'est très problématique parce que tout le monde ne comprend pas la même chose (L.83)* » et le C1 explique que le cadre « *a son rôle à jouer dans les mots qu'il utilise (L.81)* »

Chez toutes les personnes interrogées on observe une particularité qu'il était important de souligner et notamment chez S3 car revenant à de multiples reprises dans l'entretien à savoir : « le manque de cohérence » comme frein en provenance du cadre. Un sous item qui n'apparaît pas dans son binôme cadre. Or, d'après notre cadre conceptuel, Thevenet, (2004) explique qu'il y a trois conditions favorisant l'implication des salariés dont la cohérence de la politique générale de l'entreprise et de son projet. Or, la cohérence passe par un discours clair sans ambiguïté, ni discordance que résume très bien le C3 par ces propos : « *Je suis en adéquation avec ce que je dis (L.191)* ». On voit ici qu'il y a une dichotomie entre ce que dit le cadre et ce que perçoit le soignant du même binôme.

C'est par la communication que le cadre d'une part fait passer des messages et annonce un projet, l'explique, informe, le commente...Mais tous ces mots ont un sens qui a toute son importance. Lors des entretiens toutes les personnes interrogées utilisent soit le verbe « informer » ou une attitude visant à informer comme vecteur de communication autour du projet. Hormis le C3, toutes les personnes interrogées évoquent l'item de « l'information ». Cette information ressort donc dans presque tous les binômes. Le C1 explique par exemple

que l'information est un processus normal de première intention : « *Le processus a été dans un premier temps d'informer du projet des équipes. (L24)* ». Cette information est attendue par les équipes et doit être renouvelée : « *Donc renouveler l'information c'est souvent ce que l'on redemande aussi et au sein d'un service (L.94)* ». Cependant, le binôme 4 apporte un élément important à savoir une perte ou une transformation de l'information : « *il suffit que vous fassiez une information au chevauchement d'équipe et tous les opposants qui sont là vous pouvez être sûr que le lendemain l'information elle ne ressemble pas du tout à ce que vous avez pu dire (C4, L.213)* ». En réponse à cette information que l'on peut qualifier d'incomplète pour les soignants, ces derniers vont « *aller à la pêche aux informations (S4, L.160)* » au risque de prendre une mauvaise information.

Si on s'en réfère au cadre conceptuel, le schéma de Shannon nous explique que dans la communication il y a un émetteur et un récepteur. Il est important de veiller à ce que le support de communication c'est-à-dire le canal soit compatible or lorsque le cadre 4 évoque une déperdition de l'information lors d'un chevauchement d'équipe on comprend que pour certains le support de communication n'est pas approprié. Le message fait l'objet d'un décodage c'est-à-dire d'une appropriation du message. Comment s'approprier un message que l'on n'a pas compris ? Pour Raynal (2003) « *informer n'est pas communiquer* » (p.188) c'est entre autre pourquoi (Ortega et al., 2013, p.607) expliquent qu'il faut : « *aller au-delà de la simple information hiérarchique descendante* ». Cependant, cette étape de l'information est fortement réclamée par les soignants et certainement perçue comme un début de communication ou du moins un moyen d'amorcer le dialogue. Autres idées avancées par Anzieu (2013) ou Caille (2011) dans le cadre conceptuel. D'une part, la compréhension des messages n'est pas la même si les interlocuteurs ne possèdent pas les mêmes cadres de référence et le même univers symbolique (culture, histoire...). Or, ce qui est cohérent pour le cadre peut ne pas l'être pour le soignant. D'autre part, la communication non verbale est importante et explicitée par la C3 qui souligne la nécessité d'être congruent c'est-à-dire en adéquation entre ses gestes, ses paroles et sa pensée.

4.2.4.4 La temporalité dans la communication

L'item de la temporalité est évoqué directement ou indirectement par presque toutes les personnes interrogées à l'exception du S2 et du C3. Tout projet ou changement s'inscrit en effet dans une temporalité souvent imposée par des échéances, exemple dans la situation du

C2 : « *Le changement aux soins ça a duré 6 mois ça a été très dense (L.132)* ». Une temporalité qui semble néanmoins souhaitée ou du moins attendue par le S3 : « *il y a eu beaucoup de rebondissements parce que ça devait être mis en place au 1er janvier 2016 et au 1er janvier 2016 il n'y avait que 2 ou 3 unités qui avaient accepté finalement (L.43)* ». En effet, derrière les propos de ce soignant on sent une certaine déception, injustice du fait du non respect de cette temporalité et de l'iniquité de l'application de la réorganisation de manière uniforme.

Le binôme 1 amène une idée commune à savoir la nécessité d'amener le projet avec douceur. Le C1 explique ce qu'il ne faut surtout pas faire selon lui : « *en disant le changement ça va être ça on va le faire comme ça et si on impose tout c'est sûr on se prend un mur on ne va pas le dire différemment.* » et de son côté le S1 confirme la façon de faire de son cadre : « *On nous a pas amené le projet d'emblée ce sera comme ça et pas autrement, il s'est passé du temps (L.42)* ». Cette nécessité d'amener le projet avec douceur est également évoquée par le C2 : « *.... ça moi je pense que c'est se tirer une balle dans le pied que de le faire brutalement (L.189)* ». Lui aussi explique que imposer un projet brutalement c'est conduire le projet à l'échec.

Dans le binôme 4 la situation est complètement différente ou du moins ressenti différemment suivant le cadre et le soignant. Le C4 propose d'attendre le bon moment et de ne pas trop anticiper avec une communication sur le projet qui pourrait arriver trop tôt selon lui : « *de ne pas communiquer très tôt... parce que s'ils savent très tôt quels changements il va y avoir. Ah il va y avoir un tas de choses à régler hein parce qu'il y a du fantasme derrière tout ça alors qu'on en est qu'au début du projet (C4, L.184)* ». Néanmoins, en communiquant sur un mode du « juste à temps » autour d'un projet le soignant du même service semble percevoir un manque de temps qui pour lui est un frein : « *eh bien le frein peut être pour nous de notre côté c'est de pouvoir se libérer du temps je pense (S4, L.128).* » et de rajouter : « *j'ai l'impression que c'est compliqué car on n'a pas de temps de... (S4, L.153).* On voit ici que le cadre et le soignant n'ont pas les mêmes enjeux, les mêmes impératifs, les mêmes inquiétudes et que leur ressenti face à la temporalité est différente.

Sur cet item de la temporalité on peut repérer un double discours au niveau du C2. Nous venons de le voir, ce cadre préconise l'absence de brutalité dans la mise en place d'un projet. De plus, il confirme dans ses propos la nécessité de laisser le temps à l'équipe de « digérer »

le changement : « *il faut laisser le temps qu'ils le digèrent aussi. (L. 140), suffisamment long pour leur permettre de digérer le changement et d'y collaborer (L. 148)* » et d'intégrer de nouvelles habitudes : « *et puis laisser le temps aux habitudes de se mettre en place. (149)* ». D'autant plus que ce projet a été selon lui très dense et sur une courte durée : « *: Le changement aux soins ça a duré 6 mois ça a été très dense (L.132)*. Cependant, ce cadre explique qu'un projet qui s'inscrit dans une temporalité trop longue n'aide pas plus les équipes à y adhérer : « *Je pense qu'avec un délai inférieur à un an l'évaluation n'aurait servi à rien elles n'auraient toujours pas adhéré. (L.159)* »

Enfin, l'une des données intéressantes exprimées par le C4 c'est une différence entre la communication autour du projet, la phase d'annonce, d'explication et l'intégration du message qui est parfois décalée. Le cadre perçoit une bonne réception de message qu'il souhaite faire passer et rien ne se passe à ce moment-là. Conscient de ce phénomène de décalage il explique alors avoir attendu volontairement les réactions comme quelques chose de prévisible : « *On a eu une bonne réception et puis on a attendu. J'ai bien fait d'attendre puisque quinze jours après c'était de nouveau l'effervescence (C4 : L.120)* ». Il semblerait à première vue que le message a bien été réceptionné par les soignants mais pas complètement compris, intégré ou suffisamment décodé voire clair pour tous les soignants présents au moment de l'annonce. Cette temporalité semble alors influencer sur l'adhésion au projet mais également sur sa bonne compréhension et donc sur la clarté de l'information transmise par le cadre à ses équipes.

Si on se réfère à notre cadre conceptuel on retrouve largement cet item de la temporalité exprimée par les auteurs. Carton (2006) évoque notamment cette différence de temporalité très dépendante de la fonction que l'on occupe : « *selon que nous sommes promoteurs ou sujet d'un changement, le temps estimé nécessaire pour nous y adapter peut-être très différents* » (p.23). C'est toute l'ambiguïté que soulève le C2 avec cette volonté de ne pas brusquer les soignants mais de répondre à une commande institutionnelle.

Le décalage entre la phase d'annonce d'un projet et les réactions à distance exprimé par le C4, sont à recontextualiser. En effet, cette phase d'annonce s'effectue dans le cadre de réunions (item très verbalisé par le C4 : « *il a fallu qu'on fasse des réunions.* » (115)) donc dans un système. Or, dans une relation de communication entre un cadre et des soignants il y a un lien hiérarchique. On est dans une communication de type complémentaire selon Watzlawick

(1979) c'est-à-dire non égalitaire. De ce fait, la parole peut être freinée et s'exprimer en dehors du groupe. De plus, dans le cadre conceptuel, Abric (2003) évoque des mécanismes de défenses psychologiques comme la scotomisation, la mémorisation sélective, l'interprétation défensive et la négation de l'autorité, de la source. Ces mécanismes visent à maintenir un équilibre interne de la personne. La présence même de ces mécanismes chez le soignant retarde l'intégration de toutes les données du message transmises par le cadre. Non seulement il peut y avoir une perte de l'information transmise par le cadre mais la communication du cadre autour du projet devra de ce fait être réitérée.

4.2.4.5 Supports de communication

Le support « oral » en général est évoqué par presque toutes les personnes interrogées. Le binôme 4 explique à travers les propos de S4 par exemple que c'est avant tout pour s'exprimer « *ça a permis de nous exprimer (S4, L.109)* » et le cadre 4 en précise le lieu : « *Oui oralement sur le lieu de travail et sans doute en dehors (C4, L.244)*. Dans ces supports oraux, c'est le sous item « réunion » qui ressort chez tous et à de multiples reprises. La réunion s'impose tant pour les cadres comme le C1 : « *je pense que les réunions sont nécessaires pour rappeler les objectifs (L.92)* », que pour les soignants comme l'explique le S1 du même binôme : « *ce qui est important c'est de faire des réunions de service pour que tout le monde soit au courant de ce qui va se passer (L.89)* ». Les deux avouent non seulement que les réunions sont nécessaires mais qu'elles ont un objectif en l'occurrence informer le plus grand nombre, selon le S1, et rappeler les « objectifs » selon le C1. Dans le binôme 3, on retrouve la même idée avec des réunions à thèmes et bien cadrées « *Moi je me suis basé sur les réunions institutionnelles avec des thèmes (C3, L.38)* et du côté soignant un lieu pour entendre les explications et pour pouvoir s'exprimer sur d'éventuelles interrogations : « *Il y a eu plusieurs réunions où l'on a expliqué les raisons qui nous embêtaient nous choquaient sur la mise en place de ce planning-là (S3, L.51)* ».

L'autre élément qui se dégage notamment du binôme 4 c'est du côté cadre, un sentiment d'obligation de faire des réunions : « *il a fallu qu'on fasse des réunions.(C4, L.115)* ». Le cadre semble lui-même vivre comme une décision unilatérale ce projet. Du côté soignant il se dégage, ce que l'on pourrait appeler « un manque de réunions » : « *Non on demande des réunions mais bon...(S4,L.57), on a demandé les réunions...(S4, L.95)* ». Enfin, sur cet item des réunions on observe une différence de discours dans le binôme 2 entre un soignant qui se

rallie aux autres soignants interrogés et explique l'importance de passer par des réunions : « *c'est important que ça passe par une réunion (S2, L.102)* » et un cadre beaucoup plus mitigé. Ce C2 explique d'une part qu'il fait peu de réunion : « *Donc je fais peu de réunions (L.123)* » que la réunion n'est pas son moyen de communication favori : « *je suis pas un fan des réunions parce que je trouve que c'est très protocolaire (L.121),)* » et pour lui la réunion à des limites : « *d'un autre côté dire qu'on va ne faire que du travail en groupe je pense que ça ne marche pas non plus (L.112)* ». Cette idée du « trop de réunion tue la réunion » est également exprimée par le C1 : « *trop de réunions car là ça fatigue les équipes (94)* ». De même le S1 explique que pour lui aussi l'expression orale n'est pas chose aisée : « *Oralement moins parce que déjà c'est plus compliqué quand on ne se voit pas forcément (S1, L.112)* ».

Si on étudie l'item de la communication individuelle, on constate que dans le binôme 1, aucun des deux n'en fait mention. Seul le binôme 4 en fait état mais plus comme une conséquence du côté cadre qu'une réelle volonté de sa part : « *du coup quand vous communiquez directement il faut s'attendre à systématiquement avoir du monde à venir dans votre bureau pour vous dire ah au fait j'ai pensé à ça tu vois ça va pas être possible à cause de ça. (C4, L.108)* ». Et du côté soignant comme quelque chose provenant du cadre de manière spontanée : « *oui je pense on nous interpelle oui on vient facilement pour dire on a entendu telle chose... (S4, L.187)* ». Le S2 évoque également ce temps de communication individuel mais dans un groupe : « *c'est important que chaque personne puisse s'exprimer individuellement dans le groupe, qu'il n'y ait pas des leaders (S2, L.106)* », or s'exprimer individuellement dans un groupe est-ce vraiment une communication individuelle ?

La communication informelle est également un sous item utilisé et verbalisé mais uniquement par 3 cadres. Cette communication sert parfois d'annonce et permet de mesurer les personnes résistantes : « *Je l'ai annoncé de manière informelle au début. Ça me permettait aussi d'aller voir un tout petit peu l'équipe pour voir qui pouvait être ressource, qui était proposition et qui était opposition (C4, L.110)* ». Pour le C3 cette communication informelle permet la réflexivité individuelle avant les temps de réunions : « *je sème mes petits cailloux avant quand ils sont par exemple tous dans un bureau je vais leur dire tiens qu'est ce que vous pensez de ça ? Donc je récolte déjà les avis des uns et des autres comme ça en plus ça germe dans leur esprit (C3, L.119)* ». Pour le C1 la communication informelle est vectrice de cohésion d'équipe : « *j'ai montré que la communication informelle était essentielle à la cohésion d'équipe (L.105)* ». Ces cadres visualisent et utilisent la communication informelle

comme un moyen stratégique pour analyser des situations et faire passer des messages aux équipes.

Parallèlement à la communication orale, l'écrit est un moyen de communication exprimé presque unanimement sauf pour le binôme 2. La communication écrite est utilisée par les cadres pour des comptes-rendus de réunion, des ordres du jour de réunion, ou pour formaliser un projet : « *On a écrit le projet c'est fait alors (C1, L.96)* », « *Comme je mets les ordres du jour* » (C3, L.119). Pour les soignants la communication écrite est souvent par mail « *on communique beaucoup par mails (S1, L.142)* » et dans une relation hiérarchique plus consensuelle : « *Messages écrits on a même fini par faire un courrier à la cadre supérieure. (S3, L.92)* ». On voit bien à travers les propos des uns et des autres que la communication écrite n'a pas les mêmes objectifs et la même forme en fonction que l'on soit cadre ou soignant.

Si on se réfère au cadre conceptuel, on retrouve plusieurs idées exprimées par les auteurs. La première est illustrée par Abric (2003) pour qui la communication est « un acte social » dans un système au sens de Crozier (1994) avec des jeux d'acteurs. Dans une relation de communication comme des temps de réunion où chacun peut s'exprimer en théorie et c'est ce que demandent les soignants « *on a demandé les réunions...* » (S4, L.95) pour s'exprimer mais comme l'explique la S1 : « *Oralement moins parce que déjà c'est plus compliqué... (S1, L.112)* », car comme l'explique Watzlawick (1979) dans ses axiomes de communication, quand il y a un lien hiérarchique entre les individus la communication est dissymétrique et dite alors complémentaire. La liberté de parole peut être biaisée par ce rapport hiérarchique d'autant plus que selon cet auteur notre propre comportement induit une réaction chez l'autre. Nous réagissons individuellement aux intonations, à la posture, aux messages que l'autre nous envoie c'est ce que l'auteur nomme « ponctuation des séquences de communication entre les partenaires ».

Certaines personnes interrogées préfèrent opter pour d'autres moyens de communication en variant les supports de communication pour que chacun puisse y trouver ce avec quoi il est le plus à l'aise : « *il est important d'utiliser une gamme large de moyens de communication, et tout spécialement des moyens nouveaux lancés pour la circonstance, afin de bien souligner que l'on est face à un problème nouveau.* » (Ortega et al., 2013, p.607). Si la communication écrite, comme les mails, est ainsi utilisée par les soignants ce moyen de communication reste

peu exprimé lors des entretiens. Que ce soit écrit ou oral Anzieu (2013) nous explique que l'absence de même univers symbolique c'est-à-dire notre culture, notre histoire, notre niveau intellectuel interfèrent dans la compréhension des messages et également sur notre prise de parole ou nos écrits par crainte d'être jugé ou incompris par l'autre. Lorsque le C2 explique ne pas être un fervent partisan des réunions n'est-ce pas cette idée qu'il souhaite défendre ?

Nombreux sont les cadres interrogés qui communiquent longtemps en amont sur les projets qui vont se mettre en place et ils rejoignent en cela Caillé pour qui il faut prendre le temps d'expliquer les décisions et les choix : « *prendre le temps de donner du sens c'est-à-dire d'explicitier les déterminants de la décision de changement ou des orientations qui sont prises, les bénéfices attendus ou recherchés, la réalité de ce que cela risque de changer pour chacun permet d'éviter toute confusion, effet de halo et amalgames* ». (2011, p.55). On retrouve ici la notion de temporalité nécessaire pour lutter contre les quatre types de mécanismes psychologiques de défenses évoqués par Abric (2003).

En modifiant leur communication soit sur un mode individuel ou informel les cadres interrogés développent des stratégies de communication évoquées par Raynal « *développer chez le personnel d'encadrement une culture, un savoir-faire de communication, pour en faire des relais d'information privilégiés, et des vecteurs d'animation* ». (2003, p.196). Ces cadres s'adaptent à leurs interlocuteurs et modifient la relation de communication du point de vue de la proxémie développé par Hall (1971). Le but étant pour eux de créer un climat de confiance facilitateur d'expression. Une approche partagée par Chaudron (2003, p.77) « *Si vous organisez soigneusement le changement, que vous communiquez avec les collaborateurs affectés et que vous impliquez le plus grand nombre dans le processus, vous augmentez considérablement les chances d'arriver à un consensus* ». Le moyen de communication du cadre devient alors un véritable enjeu managérial facilitateur d'adhésion des équipes à un projet et capable de créer une dynamique d'équipe.

4.2.4.6 L'écoute du cadre

L'écoute du cadre est un item évoqué par la moitié des personnes interrogées mais que l'on ne retrouve pas dans un binôme. En effet, 2 cadres et 2 soignants expriment l'écoute du cadre mais ils n'appartiennent pas au même binôme. Lorsque les soignants parlent d'écoute du cadre c'est plus dans un contexte de « manque d'écoute » comme l'exprime le S4 : « *Où là*

pour le coup où l'on n'a pas eu l'impression d'être entendu (L.90). ». Un manque d'écoute qui peut se traduire par des conflits et des mouvements sociaux : *« en fait ça a été mis en place par une diminution des salles après on a été obligé des faire grève quelque part pour être entendu »* (S2, L.91). Il faut apporter ici une nuance entre le terme « écouter et entendre ». On peut écouter sans entendre. En effet, derrière le mot « entendre », les soignants attendent de l'échange avec le cadre et donc un espace de négociation avec l'idée qu'ils ne sont pas qu'exécutant mais aussi sujets.

Cette notion d'écoute est repérée par le C3 comme nécessaire pour mettre en place un projet par exemple : *« si un cadre veut mettre en place un projet il faut absolument un lieu pour écouter et en débattre (L.93) »*. Cette écoute doit être active c'est-à-dire être reçue par le cadre qui doit s'en servir *« j'écoute beaucoup en fait et je reformule. (C3, L.110) »*. Il doit être capable d'entendre même ce qui ne relève pas du cadre du travail : *« c'est aussi de savoir par moment entendre des choses qui ne sont pas du travail »* (C1, L.111) afin de créer une relation de confiance : *« être capable d'entendre ça pour qu'ils se sentent aussi bien et en confiance dans l'équipe (C1, L.112).* L'écoute du cadre apparaît comme un pré-requis avant de pouvoir espérer mettre en place un projet.

Dans notre cadre conceptuel l'écoute est étayée par Caille (2011) qui montre toute l'importance de l'écoute comme moyen de lutte contre la résistance au changement. Elle explique, comme les cadres interrogés, qu'il faut inviter à la réflexion et la prise de parole : *« Pour lever la résistance, le manager doit commencer par encourager l'expression »* (Caille, 2011, p.64) ». On retrouve également dans la pensée de l'auteur une similitude avec les propos du C1 qui voit dans l'écoute l'instauration d'un climat de confiance. Cette posture du cadre demande de sa part ce que Caille appelle un « lâcher prise » et des échanges animés : *« En effet, il convient d'accepter d'entendre des choses qui ne vont pas forcément faire plaisir ni aller dans le sens de ce que l'on espère, mais aussi de laisser s'exprimer les collaborateurs sans tabous, avec le risque que cela dérape ».* (2011, p.64). L'écoute n'est donc pas perçue comme une attitude passive mais bien un processus actif de considération de la pensée, des inquiétudes, des interrogations de l'autre. C'est ce qu'exprime Caille qui rejoint en cela le S2 qui évoque les mouvements sociaux par faute d'écoute : *« Lorsque la dimension humaine est insuffisamment prise en considération, différents risques peuvent se produire encourus, notamment au niveau social. En effet, il apparaît alors des grèves ou des conflits, un rejet ou un blocage, mais aussi un climat social dégradé... »* (2011, p.11). Cette écoute implique

nécessairement une mise en danger du cadre sur le moment mais lui permet d'éviter une détérioration des relations avec son équipe à moyen terme.

5 Synthèse

Ce travail d'initiation à la recherche a pour but d'étudier la communication du cadre dans une conduite de projet et notamment l'impact de cette communication du cadre sur l'adhésion des équipes au projet. A présent, il s'agit de répondre à ma question de recherche en confirmant ou non les hypothèses posées.

Pour mémoire, la première hypothèse était formulée de la façon suivante :

- la clarté des informations transmises par le cadre autour du projet facilite son adhésion par l'équipe.

Adhésion et compréhension d'un projet sont liées. Dans le binôme 1, l'adhésion voire même l'implication des soignants est forte sans doute en raison du contexte particulier du départ programmé du cadre d'une part, de la forte ancienneté des soignants (+ de 30 ans pour certains) d'autre part, de leur forte implication dans les groupes de travail et enfin de la petite taille du CH (sentiment d'appartenance et de responsabilité). Pour comprendre un projet, il faut qu'il soit clair. Dans le binôme 4, on constate une différence de discours positif du cadre et le discours du soignant ponctué d'hésitations, de langage non verbale, d'une lassitude en lien avec une succession de projets, un manque d'explications et surtout de temps. Ce binôme illustre parfaitement l'idée selon laquelle ce qui est clair pour une personne peut ne pas l'être pour l'autre. Le cadre peut avoir le sentiment d'avoir été parfaitement entendu pour autant ce sentiment peut ne pas être partagé par ses interlocuteurs.

Si l'on compare l'adhésion au projet par binôme et les éléments vecteurs d'adhésion on arrive à plusieurs conclusions. Dans les binômes 1 et 2 l'adhésion au projet est autant ressentie par les soignants que par les cadres même si le cadre 2 est arrivé en cours de projet. Dans les binômes 3 et 4 le discours est tout autre et on observe une différence entre les soignants qui ne verbalisent pas d'adhésion au projet alors que les cadres ne semblent pas prendre conscience de cette absence d'adhésion de leurs équipes. Ces mêmes soignants 3 et 4 évoquent peu l'accompagnement lors du changement un constat normal, car avant d'être accompagné il faut adhérer au projet. Dans cette même logique peu de soignants parlent d'adhésion au projet les concernant. Se pose alors ici une question de sémantique autour du mot « adhésion ». Qu'est-

ce que ce mot revêt réellement pour les personnes interrogées ? Elles semblent exprimer facilement l'idée de ne pas adhérer à un projet (verbalement ou par le non-verbale) mais pas clairement l'idée d'y adhérer.

L'autre élément facilitateur d'adhésion retrouvé dans les binômes 1 et 2, est sans nul doute l'incorporation des équipes dans des groupes de réflexion dès le début du projet. Le fait de devenir acteur du projet facilite sa compréhension, ses tenants et aboutissants. Et communiquer sur un objectif clair, compris de tous améliore les conditions d'adhésion.

Les binômes 1 et 2 appartiennent à des petites structures (CH) où la communication est simple (dans le sens de Mintzberg) et rapide. Les salariés se sentent très investis dans le devenir de leur établissement où parfois certains services sont en périls (car pas assez rentables). Dans ces mêmes binômes l'ancienneté des salariés est également importante ce qui signifie une bonne connaissance de leur travail, des équipes et un fort sentiment d'appartenance à un groupe. Dans les binômes 3 et 4 au contraire le turn-over est plus important, les équipes sont plus jeunes (dans le binôme 3, la moitié de l'équipe a été renouvelée dans l'année). Le nombre et la succession rapide de projets exprimés dans ces binômes 3 et 4 représentent également un frein à l'adhésion des équipes à ces projets. Le temps psychique de lutte contre les résistances au changement n'est pas respecté et les phases de deuil non abouties. La communication du cadre ne peut donc pas être optimum dans ces conditions.

Cette notion du temps est présente dans tous les discours individuellement et par binôme. Les phases de projet sont bien identifiées par les cadres du fait même de leur fonction souvent de chef de projet, mais le respect de ces phases et de leur temporalité est souvent réclamé par les soignants. Dans le binôme 1 le S1 est très attaché au respect du calendrier perçu sans doute comme quelque chose de rassurant, alors que le C1 est plus fixé sur la réalisation des objectifs. Dans les binômes 2 et 3 les cadres parlent essentiellement de la phase d'évaluation alors que les soignants sont soit dans le regret d'être arrivé après la phase d'annonce (S3) soit du manque de temps ou d'étapes. Or, ce respect des étapes souligné par Boutinet est un gage de réussite d'un projet et d'adhésion des équipes. La construction d'un projet passe par le respect d'une méthode. Et c'est à travers cette méthode constituée de phases que vient s'inscrire une communication claire et adaptée.

L'étape de l'annonce souvent évoquée par les soignants semble très importante pour eux et peu exprimée par les cadres. Pourtant lors de cette étape de l'annonce, la communication du cadre permet de lever toute ambiguïté et flous perçus comme barrage potentiel à la clarté d'un message autour d'un projet. Or, comme souligne Anzieu (2013), plus on est clair moins il y a de place à l'interprétation et à la méfiance.

L'autre élément important de cette étude c'est que le changement implique son inverse « la résistance au changement », élément retrouvé dans le cadre conceptuel et ici verbalisé, conscientisé par les cadres qui en font un préalable, une donnée qu'ils intègrent à leur management et donc à leur communication. Cette peur du changement est exprimée par tous les binômes que ce soit par crainte du changement, de bouleversement des habitudes ou d'un sentiment de perte, cette résistance altère l'information transmise par le cadre. Le cadre doit communiquer pour rassurer, éclairer, écouter les interrogations et l'anxiété. Le cadre s'inscrit dans une temporalité qui doit prendre en compte la capacité des équipes à progresser dans leur cheminement psychologique d'intégration du projet.

Ceci dit, le cadre lui-même peut-être sujet à une résistance s'il n'adhère pas aux idées du projet, si ce n'est pas clair pour lui-même et s'il n'est pas congruent lors de sa prise de parole publique (retrouvé dans le binôme 1). Son langage verbal et non verbal risque alors de laisser transparaître des signes de méfiance, de doutes qu'interpréteront à leur guise ses interlocuteurs.

Enfin, on peut mettre en parallèle deux idées exprimées de manière différentes en fonction des cadres et des soignants, à savoir « les projets imposés » et « être acteur du projet ». Le fait que le projet soit ressenti comme imposé par les soignants entraîne une résistance de leur part, alors que dans le binôme 1 où le soignant a été incorporé rapidement au projet, le sentiment d'être acteur du projet favorise l'adhésion au projet. Le travail du cadre sera justement d'incorporer le plus tôt possible les soignants au projet. Mais pour pouvoir adhérer au projet les équipes doivent en retirer un bénéfice sous forme de gain capable de compenser les pertes. La communication du cadre autour du projet doit alors être claire, au sens de transparente, avec les points positifs comme les points négatifs afin d'éviter un sentiment de trahison qui sera délétère lors d'une future conduite de projet avec cette même équipe.

Cette première hypothèse, sur la clarté des informations transmises par le cadre autour du projet comme facilitant l'adhésion des équipes, est conditionnée par le respect des phases inhérentes à tout projet. Car même une communication claire dans une mauvaise temporalité ne peut avoir l'effet escompté. Une communication claire ne saurait à elle seule faire adhérer une équipe à un projet mais elle en facilite l'adhésion lorsqu'elle est utilisée dans le bon contexte et au bon moment.

Au regard de cette analyse on peut donc confirmer la première hypothèse comme quoi la clarté des informations transmises par le cadre autour du projet facilite son adhésion par l'équipe.

Intéressons nous maintenant à la deuxième hypothèse formulée de la sorte :

- Les moyens de communication utilisés par le cadre facilitent l'adhésion de l'équipe au projet.

C'est parce que l'on ne perçoit pas tous la même signification, compréhension d'un message que le moyen de communication utilisé par le cadre à toute son importance. Certains cadres interrogés, conscients de cette difficulté, expliquent devoir réitérer l'objectif du projet afin de garder le cap et imprégner les esprits des soignants. L'oralité est le mode de communication le plus usité et souhaité dans tous les binômes même s'il se dégage des spécificités. Ainsi, la réunion d'équipe est le moyen de communication le plus choisi. Pour autant, on observe des différences entre cadres et soignants. Les soignants sont très demandeur de réunions pour répondre à leurs questions, leurs inquiétudes, leurs angoisses. L'effet de groupe peut-être sécurisant pour certains mais taire la parole des plus discrets. Dans une réunion se joue également le non-verbal du groupe mais également du cadre. Les postures, la proxémie le paraverbal sont autant d'éléments pouvant parasiter le message du cadre. Dans le groupe enfin se joue des jeux de pouvoir avec la présence de leaders et des influences réciproques. Le besoin de réunions multiples exprimé par certains soignants comme le S4 peut être signe d'un mal-être et le symptôme d'une résistance. Se pose alors la question des limites de ce moyen de communication verbalisées par nombre de cadres et notamment le C1 et C2 pour qui des réunions trop abondantes deviennent stériles et sans effet sur l'adhésion de l'équipe au projet. On peut même pousser notre raisonnement jusqu'à se demander si l'absence de réunions signifierait absence d'adhésion ? Sans être aussi catégorique c'est pourtant cette idée que tend

à exprimer le cadre 2 « *d'un autre côté dire qu'on va ne faire que du travail en groupe je pense que ça ne marche pas non plus (C2, L.112) ».*

Les autres cadres expliquent de leur côté réaliser un travail de communication en amont sur un mode individuel et informel. Ce moyen de communication individuel permet d'une part, pour le cadre de repérer les personnes les plus résistantes au changement mais également les personnes ressources. Cela permet d'autre part, pour le cadre, de diffuser, distiller des informations en préparation de la réunion officielle. Cette communication en amont prépare psychologiquement les soignants au thème de la réunion. Ils arrivent alors à la première réunion en ayant déjà cheminé vers le changement. Le moyen de communication oral individuel permet également au cadre de vérifier la bonne compréhension du message qu'il veut faire passer. Il peut alors utiliser la reformulation et l'écoute active chose qui semble difficile en groupe.

Enfin, il faut respecter la pluralité, la singularité et les particularités de chacun. Le cadre ne peut se passer d'écrits, ne serait-ce que pour les comptes-rendus de réunions. Ces écrits sont un moyen de poser les choses dites oralement et donc une deuxième lecture sur un autre mode de communication. Ce qui a pu être mal compris oralement le sera peut être mieux par écrit. Ces écrits sont également un moyen de laisser des traces sur l'avancée des projets et ainsi vaincre les résistances dont la tendance naturelle amène inexorablement à retourner en arrière. Les moyens de communication du cadre peuvent donc être amenés à varier en fonction du moment, des personnes, des messages à faire passer. Ils deviennent alors un véritable outil managérial.

A la lumière de cette analyse il apparaît que l'on peut confirmer l'hypothèse selon laquelle, les moyens de communication utilisés par le cadre facilitent l'adhésion de l'équipe au projet.

Ce travail nous a permis dans un premier temps d'apporter une réponse à nos deux hypothèses posées initialement. En l'occurrence, notre analyse nous a conduit à les confirmer toutes les deux. Nous allons maintenant tenter de répondre, dans le cadre de cette étude, à notre question de recherche que nous rappelons ici :

« En quoi la communication du cadre de santé peut-elle faciliter une meilleure adhésion des équipes soignantes lors de la mise en place d'un projet ? »

A travers l'étude de nos deux hypothèses des éléments sont de ce fait venus apporter des éléments de réponses à notre question de recherche. En effet, il apparaît que la clarté du message du cadre envers son équipe dans une conduite de projet est essentielle pour les faire adhérer. Cette clarté comme nous l'avons vu n'est pas si facile à atteindre même si elle est souhaitée par le cadre. Une communication claire sur les objectifs à atteindre, sur l'impact positif et négatif du projet dans le quotidien des équipes, sur le calendrier est nécessaire.

La communication du cadre doit s'adresser à tous et pour cela il doit adapter ses moyens de communication. Les réunions sont nécessaires mais parfois ne suffisent pas ou ne conviennent pas à certains d'où l'importance de s'adapter et de changer de mode de communication. De plus, qu'est-ce qu'une réunion ? Un espace de travail où tout le monde échange ou un lieu d'information ? Qu'est-ce qu'une réunion où on nous apporte un projet tout fait ? Cela pose peut-être une autre question à savoir quelle place on donne aux soignants pour s'approprier les projets et le laisser devenir acteur ? Dans certains cas, une communication individuelle peut alors être souhaitée et souhaitable.

Les mots utilisés, le vocabulaire employé, la distance physique, le non verbal sont autant d'éléments dont le cadre doit tenir compte dans une relation de communication afin de s'accorder sur l'univers symbolique (culture, histoire...) de son interlocuteur. Dans une relation de communication individuelle le cadre instaurera alors une relation de confiance pour vaincre la résistance au changement et ainsi espérer faire adhérer le soignant au projet en le rendant idéalement acteur du projet.

Dans sa communication le cadre doit aussi faire des choix stratégiques. Le choix du moyen de communication est essentiel à toutes les étapes de la conduite de projet. Orale, écrite, informelle, individuelle, tous les moyens de communication peuvent être utilisés mais pas n'importe comment et n'importe quand. Le cadre doit être conscient de sa communication et s'en servir comme un outil de management capable de fédérer son équipe autour d'un projet.

De plus, la communication du cadre peut faciliter l'adhésion de son équipe à un projet si elle s'inscrit dans la durée et la régularité. Cela implique une présence cadre tout au long de la

conduite de projet or dans un contexte budgétaire restreint et de tâches multiples du cadre, ce manque de présence cadre est souvent déplorée par les équipes.

Comme nous l'avons vu le cadre doit respecter la temporalité inhérente au changement. Un temps nécessaire pour permettre à chacun d'avancer à son rythme dans son processus d'acceptation du changement et donc d'adhésion au projet. Néanmoins, cette temporalité psychique des soignants est souvent confrontée à la temporalité fonctionnelle et imposée du cadre via sa hiérarchie.

Enfin, la résistance au changement est un processus naturel en lien avec un sentiment de perte, de peur. Ce changement est d'autant plus accepté par l'équipe si le cadre réussit à traduire ce changement en termes de gains. Là encore le contexte actuel de rationalisation des soins et de maîtrise budgétaire laisse à penser que tout changement et donc tout projet se concrétisera pour les équipes soignantes par une perte sans contrepartie. Un défi parfois difficile à relever pour le cadre en raison des préjugés des soignants face aux projets multiples souvent synonyme pour eux de sacrifices.

6 Conclusion

Pour effectuer ce travail d'initiation à la recherche je suis parti de mon expérience de terrain d'infirmier de liaison aux urgences psychiatriques puis de faisant fonction cadre de santé dans une MAS. Dans ces deux fonctions j'ai eu l'opportunité de réaliser une conduite de projet. La première s'est parfaitement déroulée alors que la deuxième a été mal menée et non encore aboutie lors de mon départ à l'école des cadres. Pourquoi ai-je facilement réussi cette conduite de projet dans le premier cas et pas dans le deuxième ? Conscient que ma communication a été et est un élément important de ma réussite dans ma première expérience pourquoi cet atout n'a-t-il pas fonctionné dans ma deuxième situation ? Dans ces 2 situations les contextes étaient différents, les lieux, les personnes et avec eux leurs cultures, leurs histoires, leurs valeurs. Pour ma part j'étais dans un autre état d'esprit, dans une fonction différente et dans un autre projet. Tous ces éléments font maintenant écho et donnent un sens à mes anciennes approches en termes de communication.

Le questionnement qui a été le mien tout au long de ce travail de recherche avait pour but de m'apporter une réflexion autour de la communication du cadre de santé dans une conduite de projet. Est-ce que cette communication est un outil du cadre facilitant l'adhésion des équipes au projet ? Quelles en sont ses mécanismes ? Est-ce que l'on peut déduire de cette recherche des principes généraux transposables dans ma future fonction ? Tout ce travail de recherche m'a appris en premier lieu une méthode, il m'a amené à développer une réflexivité sur mes propres pratiques, à m'enrichir de lectures et m'ouvrir sur d'autres approches. Je suis parti avec des certitudes, je suis arrivé à ce stade de mon travail avec plein de doutes et un sentiment d'inachevé de ne pas avoir exploré toute les pistes possibles capable de répondre à mes interrogations.

Cependant, à la lumière de ce premier travail d'initiation à la recherche j'ai pu d'une part vérifier la pertinence de mes deux hypothèses et d'autre part apporter des éléments de réponses à ma question de recherche.

6.1 Pertinence des hypothèses :

La première hypothèse formulée autour de la clarté des informations transmises par les cadres comme moyen facilitateur d'adhésion de l'équipe au projet, m'est apparue en premier car évidente pour moi. Pourtant, j'ignorais exactement ce qui se jouait derrière ce mot de clarté et c'est ce qui a rendu ce travail d'autant plus intéressant. Avoir un discours clair paraît en effet tellement normal, mais normal pour qui et pourquoi ?

La question du pourquoi m'a conduit à explorer le concept de la résistance au changement. Car le premier constat que j'ai pu faire aussi bien dans mes lectures que sur le terrain, c'est que la communication permet avant tout de lutter contre la résistance au changement. Cette résistance est en lien avec une peur naturelle mais pouvant être apprivoisée et stimulante si le dit changement s'opère dans des conditions favorables. C'est alors qu'apparaît tout le travail du cadre qui va s'employer à formuler auprès des soignants une communication qui se veut à priori claire pour lui. Or, comme nous l'avons vu ce qui est clair pour lui ne l'est pas forcément pour les autres. Le cadre théorique ainsi que les enquêtes de terrain ont montré combien le discours était emprunt d'interprétation en fonction de mécanismes psychologiques, d'effets de groupe, de notre univers symbolique. La différence de perception de la clarté du projet dans le binôme 4 illustre parfaitement ces propos. Entre un cadre méthodique, très communicant à travers des réunions d'information multiples et un soignant perdu dans la masse d'informations transmises, la clarté du message n'est pas toujours réciproque.

De plus, la résistance au changement est liée au sentiment de perte et ne trouve donc une issue favorable qu'à la condition d'avoir un sentiment de gain capable de venir contrebalancer cette perte. Dans les entretiens, les soignants expriment clairement l'idée du changement négatif car synonyme de restriction de personnel, de perte de repères... La communication du cadre se doit d'être claire et transparente même si cela se traduit par un sentiment de sacrifice. L'approche du cadre 3 me paraît en cela très intéressante et sans doute pas assez exploitée lors de ce travail de recherche. Ce cadre met en avant l'intérêt du patient comme moteur du projet et donc bénéficiaire de ce changement. Car s'il faut qu'il y ait un gain pour que le changement s'opère dans de bonnes conditions, ce gain peut être ressenti par le soignant via l'intérêt du patient. Cette approche et cette authenticité du cadre donne à réfléchir sur la manière de travailler un projet parfois perçu à première vue comme négatif pour les équipes soignantes.

L'autre élément majeur qui me fait dire que le choix de cette hypothèse sur la clarté de l'information transmise était opportune se retrouve à travers les apports autour du concept du « projet ». L'enquête de terrain rejoint en cela les apports théoriques sur ce sujet. La conduite de projet doit respecter, une temporalité, une méthode qui est à la fois cadrante et rassurante tant par le cadre que par les soignants interrogés. Ce constat se retrouve dans tous les binômes. C'est dans le respect de cette méthode constituée de phases que la communication claire devient opérante et facilitatrice d'adhésion. Une communication autour d'un projet ne peut être claire que si le projet lui-même est clair et non emprunt d'ambiguïté.

Concernant l'autre hypothèse, comme quoi les moyens de communication utilisés par le cadre facilitent l'adhésion de l'équipe au projet, cette deuxième hypothèse s'est imposée à moi en croisant mes lectures avec mes expériences. En effet, dans une relation de communication on est amené régulièrement à changer de moyen de communication. Qu'est-ce qui change dans une communication de groupe ou individuelle ? Pourquoi plus choisir l'écrit à certains moments que l'oral ? Quand je ne parle plus, est-ce que je communique ? Ce sont ces questions que j'avais envie d'aborder afin de m'apporter des éléments de réponses transposables dans ma future fonction. Faire de ce moyen de communication un outil réfléchi et non le fruit du hasard.

Au regard du thème de mon sujet, mes lectures m'ont amené à travailler sur la communication en générale. Ce thème est très vaste et oblige à faire des choix parfois frustrant mais nécessaire dans un travail de recherche. J'ai décidé d'investiguer le champ psychosocial même s'il aurait été intéressant d'aller observer d'autres disciplines évoquant ce thème. Il ressort de mes lectures et de mon enquête plusieurs pistes de réflexion intéressantes.

Premièrement, comme l'expliquent les auteurs, la perception du contenu d'une information, d'un message diffère en fonction du moyen de communication utilisé. Les cadres interrogés utilisent une large palette de moyens de communication mais pas n'importe quand et pas n'importe comment. Le moyen de communication utilisé va influencer sur le fond et sur la forme le message transmis. Dans une communication individuelle se jouera une dimension émotionnelle plus importante, la parole sera plus aisée, l'écoute plus active alors que dans une réunion de groupe la parole est plus diffuse, sujette à interprétation et aux jeux de rôle. Le choix du moyen de communication dépend ainsi du message que le cadre veut faire passer mais aussi de l'outil avec lequel il se sent le plus à l'aise.

Dans l'entretien auprès du cadre 2, ce dernier explique ne pas faire trop de réunions car sans doute peu à l'aise avec ce moyen de communication alors que du côté soignant ce type de moyen de communication peut être très demandé comme la S4. Comme nous l'avons étudié dans notre phase conceptuelle le non-verbale s'exprime en permanence malgré nous. Une mauvaise maîtrise du moyen de communication utilisé par le cadre se traduira par une absence de congruence entre le discours du cadre et ce qu'il laisse paraître. In fine, il ressortira de cet échange une communication peu claire ce qui fait alors le lien avec notre première hypothèse.

6.2 Les limites de ma recherche :

Le choix de ces deux hypothèses a été opportun dans la mesure où j'ai pu faire des liens entre mes concepts et mon enquête de terrain. D'autres hypothèses auraient été tout autant légitimes et m'auraient certainement amené à aborder différemment certaines parties de mon travail. La question de la temporalité par exemple m'a longtemps intéressé. J'ai choisi de l'évoquer à travers mes hypothèses mais elle aurait pu faire l'objet d'une seule hypothèse.

Le fait de diversifier la population soignante interrogée du point de vue des métiers m'a semblé une bonne idée et n'a pas entraîné de difficultés particulières mais au contraire une meilleure représentativité. Par contre, l'étude par binôme engendre une analyse croisée plus complexe avec le sentiment de ne pas tout balayer et de perte d'informations. Cette étude par binôme a également des limites du fait même de l'absence de binôme sur certains items non exprimés de part et d'autre. Ce constat rapide m'a obligé à faire parfois une deuxième analyse individuelle pour tenir compte des singularités.

Ma volonté de vouloir prendre en compte la taille des structures n'a pas pu être assez mise en exergue dans mon travail sans doute du fait de mon guide d'entretien pas forcément orienté sur cette thématique. Certains éléments ont quand même été pris en compte et ont pu faire l'objet d'analyse mais à la marge.

6.3 Projection en tant que cadre :

Mon objectif premier en choisissant ce thème de la communication du cadre dans une démarche de projet était de pouvoir m'apporter un autre regard sur ma communication en tant que futur cadre. Je voulais avant tout comprendre les mécanismes, les forces mais également les limites de cette communication. De cette recherche est ressortis plusieurs enseignements transposables dans ma future fonction.

Le premier enseignement est en lien avec une meilleure compréhension des mécanismes de résistance au changement. Face au changement les réactions sont différentes d'un individu à l'autre. Le changement fait peur mais il peut être stimulant. Avoir dans une équipe une personne ou deux résistantes au changement invite le cadre que je serais à se questionner, s'expliquer, s'engager et communiquer. Cette résistance bien, canalisée, bien gérée et accompagnée peut alors devenir génératrice d'une dynamique d'équipe.

Un projet c'est avant tout une méthode à respecter, une temporalité et une communication qui vise vers l'adhésion du plus grand nombre. Ce projet doit être porté par le cadre. Il doit donc être clairement défini, amené avec douceur à travers des moyens de communication adaptés aux contextes et aux personnes.

Ma communication en tant que cadre dans une conduite de projet sera exempte de toute ambiguïté. Elle devra donner envie d'adhérer au projet, pourtant quoi de plus difficile que de porter un projet parfois controversé par les équipes elle-même. Mais c'est oublier que chaque projet a une bonne raison d'être et mon travail de cadre sera justement d'en extirper l'aspect positif en le mettant en lumière que ce soit pour le soignant directement ou indirectement via la collectivité, l'établissement, l'équipe ou bien le patient. Avoir un discours clair c'est pour moi responsabiliser les équipes et oser mettre des mots sur des évidences.

Demander à des équipes d'adhérer à un projet c'est aussi leur donner leur place dans ce projet en les rendant acteur. Un projet ressenti comme imposé, sans discussion possible, est mal vécu par les équipes. Comment adhérer, c'est-à-dire être en accord avec l'objectif à atteindre quand celui-ci vous est imposé ? On touche là les limites d'une communication du cadre réussie autour d'une conduite de projet. Lorsqu'il n'y a pas de marge de négociation, d'espace de réflexion et de souplesse, le discours du cadre même positif risque de ne pas rencontrer

d'adhésion. Comment le cadre peut alors rester authentique dans sa communication sans risquer de glisser dans une certaine manipulation afin d'obtenir une adhésion à minima ?

7 Glossaire

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CS : Cadre de Santé

CUR : Centre d'Urgences et de Réanimation

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'ETAT

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

PECS : Picture, Echange, Communication, Système

RH : Ressources Humaines

8 Liste de références bibliographiques

8.1 ouvrages

- Abric, J.-C. (2003). *Psychologie de la communication. Theories et Methodes*. Paris: Editions Armand Colin.
- Anzieu, d., & Martin Jacques-Yves. (2013). *La dynamique des groupes restreints* (2ème édition). Quadrige.
- Bardin, I. (2001). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France (PUF).
- Boutinet, J.-P. (2003). *Anthropologie du projet*, 7ème édition, Presses Universitaires de France, Paris.
- Boutinet, J.-P. (2004). *psychologie des conduites a projet*. Paris
- Caillé, S. (2011). *De changement en changement: Changer sans s'épuiser, faire changer sans s'énerver*. Paris: Eyrolles.
- Carton, G.-D. (2006). *Eloge du changement : Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*. Paris : Village Mondial.
- Chaudron, D. (2003). *Organiser le changement : Les Clés de la réussite*. Saint-Denis La Plaine: Association Française de Normalisation.
- Crozier, M. (1994). *La société bloquée*. Paris: Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Seuil.
- Drecq, V. (2014). *Pratiques de management de projet : 40 outils et techniques pour prendre la bonne décision*. Paris: Dunod.
- Giroux, N. (2000). *La communication dans la «réorganisation» des fusions-acquisitions. Communication. Information médias théories pratiques*.

- Hall E.T. (1971). *La Dimension cachée*. Paris: Seuil.
- Kubler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Geneve: labor et fides.
- Kerson & Rosemary Huang, Yi Jing (1993), Le sens originel du « Livre des mutations », Editions Dangles, St-Jean-de-Braye,.
- Martin J-C. (1999). *Le guide de la communication*. Paris, Marabout
- Merleau-Ponty, M. (1960). *Signes*. - Paris: Gallimard (1960). 438 S. 8°. Gallimard.
- Mintzberg, H. (1997). *le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*. paris: organisation.
- Ortega, L. L.-, Leroy, F., Garrette, B., & Dussauge, P. (2013). *Strategor - 6e édition : Toute la stratégie d'entreprise (6e édition)*. Dunod.
- Pain. A. (2003). *l'ingénierie de la formation* . L'Harmatant.
- Pierson, M.-L. (2003). *L'Intelligence relationnelle (Nouvelle)*. Paris: Editions d'Organisation.
- Raynal, S. (2003). *le management par projets. approche strategique du changement, 3e edition*. paris: organisation.
- Sauret, J.-M. (2003). *le management post-moderne : comprendre - concevoir - communiquer*. Paris: L'Harmattan.
- Teneau, G., & Pesqueux, Y. (2005). *La résistance au changement organisationnel: perspectives sociocognitives*. L'Harmattan.
- Thevenet, M. (2010). *La culture d'entreprise*. Paris: Presses Universitaires de France (PUF).
- Thevenet, M. (2004). *le plaisir de travailler : favoriser l'implication des personnes*. Paris: Editions d'Organisation groupe Eyrolles.
- Wallon H. (1960). *L'Evolution psychologique de l'enfant*. Paris: Armand Colin.

- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. D. (1979). *une logique de la communication*. Paris: Seuil.

8.2 Revues :

- Boutinet, J.-P. (2006). Intérêt et limite du management, Soins cadre n°57

8.3 Notes de cours :

- Parmentier C. (2016). Notes de cours : Management d'un projet par phases. IFCS
CHU Rennes 2 : 15 novembre 2016.

8.4 Pages web :

- Larousse, É. (s. d.). Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse.
Consulté à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>
- LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, 91-748 (1991).
Consulté à l'adresse : www.littre.org
- Centre nationale de ressources textuelles et lexicales : Académie 9. (s. d.). Consulté à
l'adresse : <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/renvoi.exe>

9 Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Mon expérience professionnelle.....	2
1.2	Question de départ	6
1.3	Ma réflexion	6
1.4	Entretien exploratoire	9
1.5	Question de recherche	10
1.6	Hypothèses.....	10
2	Le cadre conceptuel.....	11
2.1	La communication.....	11
2.1.1	Définition.....	11
2.1.2	La clarté du message	12
2.1.3	Le sens des mots	13
2.1.4	La communication non verbale	14
2.1.5	La communication dans un système	15
2.1.6	L'interprétation psychologique du message	17
2.2	Le changement	17
2.2.1	Définition.....	17
2.2.2	La résistance au changement	18
2.2.3	Le changement dans un système	20
2.3	Le projet	21
2.3.1	Définition.....	21
2.3.2	Phases d'un projet.....	22
2.3.3	Objectifs d'un projet	22
2.3.4	Le projet dans l'hôpital.....	23
2.3.5	Le projet dans le système.....	24
2.4	Cadre de santé	24
2.4.1	Cadre législatif et enquête gouvernementale.....	24
2.4.2	Le cadre selon Mintzberg	25
2.5	Adhésion ou implication ?	25
3	La méthodologie.....	28
3.1	Choix de la population	28
3.2	Choix de l'outil.....	29
3.2.1	L'entretien semi directif	29
3.2.2	La guide d'entretien	29
3.3	L'entretien.....	30
4	L'analyse et l'interprétation des résultats.....	31
4.1	Analyse de la méthode.....	31
4.2	L'analyse du contenu	32
4.2.1	Analyse des déterminants sociaux	32

4.2.2	La clarté du projet facilitateur d'adhésion	34
4.2.3	Les motifs de la résistance au changement	40
4.2.4	Condition d'acceptation du changement.....	46
5	Synthèse.....	59
6	Conclusion	66
6.1	Pertinence des hypothèses :.....	67
6.2	Les limites de ma recherche :.....	69
6.3	Projection en tant que cadre :	70
7	Glossaire	72
8	Liste de références bibliographiques	73
8.1	ouvrages.....	73
8.2	Revue :.....	75
8.3	Notes de cours :.....	75
8.4	Pages web :.....	75
9	Table des matières.....	76

Titre du mémoire

**Une communication réfléchie pour un
projet réussi**

Auteur : Laurent LAUNAY

Directeur de mémoire : Madame Sophie HUITOREL

Face au changement s'engage souvent une résistance. La peur de l'inconnu, la perte des repères, le changement des habitudes peuvent expliquer cette résistance. Chaque individu arrive avec sa propre culture, son histoire, ses valeurs son niveau intellectuel et ses représentations. Lors de la mise en place d'un projet dans une équipe soignante, le cadre de santé se trouve devant, non pas une, mais des résistances dans leur singularité. L'une des armes dont dispose le cadre pour permettre l'adhésion au projet repose sur sa communication. Ecrite, orale, individuelle, en groupe et même non verbale, ces moyens de communication sont tour à tour habilement et stratégiquement choisis par le cadre. Mais le plus bel orateur, ne peut rien faire si la conduite de projet ne respecte pas une méthode, une temporalité et une souplesse permettant d'intégrer les forces de proposition exprimées par l'équipe.

Mots clés : Communication, Cadre, Projet, Changement, Adhésion