

## **La prise en compte des aspects humains du changement dans le projet de gestion des lits du CHU de Liège**

**Auteur :** Sinon, Jonathan

**Promoteur(s) :** Piedboeuf, Vincent

**Faculté :** HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège

**Diplôme :** Master en sciences de gestion, à finalité spécialisée en management général (Horaire décalé)

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24655>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---



# **La prise en compte des aspects humains du changement dans le projet de gestion des lits du CHU de Liège**

Travail de fin d'études présenté par

**Jonathan SINON**

Promoteur :

Vincent PIEDBOEUF

en vue de l'obtention du diplôme de

Master en sciences de gestion, à finalité spécialisée  
en management général

Lectrices :

Margaux HERMANT

Laurence CARABIN

Année académique 2024/2025

## Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien, aux précieux conseils et au réel intérêt de mon promoteur  
Monsieur Vincent Piedboeuf

Sa disponibilité et son expertise ont été une aide indispensable à la réussite de ce travail, je tiens à le remercier chaleureusement

J'adresse à Mesdames Margaux Hermant et Laurence Carabin mes plus sincères remerciements pour le temps et l'attention qu'elles accorderont à la lecture et à l'évaluation de ce travail

Madame Geneviève Christiaens, Monsieur Eric Adam, Monsieur Marc de Paoli et Madame Delphine Gilman m'ont généreusement ouvert les portes de l'hôpital et partagé ouvertement informations et documents

Je leur adresse mes plus vifs remerciements pour m'avoir laissé la chance de me former en étudiant le cas du CHU, j'espère apporter quelques éléments dignes de leur intérêt managérial

Différents participants ont pris le temps de répondre en toute franchise à mes questions, confiant réflexions, ressentis, inquiétudes et parfois émotions

Je leur exprime ma sincère gratitude

## Table des matières

<b>I. Introduction .....</b>	<b>1</b>
Préambule .....	1
Le projet et son contexte .....	2
Le financement des hôpitaux en Belgique .....	2
Amélioration de l'efficience hospitalière du CHU dans le cadre du BMF .....	3
La gouvernance par les pairs dans les structures hospitalières .....	5
Contexte de la pénurie infirmière en Belgique et au CHU de Liège.....	6
<b>II. Ancrage théorique .....</b>	<b>7</b>
Revue de littérature .....	7
Freins et résistances observés .....	7
Facteurs favorisant l'adhésion et l'appropriation du changement.....	8
Spécificités et apports divergents .....	10
Conclusions.....	11
Utilisation d'un outil supplémentaire : les neurosciences .....	14
Construction d'une grille d'analyse : un outil de diagnostic .....	16
Mise en perspective du projet .....	26
<b>III. Analyse empirique.....</b>	<b>28</b>
Méthodologie de la collecte de données .....	28
Résultats et analyse de l'étude empirique.....	29
Discussion des résultats .....	41
Conclusion .....	45
<b>IV. Actions correctrices possibles.....</b>	<b>46</b>
Un modèle en trois dimensions : le modèle C.A.R. .....	46
Clarté : .....	47
Autonomie : .....	47
Renforcement .....	48
Proposition de plan d'action concret : .....	48
Niveau stratégique : .....	48
Niveau tactique : .....	49
Niveau opérationnel : .....	50
Dernières recommandations : .....	51
Figures de référence dans les services .....	51
Informer n'est pas communiquer .....	52
Accompagner dès la conception et après la livraison .....	52
<b>V. Synthèse et conclusion.....</b>	<b>53</b>
Résumé substantiel .....	53
Les raisons du changement et leur contexte.....	53
Repères proposés par la littérature.....	53
Un outil de diagnostic : les neurosciences.....	54
Étude terrain .....	54
Interprétation et discussion des résultats.....	56
Plan d'action .....	56
Limites du travail.....	57
Conclusion .....	58

## Référence des tableaux

TABLEAU 1: SYNTHESE DES ARTICLES DE LA REVUE DE LITTERATURE .....	12
TABLEAU 2 : SYNTHESE TRANSVERSALE DES RESISTANCES .....	13
TABLEAU 3 : SYNTHESE TRANSVERSALE DES FACTEURS DE REUSSITE.....	13
TABLEAU 4 : GRILLE D'ANALYSE .....	15
TABLEAU 5: MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS DE L'ETUDE DE TERRAIN AVEC LA LITTERATURE.....	42

---

## I. Introduction

### Préambule

Le système de santé Belge traverse une période de mutation profonde, sous l'effet combiné des progrès technologiques, du vieillissement de la population et de contraintes budgétaires croissantes (Analyse MAHA de Belfius, 2024). Les hôpitaux sont amenés à concilier des exigences parfois contradictoires : améliorer la qualité et l'accessibilité des soins tout en optimisant l'usage des ressources.

Dans ce contexte, les projets de transformation organisationnelle se multiplient, portés par des objectifs légitimes d'efficacité et de pérennité financière. Pourtant, leur réussite dépend autant de la pertinence des solutions envisagées que de la capacité à obtenir l'adhésion des professionnels de terrain. Les recherches en gestion du changement et en neurosciences rappellent que les réactions humaines face à une transformation peuvent, si elles sont ignorées, freiner l'atteinte des résultats escomptés et fragiliser la dynamique future de l'organisation.

Pour comprendre dans quelle mesure le rôle essentiel de la gestion du changement est valorisé et appliqué dans les projets de transformation hospitalière, cette analyse a été proposée au CHU de Liège. L'Hôpital s'est montré enthousiaste dans le cadre d'un projet amené à évoluer et pour lequel les résistances se sont révélées être un frein. Il s'agira donc de comprendre, dans le projet de gestion des séjours et des lits du CHU, quelles sont les résistances rencontrées, quelles ont été les techniques mises en œuvre pour favoriser l'adhésion et le cas échéant, quelles actions correctrices peuvent être mises en œuvre. L'intention derrière ce travail est d'apporter, à travers un œil extérieur à l'institution, une contribution modeste mais réelle à cet acteur important du tissu social liégeois.

Dans les pages qui suivent, le projet de l'hôpital sera présenté dans son contexte global (I), celui du mode de financement des hôpitaux belges ainsi que quelques facteurs politiques et institutionnels.

Une revue de littérature (II) permettra ensuite de rendre compte de l'importance de l'adhésion des soignants dans divers projets du secteur des soins à travers le monde. Afin d'apporter un éclairage supplémentaire, une grille d'analyse sera construite sur base de la recherche en neuroscience, et servira d'outil de diagnostic dans le cadre de ce travail.

Dans la section suivante (III), une synthèse transversale dressera le bilan de dix interviews réalisées avec le personnel soignant et un cadre de direction de l'hôpital. Les propos des participants seront présentés de manière objectives et interprétés sous l'angle neuroscientifique.

Les résultats seront discutés (III) avant de proposer un plan de remédiation (IV).

Enfin, un résumé substantiel sera proposé avant de conclure (V).

## Le projet et son contexte

### Le financement des hôpitaux en Belgique

Le financement des hôpitaux est une matière vaste, complexe et évolutive. L'ambition de cette section est de dresser les grandes lignes du système actuel afin de situer le projet étudié dans son contexte financier. Deux textes en constituent les fondements juridiques principaux : l'arrêté royal du 25 avril 2002, qui définit les modalités techniques de financement, et la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins, qui en établit le cadre général.

#### Deux sources de financement principales

Parmi ces sources de financement, le Budget des Moyens Financiers (BMF) et la rétrocession (partielle) des honoraires des médecins constituent la majorité des revenus (respectivement 37 et 36%). S'y ajoutent d'autres revenus, tels que la facturation des produits pharmaceutiques (22%), les forfaits INAMI (4%), ainsi que, pour une part marginale du chiffre d'affaires, les suppléments de chambre ou produits accessoires (services non médicaux facturés par l'hôpital).

#### Les nombre de lits justifiés au centre du BMF

Le Budget des Moyens Financiers est une enveloppe budgétaire fermée répartie entre les différents hôpitaux selon les modalités fixées par le Roi. En 2025 cette enveloppe s'élève à 9,62 milliard d'euros pour l'ensemble des hôpitaux du pays (SPF Santé Publique, 2025).

Pour les hôpitaux généraux tels que le CHU, la clé de répartition repose en grande partie sur le nombre de lits justifiés. Celui-ci est estimé sur base de la durée moyenne de séjour attendue pour chaque pathologie, classifiée selon le système APR-DRG (All Patient Refined – Diagnosis Related Groups), auquel est associé un indice de gravité clinique, le SOI (Severity of Illness). La liste des DRG, les durées de séjour de référence et les critères de gravité sont régulièrement mis à jour par l'INAMI.

À titre illustratif, prenons le cas hypothétique d'un patient opéré pour une appendicite compliquée par une péritonite et un diabète. Cette situation correspond à un DRG spécifique, avec un SOI élevé, auquel l'administration associe une durée de séjour justifiée de 8 jours. Peu importe la durée réelle d'hospitalisation, l'hôpital se voit attribuer 8 jours justifiés pour le calcul du BMF. Si le patient quitte l'hôpital après 7 jours, l'établissement réalise donc une économie sur le plan financier, tout en conservant un financement complet pour le séjour.

#### Réforme en cours

Une réforme en profondeur du système de financement est actuellement à l'étude, à l'initiative du ministre fédéral de la Santé. Celle-ci viserait à remplacer le modèle actuel par un financement prospectif forfaitaire par pathologie, intégrant l'ensemble des coûts liés au séjour (infrastructure, personnel, honoraires, médicaments).

Ce projet soulève de nombreuses résistances, notamment au sein des professions médicales, et fait l'objet de discussions politiques en vue d'une possible mise en œuvre à l'horizon 2028.

## Amélioration de l'efficience hospitalière du CHU dans le cadre du BMF

### Avant 2014

L'introduction du concept de lits justifiés en 2002 a profondément modifié les modalités d'attribution du Budget des Moyens Financiers (BMF) aux hôpitaux belges. Ce changement a nécessité une révision en profondeur des pratiques internes de gestion hospitalière.

Selon Nancy Laport, qui analyse la situation du CHU de Liège dans sa thèse de doctorat en 2013, l'hôpital n'a pas anticipé cette réforme structurelle. Il en résulte une baisse progressive du nombre de lits justifiés, passant de 950,12 en 2003 à 835,67 en 2007 (Laport, 2013).

### Amélioration de la codification des séjours

La codification correcte des séjours est un levier crucial dans le calcul des lits justifiés. Chaque hospitalisation est reportée dans le Résumé Hospitalier Minimum (RHM), document médico-administratif anonymisé et codifié à partir des informations renseignées par les médecins, les infirmiers et d'autres intervenants, selon le système APR-DRG/SOI.

Pour améliorer sa performance dans ce domaine, le CHU a mis en place plusieurs initiatives : création d'indicateurs de suivi de la performance de codage, sensibilisation des médecins et des assistants à l'exhaustivité de la documentation clinique et meilleure connaissance des enjeux financiers liés au codage par les équipes médicales.

Grâce à cette stratégie, le nombre de lits justifiés a nettement augmenté. En 2012, ce nombre dépasse même celui des lits agréés, ce qui témoigne d'un renversement de tendance significatif (Laport, 2013).

### Diminution de la durée des séjours

En parallèle de l'augmentation du nombre de lits justifiés, le CHU de Liège a enregistré une réduction significative de la durée moyenne des séjours entre 2008 et 2012, plus rapide que dans la plupart des hôpitaux belges. En 2008, l'institution se classait 43e sur 112 hôpitaux ; en 2012, elle occupait la 34e place sur 105 (Laport, 2013).

Contrairement à l'amélioration du codage, cette évolution n'est pas attribuée à une sensibilisation des médecins, mais plutôt à une optimisation des processus internes, tels que : la distribution plus rapide des résultats d'examens de biologie clinique, la préparation de la sortie dès l'admission, en collaboration avec le service social et la réorganisation des flux d'attente pour les examens médicaux (Laport, 2013).

### De nouveaux objectifs en 2013

En 2013, sous l'impulsion du nouvel administrateur délégué Julien Compère, le CHU se fixe des objectifs ambitieux à l'horizon 2020. Parmi ceux-ci : ramener la durée moyenne des séjours à 6,43 jours (contre 7,2 en 2013) et augmenter le taux d'occupation des lits à 85 % (contre 83 % cette même année).

Pour atteindre ces cibles, deux projets structurants sont mis en œuvre : le projet CAP 10, qui vise à inscrire la maîtrise de la durée des séjours au cœur de la prise en charge hospitalière, et le projet CAP 11, centré sur l'amélioration de la gestion des flux de patients. Ces deux chantiers vont progressivement transformer les habitudes de travail des équipes soignantes.

Le projet CAP 10 repose sur l'idée que la durée du séjour ne peut plus être considérée comme une variable subie, mais doit être planifiée dès l'admission, en tenant compte du diagnostic, du traitement envisagé et des contraintes organisationnelles. Il s'agit de responsabiliser les équipes médicales en intégrant cette logique de durée dans leur pratique quotidienne, notamment en préparant la sortie du patient dès son arrivée, en favorisant les sorties en matinée, et en veillant à une communication fluide avec les familles autour de ces aspects.

Pour accompagner ces transformations, une nouvelle fonction est créée : celle de gestionnaire de séjour. Rattaché à la direction médicale, cet agent administratif assure la coordination logistique du parcours hospitalier du patient. Il planifie les examens et consultations, anticipe les démarches administratives de sortie, participe plusieurs fois par semaine aux réunions cliniques (tours de salle), assure la liaison avec les familles, et centralise les informations nécessaires aux équipes de codage du RHM. Sa fonction, en libérant du temps pour les équipes soignantes et en favorisant une meilleure communication interne, vise à améliorer la qualité globale de la prise en charge tout en optimisant le financement par le BMF.

En parallèle, le projet CAP 11 s'attaque à un autre enjeu majeur : la fluidité des transferts de patients au sein de l'institution. Il concerne à la fois les admissions programmées, les arrivées non planifiées en provenance des urgences, ainsi que les situations dites de "délocalisation", dans lesquelles un patient est hospitalisé dans une unité ne correspondant pas à sa pathologie faute de place dans l'unité adéquate. L'objectif est d'assurer que chaque patient soit pris en charge dans le service le plus pertinent, et dans le type de chambre souhaité, tout en tenant compte des contraintes logistiques et médicales.

Là aussi, une fonction nouvelle est introduite : celle de gestionnaire de lits. Cet agent recense les lits disponibles en temps réel, identifie les patients à transférer ou à rapatrier, et coordonne les mouvements internes pour une attribution optimale des ressources. Un projet pilote, mené sur deux sites du CHU, montre que le délai moyen de rapatriement d'un patient dans son unité mère est de 2,26 jours au Sart Tilman et de 1,56 jour à Notre-Dame des Bruyères. Forts de ces résultats, les responsables décident en 2015 de créer une cellule centralisée de gestion des hospitalisations, placée sous la direction médicale (chiffres communiqués par la direction médicale).

Cette nouvelle structure intègre alors trois pôles complémentaires : la gestion des flux de patients, assurée par les gestionnaires de lits ; l'optimisation des séjours, via les gestionnaires de séjour ; et la préparation des hospitalisations programmées, confiée à une équipe de pré-hospitalisation chargée d'anticiper à la fois les aspects médicaux et administratifs. L'ensemble vise à renforcer la fluidité des parcours, améliorer la qualité de la prise en charge, et maximiser les ressources disponibles.

Les bénéfices attendus sont multiples : harmonisation des circuits d'admission et de sortie, réduction de la durée moyenne de séjour, optimisation du codage et du nombre de lits justifiés, désengorgement des urgences dès le début de journée, et allègement de la charge de travail infirmière lors des admissions programmées. Au-delà des résultats quantitatifs, la centralisation des fonctions permet également de standardiser les pratiques, de renforcer la continuité des opérations en cas d'absence du personnel, et de professionnaliser la coordination hospitalière.

À partir de 2017, les différents services de médecine et de chirurgie sont progressivement intégrés dans ce nouveau mode de fonctionnement. Toutefois, la pandémie de Covid-19 survenue en 2020 freine le déploiement du projet et en complique le suivi opérationnel. La direction médicale poursuit actuellement sa réflexion, avec l'intention d'ouvrir une nouvelle phase de développement axée sur les périodes de tension aux urgences, notamment en hiver. Les objectifs restent les mêmes : fluidifier les transferts, recentrer les soignants sur leur mission première en déchargeant des tâches administratives, optimiser l'utilisation des ressources dans le cadre du financement par le BMF, et garantir un parcours hospitalier cohérent et efficient, au service de la qualité des soins.

## La gouvernance par les pairs dans les structures hospitalières

Le CHU de Liège se caractérise par une structure de gouvernance atypique, héritée de son statut d'hôpital universitaire public lié à l'Université de Liège. Cette organisation repose notamment sur l'arrêté royal 542 du 5 mars 1987 relatif aux centres hospitaliers universitaires, qui confère aux chefs de service une position hiérarchique particulière. Ceux-ci sont traditionnellement nommés par le conseil d'administration de l'hôpital, sur proposition du conseil médical, après consultation du conseil de service et sur base d'un projet de développement. Ils doivent également être membres du corps académique, ce qui renforce leur statut et leur autonomie au sein de l'institution.

Jusqu'en 2025, cette nomination à durée indéterminée, souvent assimilée à un mandat à vie, conférait aux chefs de service un pouvoir étendu, aussi bien en matière d'organisation clinique, de gestion d'équipe que de structuration budgétaire. L'administration hospitalière n'exerçait aucun lien hiérarchique direct sur les services médicaux, ce qui plaçait les directions médicale, financières ou logistiques dans une posture de coordination plutôt que de contrôle.

Face à ce déséquilibre de gouvernance, des tensions internes se sont multipliées, accentuées par des affaires disciplinaires impliquant plusieurs chefs de service, notamment en neurochirurgie et en dermatologie. Dans ce contexte, le Professeur Philippe Boxho, alors président du conseil d'administration, a publiquement défendu une réforme structurelle, déclarant dans un entretien : « Certains chefs de service se comportaient comme des seigneurs féodaux, et il était devenu presque impossible d'intervenir dans certains services » (V. Li, 2025).

En mai 2025, le conseil d'administration a adopté une réforme du statut des chefs de service, introduisant désormais un mandat limité dans le temps : une période initiale de quatre ans, suivie de renouvellements possibles tous les six ans, conditionnés à une évaluation formelle. Cette nouvelle structure s'applique directement à toute nouvelle nomination. Pour les titulaires en fonction au 1er janvier 2026, une période transitoire de dix ans a été instaurée. Cette réforme vise à rééquilibrer les pouvoirs internes, renforcer la transparence des pratiques, et aligner la gouvernance médicale avec les impératifs de performance, d'éthique et de responsabilité attendus d'un centre universitaire moderne.

Comme le montrent Pichault et Schoenaers (2003), les organisations à structure professionnelle, telles que les hôpitaux universitaires, relèvent d'une logique où la coordination repose sur l'expertise technique des opérateurs qualifiés, et non sur des rapports hiérarchiques formels. Dans ce type de configuration, décrite dès les années 1980 par Mintzberg, les règles de fonctionnement sont largement définies par les pairs eux-mêmes, selon un modèle d'autorégulation professionnelle. Cette structure donne lieu à une autonomie élevée des acteurs de terrain, en particulier des médecins spécialistes, et favorise une organisation basée sur l'accord plus que sur la contrainte.

Cette caractéristique est particulièrement marquée au CHU de Liège, où les chefs de service, historiquement nommés à vie, ont longtemps disposé d'un pouvoir décisionnel très étendu dans l'organisation du travail, la répartition des ressources, et la définition des pratiques cliniques. Leur légitimité ne repose pas sur leur position dans un organigramme, mais sur leur statut académique et sur la reconnaissance de leurs pairs. Ce pouvoir professionnel, bien qu'essentiel à l'excellence des soins, peut constituer un frein à la mise en œuvre de projets de transformation à l'échelle institutionnelle.

Dans un tel contexte, la direction hospitalière ne peut se contenter d'un modèle de conduite du changement vertical ou prescriptif. Toute réforme (qu'elle concerne la gestion des séjours, des lits ou encore l'optimisation du codage) doit être négociée en tenant compte des équilibres de pouvoir internes, des routines professionnelles bien ancrées, et des représentations collectives portées par les communautés médicales. Le succès d'un projet repose ainsi sur la capacité à

mobiliser ces acteurs clés, à construire des alliances durables, et à faire évoluer les pratiques dans une logique de co-construction et d'ajustement mutuel.

## Contexte de la pénurie infirmière en Belgique et au CHU de Liège

La pénurie d'infirmiers et d'infirmières constitue aujourd'hui l'un des défis majeurs du système hospitalier belge. Selon les données du SPF Santé publique (SPF Santé Publique, 2024), les hôpitaux devront faire face à un besoin de plus de 3 200 équivalents temps plein (ETP) entre 2018 et 2023, puis de 2 500 ETP supplémentaires entre 2023 et 2028. Ce déficit s'explique autant par une demande croissante que par un taux élevé de départs prématuress et une difficulté à fidéliser les jeunes diplômés.

Le mémoire de Sophie Cors (Cors Sophie, 2023) met en évidence les causes profondes de cette pénurie : une perte de sens liée à l'intensification des logiques gestionnaires, des conditions de travail éprouvantes, une reconnaissance institutionnelle insuffisante, ainsi qu'un décalage croissant entre la formation, les valeurs professionnelles et la réalité du terrain. Ces tensions contribuent à un désengagement progressif, alimentant un cercle vicieux de surcharge, d'absentéisme et de départs.

Cette situation nationale se manifeste de manière particulièrement aiguë au CHU de Liège. Comme le rapporte un article de la RTBF (Delvoye, 2025), le service des maladies infectieuses de l'hôpital a vu l'ensemble de son personnel infirmier remplacé depuis 2020. En conséquence, seuls 18 lits sur 30 peuvent être ouverts en régime normal, malgré une demande élevée. Des recrutements ont été opérés, mais ils font souvent appel à du personnel temporaire ou non spécialisé, ce qui complique la continuité des soins. Le chef de service, Frédéric Fripiat, souligne que l'équipe travaille dans des conditions qui ne permettent plus de garantir pleinement une médecine de proximité humaniste. L'infirmière en chef du service évoque quant à elle une baisse de 20 % des effectifs par rapport à la période pré-Covid, ce qui oblige à recourir à du personnel de remplacement non formé aux spécificités du service.

À l'échelle du pays, cette situation est appelée à s'aggraver, comme le note *Le Spécialiste* (Claes, 2023), qui évoque une pénurie « structurelle, ancienne, et appelée à s'intensifier ». Le vieillissement de la population soignante, combiné à une perte d'attractivité du métier, impose une réflexion en profondeur sur l'organisation du travail et les conditions d'exercice. Dans ce même article, le docteur Pierre Gillet, alors directeur médical du CHU, souligne les effets négatifs du rallongement des études en soins infirmiers et de l'application du barème IFIC. Pour toute démarche de transformation hospitalière, cette réalité humaine constitue une contrainte incontournable, tant pour la faisabilité que pour l'adhésion du personnel.

---

## II. Ancre théorique

### Revue de littérature

La transformation des organisations de soins s'accompagne rarement d'un consensus spontané. Qu'il s'agisse de réorganiser un service hospitalier, d'introduire un nouveau modèle de soins ou de déployer une approche qualité, chaque changement confronte inévitablement les équipes à des nouveautés qui peuvent susciter autant d'enthousiasme que de réticence. L'adhésion du personnel soignant devient alors un facteur déterminant de réussite, non seulement pour la mise en œuvre du projet, mais surtout pour son appropriation durable. Cette revue de littérature s'appuie sur un ensemble de douze articles issus de contextes variés du secteur de la santé. Ils se répartissent en trois grandes catégories : des études qualitatives qui analysent directement des situations de changement sur le terrain ; des revues de littérature qui synthétisent les connaissances existantes sur le sujet ; et des articles conceptuels ou théoriques qui proposent ou discutent de cadres d'analyse. L'objectif n'est pas de présenter ces travaux de manière isolée, mais de réaliser une lecture transversale afin de relever des freins et leviers liés à l'adhésion au changement. Les résultats permettent de dégager des pratiques communes mais aussi certaines approches originales qui ouvrent des pistes spécifiques pour gérer le volet humain du changement.

### Freins et résistances observés

La majorité des études empiriques de ce corpus mettent en évidence que l'absence de consultation réelle des équipes dans la conception du changement constitue un frein majeur à l'adhésion. Dans leur étude auprès de médecins, infirmiers et aides-soignants en Suède, Nilsen et al. (2020) montrent que de nombreux professionnels se sentent mis devant le fait accompli, ce qui alimente la perception d'un processus imposé de manière verticale. Cette dynamique de décision fragilise la confiance et réduit la volonté d'investir dans le projet. Le constat rejoint celui de Cheraghi et al. (2023), dont la revue intégrative, portant sur la profession infirmière à l'échelle internationale, souligne que le manque d'implication initiale nourrit une résistance parfois silencieuse mais persistante.

À ce déficit d'implication s'ajoute fréquemment une communication jugée insuffisante, floue ou tardive. Les études convergent sur l'idée que des messages incomplets ou mal relayés génèrent incertitude et rumeurs, ce qui freine l'adhésion. Joubert et al. (2024) dans leur enquête auprès de professionnels de services des Urgences sud-africaines, montrent comment des consignes mal expliquées sur l'implémentation d'un modèle de soins centrés sur la personne peuvent être perçues comme un obstacle supplémentaire dans un environnement déjà sous pression. Barrow & Annamaraju (2022), dans leur synthèse, confirment ce constat en soulignant que de nombreux échecs proviennent d'une communication descendante trop limitée et trop tardive. Les auteurs insistent sur le fait que l'information seule ne suffit pas : il faut instaurer un dialogue continu qui permette aux professionnels de poser des questions et de lever les zones d'incertitude. Mitchell (2013), dans un article guidant les professionnels de la santé sur le choix d'un cadre théorique, se range à cet avis. Selon lui de nombreux échecs tiennent moins à l'intensité des résistances qu'au fait que le changement est mené sans cadre théorique explicite ni stratégie de communication structurée, laissant les professionnels dans l'incertitude.

Un autre frein, moins souvent formulé explicitement mais perceptible dans plusieurs études, tient au manque de sens perçu du changement. Lorsque la réforme n'est pas clairement reliée aux valeurs professionnelles ou à une amélioration tangible du travail quotidien, elle peut être

vécue comme déconnectée de la réalité du terrain. Nilsen et al. (2020) relèvent que certains participants peinent à voir la pertinence de nouvelles procédures qu'ils estiment éloignées des besoins réels des patients. De même, Cheraghi et al. (2023) mettent en évidence que l'absence de clarté sur les objectifs ou l'impact attendu du changement alimente la résistance silencieuse. Grønvad et al. (2024), dans une étude qualitative menée au Danemark sur la mise en œuvre de réformes hospitalières, montrent que la menace perçue par les professionnels sur leur identité ou leurs pratiques est souvent due à un déficit de compréhension quant à la finalité positive du changement sur leur rôle ou leur mission.

La surcharge de travail apparaît également comme un frein récurrent, particulièrement lorsque le changement ne s'accompagne pas de moyens supplémentaires ou d'allègement. Dans les travaux menés par Merdinger-Rumpler & Nobre (2011) à partir d'exemples français de réorganisation hospitalière, certains soignants expriment que toute nouvelle procédure s'ajoute à une charge déjà lourde, sans adaptation des ressources. Ce ressenti est d'autant plus marqué dans des contextes de forte pression, comme les services d'urgence étudiés par Joubert et al. (2024), où le rythme de travail et l'urgence permanente laissent peu de marge pour intégrer de nouvelles pratiques.

Plusieurs travaux évoquent également un ancrage culturel et identitaire qui peut freiner l'adoption de nouvelles méthodes. À travers une exploration de la profession infirmière aux États-Unis, Clark (2013) analyse la résistance dans la profession comme le résultat de visions opposées du soin. L'auteure montre un véritable clivage entre héritage traditionnel et approches innovantes. Grønvad et al. (2024), en s'éloignant de la lecture binaire résistance vs adhésion, illustrent comment certains soignants adoptent des positions de retrait ou de prudence. Cette posture ne traduit pas un refus catégorique, mais plutôt un besoin de protéger leur identité professionnelle face à des transformations perçues comme intrusives.

Enfin, plusieurs études rappellent que l'incertitude sur les intentions ou la légitimité des initiateurs du changement nourrit la méfiance. Qu'elle soit fondée sur des expériences passées ou sur une perception actuelle, cette absence de confiance est un frein difficile à lever, car elle touche à la dimension relationnelle entre les porteurs du projet et le personnel concerné.

## Facteurs favorisant l'adhésion et l'appropriation du changement

Dans l'environnement spécifique qu'est un hôpital universitaire, il est nécessaire de rappeler la particularité mise en avant dans l'introduction par Pichault & Schoenaers (2003) : les médecins sont des opérateurs hautement qualifiés. Cette caractéristique implique un fort besoin d'autonomie et un rejet des instructions top-down. Dans un tel contexte, une démarche interprétative, fondée sur la construction de sens et la participation, s'avère plus propice à l'adhésion qu'une approche strictement planifiée et descendante. Un dosage reste toutefois nécessaire entre structuration et appropriation.

Cette distinction théorique trouve un écho concret dans les travaux empiriques : plusieurs recherches montrent en effet que l'adhésion s'accroît lorsque les soignants participent activement au processus de transformation. Nilsen et al. (2020), dont l'étude analyse notamment un projet d'amélioration des flux dans un hôpital, montrent qu'associer médecins, infirmiers et aides-soignants dès les premières étapes favorise un sentiment d'appropriation du projet et augmente la probabilité d'adhésion. Cette participation ne se limite pas à une consultation formelle, mais implique un véritable espace d'échange où les propositions des acteurs de terrain sont prises en compte dans les décisions finales.

Ce constat rejoint celui de Gordon & Pollack (2018), qui se sont penchés sur dix projets d'intégration de réseaux hospitaliers au Canada. Leur analyse montre que la seule logique de

gestion de projet ne suffit pas à garantir l'adhésion des professionnels. Les initiatives qui ont le mieux fonctionné sont celles où les responsables ont su combiner la rigueur de la planification avec des pratiques issues du change management, comme la communication continue et l'implication active des équipes dans la redéfinition des processus. L'intégration de ces deux approches s'est révélée décisive pour dépasser les résistances et favoriser une appropriation durable du projet.

La communication, lorsqu'elle est claire, répétée et adaptée aux différents interlocuteurs, constitue également un facteur déterminant. Cheraghi et al. (2023) soulignent que l'utilisation de canaux variés, combinée à un langage compréhensible pour chaque groupe professionnel, réduit l'incertitude et prévient les malentendus. Joubert et al. (2024) illustrent cette idée en contexte d'urgence : expliquer précisément les objectifs et modalités d'un nouveau modèle de soins permet de lever certaines résistances liées à la peur d'un impact négatif sur le rythme de travail. Dans leur approche, Barrow & Annamaraju (2022) mettent l'accent sur la nécessité d'aligner en permanence le projet avec la mission de soins, afin que les équipes y retrouvent du sens et un motif d'engagement. Ceux deux auteurs proposent un ensemble de bonnes pratiques de conduite du changement dans le secteur de la santé : développer une vision claire et partagée, créer une gouvernance qui inclut les parties prenantes, et soutenir les soignants par des formations et un leadership accessible.

Le leadership justement joue un rôle central dans la capacité à mobiliser les équipes autour du projet. Les travaux de Merdinger-Rumpler & Nobre (2011) montrent que des leaders visibles, capables de soutenir activement les équipes pendant la transition, renforcent la confiance et diminuent les tensions. Ce soutien ne se limite pas aux encouragements : il passe aussi par la présence régulière sur le terrain et par la résolution rapide des difficultés remontées. De même, Clark (2013) met en avant l'importance d'un leadership qui reconnaît les conflits ou divergences de vision comme des occasions d'apprentissage collectif, plutôt que comme des menaces à éliminer.

Plusieurs études insistent sur l'intérêt de former les équipes et de leur fournir les ressources nécessaires pour s'approprier les nouvelles pratiques. Cela peut prendre la forme de formations ciblées, comme dans l'étude de Joubert et al. (2024), ou d'un accompagnement progressif, comme le recommandent Cheraghi et al. (2023), afin de permettre à chacun de se sentir compétent et en confiance dans le nouveau cadre.

Un autre levier, moins souvent explicité mais présent en filigrane dans plusieurs travaux, consiste à reconnaître et valoriser les contributions des soignants tout au long du processus. Nilsen et al. (2020) y font allusion lorsqu'ils soulignent l'effet positif de l'intégration des propositions du terrain dans les décisions finales. Clark (2013) met en avant une reconnaissance plus indirecte, en considérant les divergences comme des ressources à exploiter. Zwaan et al. (2019), à travers la dimension Statuts du modèle SCARF, rappellent l'importance de préserver la valeur perçue et le rôle des professionnels. De même, Abuzied et al. (2023) illustrent cet esprit de valorisation par un cycle d'amélioration continue qui intègre systématiquement l'évaluation et le retour d'expérience dans l'ajustement des pratiques.

La planification progressive, avec des étapes clairement définies et des retours réguliers sur les avancées, est un levier souvent cité. Dans la recherche-intervention de Merdinger-Rumpler & Nobre (2011), cette structuration progressive a permis de maintenir la mobilisation dans la durée et de prévenir l'épuisement lié aux changements trop brusques. Grønvad et al. (2024) ajoutent que cette approche graduelle doit intégrer la reconnaissance des différentes "positions" que les professionnels peuvent adopter face au changement, afin de pouvoir ajuster le soutien et la communication à chaque profil.

Enfin, Gordon & Pollack (2018) insistent également sur deux enseignements pratiques essentiels. D'une part, les projets d'intégration les plus fluides sont ceux où la gestion du changement est introduite dès les premières étapes, et non comme un correctif une fois les difficultés apparues. Cette anticipation favorise la confiance et réduit les résistances ultérieures. D'autre part, les auteurs soulignent le décalage fréquent entre le cycle de vie des projets, qui s'achève avec la livraison technique, et celui du changement, qui se poursuit bien au-delà. Ne pas tenir compte de cette différence expose à laisser les équipes sans accompagnement au moment où elles en ont le plus besoin.

## Spécificités et apports divergents

Si des tendances communes se dégagent nettement en matière de freins et de leviers, certaines études offrent des éclairages originaux qui méritent d'être soulignés. L'approche proposée par Grønvad et al. (2024) se distingue par sa remise en question de la lecture binaire habituelle, opposant résistance et adhésion. En introduisant la notion de "positions subjectives" évolutives, elle invite à concevoir des stratégies de changement capables de s'adapter aux trajectoires individuelles des professionnels. Cette perspective nuance la vision classique et suggère que certaines postures de réserve peuvent évoluer positivement si elles sont reconnues et accompagnées avec tact.

L'analyse de Clark (2013) apporte un autre angle, en examinant la résistance dans la profession infirmière à travers le prisme de l'approche transdisciplinaire. L'auteur montre comment les tensions entre héritages professionnels et innovations peuvent se transformer en occasions de dialogue structuré, à condition que les différences soient perçues comme des ressources plutôt que comme des menaces. Cette vision dépasse la simple gestion des résistances pour envisager leur potentiel constructif.

L'étude de Gordon & Pollack (2018) illustre l'intérêt d'adapter les méthodes de gestion de projet aux spécificités du secteur de la santé. Leur étude de cas sur l'intégration des soins en Australie souligne que la rigidité des plans de déploiement peut nuire à l'adhésion, et que la flexibilité et la gouvernance collaborative offrent de meilleures chances de succès dans des environnements complexes et multi-acteurs.

L'article de Mitchell (2013) se distingue par son orientation méthodologique. L'auteur insiste sur l'importance de choisir un cadre théorique adapté au type de transformation visée. Par exemple, des approches structurées comme celle de Kotter conviennent mieux aux changements organisationnels de grande ampleur, nécessitant une mobilisation collective et une communication à grande échelle. À l'inverse, des modèles plus progressifs, tels que celui de Lippitt, permettent d'accompagner des évolutions limitées ou ciblées en soutenant les équipes étape par étape. Mitchell souligne ainsi qu'il n'existe pas de théorie universelle du changement, mais que la pertinence du modèle dépend du contexte, de l'ampleur de la réforme et du degré d'implication attendu des professionnels. Barrow et Annamaraju (2022) évoquent les mêmes cadres théoriques, adoptent une approche plus pragmatique : quel que soit le modèle choisi, l'essentiel est de mettre en œuvre un processus structuré, avec communication, leadership et soutien adapté, pour réduire la résistance et favoriser l'adhésion. En ce sens, leur position diffère de celle de Mitchell.

D'autres travaux, bien que moins centraux pour la question de l'adhésion, apportent des contributions ponctuelles. L'article d'Abuzied et al. (2023) est centrée sur le modèle FOCUS-PDSA, en vue de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans un hôpital saoudien. Il met en lumière l'intérêt d'une approche méthodique et cyclique pour améliorer les processus cliniques, mais il reste davantage orienté sur l'optimisation opérationnelle que sur les aspects humains. De même, l'article de Zwaan et al. (2019) explore le lien entre neuroleadership

et engagement au travail. Publiée en Afrique du Sud, elle propose notamment le modèle SCARF (Status, Certainty, Autonomy, Relatedness, Fairness). Ce cadre identifie cinq dimensions sociales qui influencent directement la motivation et la réaction au changement. Appliqué au contexte hospitalier, il rappelle l'importance de préserver le statut et la reconnaissance des soignants, de donner une vision claire et prévisible des étapes (Certainty), de leur laisser des marges de manœuvre (Autonomy), de renforcer la cohésion d'équipe (Relatedness) et de garantir l'équité perçue des mesures (Fairness). Même si l'étude ne porte pas sur un changement organisationnel concret, cet outil conceptuel peut aider à anticiper et réduire les menaces perçues, tout en soutenant l'engagement.

## Conclusions

La lecture transversale de ces onze études confirme que la réussite d'un changement dans le secteur des soins ne dépend pas uniquement de la pertinence du projet, mais repose largement sur la capacité à mobiliser l'adhésion des professionnels dès les premières étapes de sa conception et au-delà de sa livraison. Les constats convergent sur un point essentiel : l'absence de consultation réelle, la communication insuffisante, la perception du manque de légitimité de la réforme et la surcharge de travail constituent des freins puissants, capables de ralentir ou de compromettre l'appropriation des nouvelles pratiques. Ces résistances trouvent souvent leur origine dans un déficit de confiance ou dans la crainte d'une perte de repères professionnels.

En contrepoint, les leviers identifiés rappellent que l'adhésion se construit dans la durée et exige une combinaison d'actions complémentaires. L'implication précoce des acteurs, la clarté et la régularité de la communication, un leadership visible et soutenant, des ressources adaptées et une planification progressive sont autant de conditions qui favorisent la participation active et limitent l'usure psychologique liée au changement. Les approches plus originales, telles que la reconnaissance des différentes positions face au changement ou l'utilisation constructive des divergences professionnelles, enrichissent cette base commune en proposant des moyens plus nuancés d'accompagner les équipes.

En définitive, cette revue met en lumière que la gestion du changement dans le secteur des soins est avant tout une affaire de relations humaines, où l'écoute, la reconnaissance et l'adaptation jouent un rôle aussi déterminant que les aspects techniques. C'est en intégrant ces dimensions humaines au cœur de la démarche que l'on augmente les chances de transformer un projet imposé en un projet partagé. Réussir la gestion du volet humain n'est alors pas uniquement un gage de résultat à court terme, mais participe au développement d'une culture du changement favorisant les transformations à venir.

Tableau 1: synthèse des articles de la revue de littérature

N°	Identification APA	Pays	Type d'étude	Résumé	Cadre théorique exploité	Principales résistances	Principaux facteurs de succès
1	Nilsen et al., 2020	Suède	Étude empirique	Analyse de changements réussis en soins de santé. L'adhésion dépend de l'implication, de la préparation et de la valeur perçue.	Absence de modèle ; les auteurs décrivent 3 catégories empirique : influence, préparation, valeur perçue.	Décisions top-down, absence de consultation, changements trop rapides, communication inadéquate, manque de sens perçu	Implication précoce, rythme adapté, messages clairs, alignement avec les valeurs, reconnaissance et valorisation
2	Cheraghi et al., 2023	Non spécifié	Revue de littérature intégrative	Synthèse des causes de résistance infirmière. Importance d'agir au niveau individuel, interpersonnel et organisationnel.	Classe les résistances en 3 niveaux : individuel, interpersonnel et organisationnel.	Manque d'implication initiale, communication insuffisante, surcharge, attitudes négatives, manque de sens perçu	Leadership participatif, formation ciblée, communication claire et répétée, soutien continu
3	Grønvad et al., 2024	Danemark	Étude empirique	Redéfinit les réactions au changement comme des positions évolutives, ouvrant à des stratégies plus nuancées.	Subject positioning theory (Davies et Harré, 1990)	Non-reconnaissance des identités professionnelles, manque de sens perçu	Adapter la communication aux identités, reconnaître diversité des réactions, espaces de dialogue
4	Merdinger-Rumpler & Nobre, 2011	France	Étude empirique	Changement organisationnel en ophtalmologie	Absence de modèle	Attente de solutions toutes faites, impatience, surcharge, anticipation désordonnée	Diagnostic participatif, décisions collégiales, planification progressive, pilotage pérenne
5	Barrow & Annamaraju, 2022	Non spécifié	Revue de littérature	Présentation des modèles et étapes du changement en santé, insistant sur la planification et la communication.	Lewin, Kotter, ADKAR	Manque de planification, communication insuffisante, surcharge de travail	Plan structuré, communication continue, implication du personnel
6	Mitchell, 2013	Non spécifié	Article théorique	Comparaison de modèles de changement pour soins infirmiers.	Lewin, Lippit, Kotter, Rogers	Plans incomplets, communication inefficace, manque de suivi	Leadership démocratique, analyse des forces, formation continue
7	Gordon & Pollack, 2018	Australie	Étude empirique	Amélioration de la coordination des soins (de silo vers un modèle intégré). Souligne la souplesse et l'attention au facteur humain.	Méthodologies de gestion de projet standardisée adaptée au secteur de la santé	Plans rigides, gouvernance trop hiérarchique, sous-estimation des résistances	Gouvernance collaborative, planification adaptive, suivi culturel
8	Joubert et al., 2024	Afrique du Sud	Étude empirique	Implémentation du PFCC (soins centrés sur le patient et la famille) aux urgences. Leadership et culture comme clés de réussite.	Absence de modèle	Charge de travail élevée, manque de ressources, culture technique	Leadership engagé, formation relationnelle, travail d'équipe
9	Clark, 2013	États-Unis	Article théorique	Résistance dans la profession infirmière, propose approche transdisciplinaire.	Approche transdisciplinaire, absence de modèle théorique	Attachement aux méthodes traditionnelles, polarisation, peur du changement, perte de sens	Approche transdisciplinaire, dialogue sur conflits, soutien communautaire, reconnaissance et valorisation
10	Abuzied et al., 2023	Non spécifié	Étude empirique	Application d'un modèle de gestion à un processus clinique pour augmenter la qualité et la sécurité.	Modèle FOCUS-PDSA		Approche structurée, évaluation continue, travail en équipe, reconnaissance et valorisation
11	Zwaan et al., 2019	Afrique du Sud	Article théorique	Lien entre neuroleadership et engagement	Modèle SCARF, théorie de l'autodétermination, psychologie positive.		Préserver statut, clarté des étapes, autonomie, cohésion d'équipe, équité, reconnaissance et valorisation
12	Pichault & Schoenaers, 2003	Non spécifié	Article théorique	Les logiques instrumentales et interprétatives sont complémentaires	Mintzberg		En présence d'acteur hautement qualifié il est recommandé d'utiliser la logique interprétative

Tableau 2 : synthèse transversale des résistances

Synthèse transversale des résistances		
Causes de résistance	N° des articles	Description
<b>Manque de participation / décisions imposées</b>	1, 2, 5	Absence de consultation réelle des équipes, décisions top-down imposées sans implication dans la conception.
<b>Communication déficiente</b>	1, 2, 5, 6, 8	Messages flous, incomplets ou tardifs, générant incertitude et rumeurs.
<b>Manque de sens perçu</b>	1, 2, 3, 9	Réforme perçue comme bureaucratique ou déconnectée des valeurs professionnelles et des besoins du terrain.
<b>Surcharge de travail</b>	2, 4, 8	Ajout de nouvelles tâches sans adaptation des ressources ou allègement de la charge existante.
<b>Habitudes / routines ancrées</b>	3, 9	Attachement aux pratiques existantes, réticence à changer des méthodes éprouvées.
<b>Défiance envers la direction</b>	1, 2, 3	Manque de confiance dans les intentions ou la légitimité des porteurs du projet.
<b>Réactions identitaires / protection du rôle</b>	1, 3, 9	Protection de l'identité professionnelle face à des changements perçus comme intrusifs.
<b>Plans rigides / gouvernance fermée</b>	4, 5, 6, 7	Approches de déploiement trop structurées et hiérarchiques, limitant l'adaptation locale.
<b>Anticipation désordonnée</b>	4, 7, 8	Mise en place précipitée ou sans coordination adaptée, générant confusion.

Tableau 3 : synthèse transversale des facteurs de réussite

Synthèse transversale des facteurs de réussite		
Exemples de leviers	N° des articles	Description
<b>Implication précoce des professionnels</b>	1, 2, 5, 6	Associer les soignants dès la conception du changement, avec prise en compte réelle de leurs propositions.
<b>Communication claire et répétée</b>	1, 2, 5, 6, 8	Utiliser des canaux variés, adapter le langage, répéter les messages pour réduire incertitude et malentendus.
<b>Leadership visible et soutenant</b>	2, 4, 6, 8, 9	Présence active des leaders sur le terrain, soutien moral et pratique, gestion des conflits comme opportunités.
<b>Formation et accompagnement</b>	2, 6, 8	Formations ciblées et accompagnement progressif pour renforcer compétences et confiance.
<b>Planification progressive</b>	4, 7, 10	Déploiement par étapes avec retours réguliers, évitant les changements brusques et l'épuisement.
<b>Adaptation aux identités professionnelles</b>	2, 3, 9, 11	Reconnaitre et valoriser la diversité des réactions, adapter la communication et le soutien à chaque profil.
<b>Reconnaissance et valorisation</b>	1, 9, 10, 11	Valoriser les contributions, préserver le statut et intégrer les retours dans un cycle d'amélioration continue.
<b>Gouvernance collaborative</b>	1, 3, 4, 7, 9	Privilégier la codécision et la flexibilité plutôt que des plans rigides imposés.
<b>Approche transdisciplinaire</b>	9	Utiliser les différences professionnelles comme ressources pour le dialogue et l'innovation.
<b>Approche structurée par un modèle</b>	5, 6, 10	Utilisation d'un cadre théorique ou d'une méthode éprouvée (Lewin, Lippitt, Kotter, ADKAR, SCARF etc.) la plus pertinente en fonction du cas.

## Utilisation d'un outil supplémentaire : les neurosciences

Les 12 articles commentés ci-dessus étudient différents changements dans le secteur des soins. Parfois à l'aide de modèles théoriques, ils identifient des facteurs de résistance et proposent des clés pour réussir à gérer les différents aspects humains du changement, en vue de favoriser l'adhésion. Dans ces articles les moteurs de résistances peuvent trouver leur origine par exemple dans des facteurs structurels, méthodologiques ou interpersonnels.

Il est utile d'apporter un éclairage différent en analysant les facteurs physiologiques afin de mettre en lumière les réactions cognitives automatiques et inconscientes du cerveau exposé au changement.

Cette approche est d'autant plus intéressante qu'elle se distingue des études précédemment citées sur les résistances au changement dans le secteur des soins de santé. Par ailleurs, puisque ce travail s'adresse à la direction médicale d'un hôpital universitaire, instance située à la croisée du management et de l'expertise médicale, cet angle d'analyse pourra trouver un écho particulier et nourrir utilement la réflexion stratégique.

Cette section s'inspire principalement de la deuxième édition de l'ouvrage de Hilary Scarlett : *Neuroscience for organizational change : an evidence-based practical guide to managing change* (2019), qui constitue une synthèse accessible et rigoureuse des recherches en neurosciences appliquées à la gestion du changement. L'auteur y développe une série de principes concrets permettant de mieux comprendre les réactions humaines face aux transformations organisationnelles.

À l'aide de ce livre, il devient possible de décoder les manifestations cognitives naturelles d'un individu confronté au changement, afin d'appliquer ces leçons au déchiffrement des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude de terrain.

Dans son livre, Hilary Scarlett fournit de nombreux éclairages sur les mécanismes cérébraux mobilisés face au changement. Elle ne propose pas une classification formelle et exhaustive des réactions cognitives. Les apports de l'auteure sont disséminés tout au long du livre, sous forme de concepts, d'observations et de principes fondés sur les neurosciences et largement documentés.

Dans le cadre de ce travail, un choix méthodologique a été opéré : celui d'identifier et de regrouper vingt-cinq mécanismes, formulées à partir des descriptions et analyses proposées par Scarlett. Il ne s'agit donc pas d'une classification proposée par l'auteure mais d'une synthèse personnelle dans l'objectif de construire une grille de lecture des entretiens à venir.

Afin d'en faciliter l'usage, ces vingt-cinq mécanismes ont été organisés en cinq blocs thématiques. Le premier regroupe les réactions dites de survie, principalement liées à l'activation de l'amygdale : il s'agit de mécanismes qui interviennent en amont de toute réflexion consciente. Trois blocs suivants rassemblent des réactions qui altèrent ou modulent les capacités de réflexion et d'analyse du cerveau : le premier d'entre eux regroupe les mécanismes déclenchés par un sentiment de perte de contrôle, le second ceux liés à la fatigue ou à la surcharge cognitive, et le troisième ceux issus de réactions émotionnelles. Enfin, un dernier bloc est consacré aux mécanismes d'adaptation, qui permettent dans certains cas à l'individu de retrouver un équilibre face au changement.

Tableau 4 : grille d'analyse

Proposition de grille d'analyse des entretiens d'après Hilary Scarlett (2019). <i>Neuroscience for Organizational Change: an evidence-based practical guide to managing change</i> , (2 <sup>nd</sup> ed.). Kogan Page.					
BLOC 1 Réaction à la menace	1. Réponse au danger immédiat	Réaction instantanée de Flight/fight/freeze	BLOC 3 Réactions liée à la fatigue	14. Épuisement de l'attention	La fatigue conduit à soit à repousser des choix, soit à opter pour une solution par défaut
	2. Altération des fonctions exécutives	Diminutions des capacités cognitives supérieures sous l'effet du stress ou du sentiment de menace		15. Réflexe de conservation d'énergie	Disposition du sujet à préférer les tâches familiaires et les décisions simples
	3. Hyperactivation limbique anticipée	L'état de vigilance est subit en dehors de la sphère professionnelle		16. Pilote automatique	Retour inconscient aux anciennes pratiques
	4. Hyperréactivité émotionnelle	Réactions disproportionnées, l'individu identifie des menaces à l'excès et surréagit	BLOC 4 Réactions émotionnelles inconscientes	17. Biais de négativité	Le sujet favorise les interprétations négatives
	5. Douleur sociale	Sentiment d'exclusion, déclencheur d'une douleur physique		18. Biais sociaux	Le sujet s'identifie à un groupe social par opposition aux autres. Clivage et méfiance.
	6. Perception d'injustice	Réaction à l'injustifié qui se traduit par une perte de confiance et un désengagement		19. Appauvrissement du raisonnement objectif	Heuristique, biais de confirmation, effet de halo, biais d'ancrage...
	7. Conséquences physiologique du stress chronique	Impacts physiologies du stress sur le sujet		20. Choix guidés par l'émotion	L'émotion est un catalyseur de décision
	8. Stress causé par l'inactivité	Le manque de challenge intellectuel provoque le désengagement		21. Contagion émotionnelle	Le sujet contamine ou est contaminé par les émotions des autres.
	9. Réaction à l'incertitude	En l'absence d'informations le sujet imagine et alimente la rumeur		22. Anticipations du plaisir	Anticipé une situation agréable est un facteur de motivation (et inversement)
BLOC 2 Réaction à la perte de contrôle	10. Manque de prédictibilité	Les conséquences d'un choix ou d'une action ne sont plus prévisibles	BLOC 5 Mécanismes de régulation	23. Recherche de reconnaissance	Impact puissant de la reconnaissance sur la motivation et l'engagement
	11. Saturation face à la nouveauté	Perte de repère générée par un excès de nouveautés ou de petits changements		24. Régulation émotionnelle par l'humour	L'humour favorise la prise de recul et le sentiment de contrôle
	12. Rupture de cohérence narrative	Rupture entre les valeurs et les décisions ou manque de logique entre les événements.		25. Neuroplasticité	Pour favoriser l'adaptation et l'apprentissage, le cerveau favorise et renforce certains circuits neuronaux aux détriments d'autres
	13. Mémoire émotionnelle traumatisante	Le souvenir d'un épisode difficile génère de l'anxiété et biaise la réflexion			

## Construction d'une grille d'analyse : un outil de diagnostic

### BLOC 1 : Réactions de survie immédiate et menace

Il s'agit, dans cette première catégorie d'identifier les réactions automatiques qui court-circuitent le raisonnement en une fraction de seconde.

#### Mécanisme 1 : Réponse au danger immédiat (fight/flight/freeze)

Lorsqu'un changement est perçu comme une menace, le cerveau réagit comme s'il était confronté à un danger vital. Cette réponse automatique, issue de notre histoire évolutive, mobilise le système limbique (en particulier l'amygdale) et déclenche une activation du système nerveux autonome. S'ensuit une libération soudaine d'hormones du stress (notamment le cortisol et l'adrénaline), qui provoque une accélération du rythme cardiaque, une concentration de l'attention sur la menace, un afflux sanguin vers les muscles, et une mise en veille des fonctions jugées non essentielles, comme la digestion.

Ce mécanisme de survie, adapté autrefois à des menaces physiques immédiates, s'active aujourd'hui dans des contextes symboliques mais émotionnellement marquants, comme l'annonce d'une réorganisation, la crainte d'un licenciement ou l'arrivée d'un nouveau cadre. Dans le milieu professionnel, il se manifeste souvent par des comportements de repli (flight), de confrontation (fight) ou d'inhibition (freeze).

Hilary Scarlett souligne que cette réaction est particulièrement exacerbée en période de changement organisationnel : la perte de repères, même en l'absence de menace objective, est interprétée par le cerveau comme un signal d'alerte. Cela s'explique par le fait que le circuit de la menace, plus rapide et plus puissant, prend souvent le dessus sur les circuits de la pensée rationnelle ou de la motivation.

#### Mécanisme 2 : Altération des fonctions exécutives

L'un des effets les plus préoccupants du stress sur le cerveau concerne la diminution des capacités cognitives dites supérieures, celles qui dépendent du cortex préfrontal. Cette région, située à l'avant du cerveau, joue un rôle central dans le raisonnement, la planification, la flexibilité mentale, la régulation émotionnelle et la mémoire de travail. Mais dès que le cerveau perçoit une menace, cette zone est mise en retrait au profit de circuits plus rapides et plus archaïques.

Hilary Scarlett explique que lorsqu'un changement est vécu comme menaçant, le flux sanguin et les ressources énergétiques sont redirigés vers des structures comme l'amygdale ou le tronc cérébral, chargées de déclencher des réactions immédiates. Ce basculement a un coût : la pensée devient confuse, les erreurs se multiplient, la mémoire se fragilise, et la capacité à prendre du recul s'amenuise.

Dans le cadre professionnel, ce phénomène se manifeste par des oubli fréquents, des difficultés à accomplir des tâches pourtant routinières, une perte de clarté dans les échanges ou une sensation de "blocage" cognitif. Scarlett établit un parallèle frappant avec le fonctionnement d'un adolescent : sous l'effet du stress chronique, même un adulte expérimenté peut temporairement adopter un mode de fonctionnement impulsif, hypersensible et peu rationnel.

#### Mécanisme 3 : Hyperactivation limbique anticipée

Le cerveau anticipe les situations sociales de manière émotionnelle, parfois bien avant qu'elles ne se produisent. Hilary Scarlett illustre ce phénomène par un constat frappant : certaines

personnes arrivent au travail déjà en état d'alerte, leur système limbique activé avant même le début de la journée. Cette forme d'hyperactivation anticipée se traduit par une vigilance excessive, une tension corporelle diffuse et une propension à réagir de manière disproportionnée à des signaux pourtant anodins.

Cette réaction trouve son origine dans l'amygdale, qui associe certains lieux ou contextes à des expériences passées et déclenche automatiquement une réponse émotionnelle dès que ces éléments sont reconnus. Il s'agit d'un processus proche de la mémoire émotionnelle (voir réaction 9), mais qui se manifeste de manière encore plus précoce, parfois dès le réveil.

Dans des environnements professionnels marqués par un stress chronique ou insuffisamment régulé, cette anticipation négative tend à devenir un état de base. Elle altère progressivement les capacités cognitives, nuit aux relations interpersonnelles et fragilise la santé physique.

L'individu est en tension permanente, avant même d'avoir été confronté à la moindre situation.

#### Mécanisme 4 : Hyperréactivité émotionnelle

En période de changement, le cerveau devient particulièrement réactif aux stimuli émotionnels. Cette sensibilité accrue s'explique par un déséquilibre entre deux structures clés : d'une part, une désactivation progressive du cortex préfrontal ventrolatéral, impliqué dans le raisonnement et la régulation des émotions ; d'autre part, une hyperactivation de l'amygdale, qui traite les signaux de peur et d'alerte.

Ce basculement vers les circuits émotionnels engendre une instabilité marquée, qui se manifeste par des réactions disproportionnées, une tendance à surinterpréter des signaux neutres, et une difficulté à retrouver un équilibre émotionnel après la moindre contrariété.

Scarlett décrit cette configuration comme celle d'un cerveau en état de surchauffe. Dans un environnement professionnel, elle peut se traduire par une multiplication des tensions, une hypersensibilité aux remarques, une perte de contrôle émotionnel ou encore une tendance à exacerber les conflits.

#### Mécanisme 5 : Douleur sociale

Le cerveau ne fait pas la différence entre douleur physique et exclusion sociale : les deux activent les mêmes circuits neuronaux, en particulier le cortex cingulaire antérieur dorsal et l'insula, impliqués dans la perception de la souffrance. Être ignoré, mis à l'écart d'une réunion ou évincé d'un processus décisionnel provoque ainsi une forme de douleur réelle, au sens biologique du terme.

Hilary Scarlett insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une simple métaphore. Les recherches en neurosciences montrent, à travers l'imagerie cérébrale, que les zones activées lors d'un rejet social sont identiques à celles mobilisées lors d'une blessure corporelle. Des expériences simples, comme le jeu de cyberball, ont permis d'objectiver ce phénomène : un rejet symbolique suffit à déclencher cette réponse douloureuse.

Une telle activation perturbe les fonctions cognitives (raisonnement, mémoire, concentration) et induit un état de stress, d'anxiété ou de retrait. Dans le cadre professionnel, certaines marques d'exclusion peuvent paraître insignifiantes, mais elles produisent des effets délétères durables sur la performance individuelle et sur la dynamique collective. Scarlett souligne également que cette douleur sociale laisse une trace plus persistante qu'une douleur physique : elle s'inscrit dans le temps, et fragilise le lien à l'organisation.

#### Mécanisme 6 : Perception d'injustice

Le sentiment d'injustice mobilise les mêmes circuits cérébraux que ceux impliqués dans la douleur sociale. Lorsqu'un individu perçoit un traitement inéquitable (qu'il s'agisse de reconnaissance, d'accès aux opportunités ou de répartition des efforts) le cortex cingulaire

antérieur, l'insula et l'amygdale sont activés, générant une souffrance émotionnelle bien réelle. Hilary Scarlett souligne que le cerveau est particulièrement sensible à ces écarts perçus, surtout en période de changement, lorsque les repères sont déjà fragilisés.

Cette perception peut déclencher des réactions de retrait, de rejet ou de résistance, parfois très subtiles. Un collaborateur peut se désengager, refuser la coopération ou, plus discrètement, entraver le bon déroulement du projet. Il ne s'agit pas nécessairement d'une réaction rationnelle ou fondée sur des faits objectifs : la perception suffit à enclencher le processus. Scarlett insiste sur ce point : dans un contexte incertain, même une décision neutre peut être perçue comme injuste si les critères ne sont pas expliqués ou si la communication manque de clarté.

Ce ressenti érode progressivement la confiance, fragilise les relations sociales et alimente un climat de méfiance et de désengagement difficile à inverser une fois installé.

#### **Mécanisme 7 : Conséquences physiologiques du stress chronique**

Lorsque le stress s'installe dans la durée, les mécanismes naturels de régulation du cerveau finissent par s'épuiser. Le cortisol, utile en situation de danger ponctuel, devient toxique lorsqu'il circule de manière chronique. Il affecte d'abord l'hippocampe, impliqué dans la mémoire et l'orientation, entraînant des troubles cognitifs et une forme de désorganisation mentale. Il altère ensuite le fonctionnement du cortex préfrontal, qui régule l'inhibition, la prise de décision et la pensée stratégique. Enfin, il provoque une hypertrophie de l'amygdale, rendant le cerveau encore plus réactif aux menaces futures. Une exposition prolongée au stress peut également provoquer perte de mémoire, dépression, épuisement professionnel ou encore des syndromes post traumatisques (Nouvion, 2024)

Hilary Scarlett rappelle, en s'appuyant sur les travaux de Robert Sapolsky, que ce stress chronique, bien qu'issu de causes psychologiques, a des effets biologiques majeurs : affaiblissement du système immunitaire, augmentation du risque cardiovasculaire, troubles du sommeil, épuisement professionnel ou encore troubles anxiodépressifs (Sapolsky, 1998, cité dans Scarlett, 2019). Ce processus est d'autant plus insidieux qu'il agit par accumulation : ce n'est pas un événement isolé qui déclenche la surcharge, mais une série de micro-tensions, d'ambiguïtés persistantes, de surcharge cognitive et de perte progressive de contrôle.

Cette douleur biologique, invisible mais bien réelle, constitue un frein majeur à l'engagement, même chez les collaborateurs les plus compétents et les plus investis.

#### **Mécanisme 8 : Stress induit par l'inactivité mentale**

Contrairement à une idée répandue, le stress ne naît pas uniquement de la surcharge cognitive : il peut aussi résulter d'un manque de stimulation mentale. Le cerveau humain a besoin de sens, de défi modéré et de sentiment d'utilité pour fonctionner de manière équilibrée. Lorsqu'il est privé de tâches engageantes ou de retours sur son utilité, il entre dans un état de frustration cognitive, source de stress et de démotivation.

Hilary Scarlett met en lumière cette forme de stress moins visible mais tout aussi délétère : un collaborateur sous-utilisé, confiné à des tâches répétitives ou privées de marge de manœuvre, est exposé au stress chronique autant qu'un collègue débordé. Sur le plan biologique, cette situation s'accompagne d'une sous-activation du circuit de la récompense, notamment le striatum ventral, et d'une activation accrue de l'axe du stress, en lien avec une sensation d'impuissance.

Dans les environnements organisationnels, ce stress silencieux passe souvent inaperçu, car il ne s'exprime pas toujours par des plaintes. Il se manifeste plutôt par une forme d'apathie, de retrait ou de baisse progressive de performance, alors même que le cerveau, privé de sens, est en souffrance.

## BLOC 2 : Réactions liées à l'incertitude, au manque de contrôle et à la rupture de prédition

Dans cette deuxième catégorie apparaissent les réactions provoquées par la perte de contrôle.

### Mécanisme 9 : Réaction à l'incertitude

« Our brains are prediction machines » (Scarlett, 2019, p. 19 et p. 28). Le cerveau humain cherche en permanence à réduire l'ambiguïté pour anticiper les événements et économiser de l'énergie cognitive. Lorsqu'il est confronté à l'incertitude, par exemple face à un changement mal défini ou dont les conséquences restent floues, plusieurs régions cérébrales s'activent pour signaler un risque imminent. Le cortex orbitofrontal repère les incohérences entre les attentes et la réalité, le cortex cingulaire antérieur dorsal déclenche un signal d'alerte, l'amygdale amplifie la réaction émotionnelle, tandis que le striatum ventral montre une baisse d'activité, signe d'une perte de motivation et de plaisir.

Cette activation conjointe constitue une véritable alarme biologique. L'individu entre alors dans un état d'hypervigilance, marqué par une attention excessive aux menaces potentielles, un sentiment de perte de contrôle, une tendance accrue à la rumination et une altération de la prise de décision. Dans le monde du travail, cela se traduit souvent par une difficulté à se concentrer, une perte de créativité et une montée des tensions interpersonnelles.

Hilary Scarlett rappelle que cette intolérance à l'incertitude peut être plus difficile à supporter que la certitude d'un événement négatif. Certaines études, notamment celles menées auprès de personnes atteintes de la maladie de Huntington, montrent que les individus préfèrent connaître un sort défavorable plutôt que de rester dans une attente indéfinie.

### Mécanisme 10 : Manque de prédictibilité

Le cerveau humain repose sur un principe fondamental : établir des liens de cause à effet pour prédire les conséquences de ses actions. Cette prédictibilité repose sur la capacité à repérer des régularités dans l'environnement et à anticiper des réactions logiques à partir de comportements appris. Sur le plan cérébral, ce processus mobilise notamment le cortex orbitofrontal, qui détecte les écarts entre les attentes et les résultats, et le cortex cingulaire antérieur, qui signale les incohérences ou les situations nécessitant une attention accrue.

Lorsque ces régularités disparaissent (par exemple, lorsque les décisions managériales paraissent arbitraires, que les efforts ne sont pas reconnus, ou que des messages contradictoires se multiplient) le cerveau perd sa capacité à prédire les effets de ses actions. Cette rupture du lien entre action et conséquence est perçue comme une forme de chaos, qui engendre du stress et une forme de retrait cognitif.

Il convient de distinguer cette réaction de celle liée à l'incertitude. Les deux mobilisent des réseaux neuronaux similaires, mais leur nature diffère. L'incertitude concerne un futur inconnu ou flou, une absence d'information ou une attente prolongée. Le manque de prédictibilité, en revanche, fait référence à la perte de cohérence dans les réponses de l'environnement : le monde ne réagit plus de façon attendue, même lorsque l'on agit de manière structurée.

Dans le cadre professionnel, cette expérience peut générer un sentiment d'absurdité, une perte de motivation, une méfiance accrue envers le management, voire un repli défensif. Hilary Scarlett souligne que dans ces situations, le cerveau met en place des stratégies d'évitement ou de retrait, considérant que l'environnement est devenu trop erratique pour permettre une adaptation constructive.

### Mécanisme 11 : Saturation face à la nouveauté

Le cerveau humain est capable de s'adapter à des environnements nouveaux, mais cette capacité a ses limites. Hilary Scarlett rappelle que la nouveauté, lorsqu'elle est introduite par

petites touches, est perçue positivement : elle stimule le circuit de la récompense, notamment le striatum ventral et les zones du cortex préfrontal ventromédian. Ce type de stimulation favorise la curiosité, l'engagement et l'apprentissage.

En revanche, au-delà d'un certain seuil, l'excès de nouveautés simultanées devient contre-productif. Le système attentionnel se trouve surchargé, les repères se brouillent, et le cerveau entre dans un état de saturation. L'amygdale s'active, le stress augmente, et les nouvelles informations sont soit évitées, soit interprétées de manière défensive.

Ce basculement est particulièrement marqué lorsque les changements portent simultanément sur plusieurs dimensions : les outils de travail, les règles de fonctionnement, les relations hiérarchiques ou encore les valeurs collectives. Dans ces situations, le cerveau ne parvient plus à intégrer les nouveautés, ce qui freine l'adhésion et complique la mise en œuvre du changement.

#### Mécanisme 12 : Rupture de cohérence narrative

Le cerveau a besoin de construire une histoire cohérente pour comprendre ce qu'il vit et donner du sens aux événements. Lorsque les situations se succèdent sans logique apparente, ou que le récit que l'individu se faisait de sa place dans l'organisation devient caduc, émerge alors un sentiment de désorientation. Ce trouble active notamment le cortex cingulaire antérieur et l'insula, structures impliquées dans la détection de l'incohérence et le traitement de la douleur sociale.

Hilary Scarlett souligne que cette rupture de la continuité narrative est fréquente en période de changement, en particulier lorsque les décisions managériales semblent contredire les valeurs affichées, ou lorsque l'individu ne perçoit plus clairement le lien entre ses actions quotidiennes et la finalité globale du projet. Le changement, par nature, vient souvent remettre en cause les repères, les méthodes ou même la mission perçue d'un collaborateur, générant une forme de dissonance cognitive.

Ce brouillage du sens engendre un malaise profond, marqué par une perte de motivation, un repli, voire un désengagement progressif. Le cerveau, privé de récit stable, tente alors de rétablir une forme de cohérence (parfois au prix de reconstructions imaginaires, de généralisations hâtives ou de rumeurs anxiogènes). Cette dynamique, souvent collective, alimente la défiance vis-à-vis des dirigeants et fragilise le lien de confiance au sein de l'organisation.

#### Mécanisme 13 : Mémoire émotionnelle traumatique

Le cerveau accorde une attention particulière aux événements chargés émotionnellement, en particulier lorsqu'ils sont négatifs. Ce biais adaptatif, hérité des mécanismes de survie, repose sur l'interaction entre l'amygdale et l'hippocampe : la première identifie l'événement comme émotionnellement significatif, la seconde enregistre durablement cette information.

Hilary Scarlett explique que cette interaction donne naissance à une mémoire émotionnelle renforcée, susceptible d'être réactivée bien des années plus tard dans des contextes perçus comme similaires. Ainsi, un salarié ayant vécu une restructuration douloureuse peut ressentir une forte anxiété à l'annonce d'un nouveau changement, même si celui-ci est présenté de manière plus rassurante. L'émotion passée ressurgit automatiquement, parfois à l'insu même de l'individu.

Ces souvenirs douloureux influencent la perception du présent, modifient les relations au sein des équipes et nourrissent des formes de résistance parfois difficiles à verbaliser. Scarlett souligne que cette empreinte émotionnelle peut l'emporter sur toute information rationnelle : ce qui a été ressenti devient, aux yeux du cerveau, plus réel que ce qui est démontré.

.

### BLOC 3 : Réactions liées à la surcharge cognitive et à la fatigue

Dans cette troisième catégorie, on regroupe les situations dans lesquelles la fatigue fait perdre au sujet une partie de ses capacités d'analyse et de décision.

#### Mécanisme 14 : Épuisement de l'attention

La prise de décision est une activité particulièrement exigeante pour le cerveau. La mémoire de travail, l'évaluation du risque, la planification et la gestion de l'incertitude sont autant de fonctions qui sollicitent intensément le cortex préfrontal, déjà mis à rude épreuve en période de changement. Hilary Scarlett insiste sur un point souvent négligé : la volonté et la concentration ne sont pas illimitées. Ce sont des ressources biologiquement contraintes.

L'un des effets les plus documentés de cette limitation est ce que les chercheurs appellent la "fatigue décisionnelle". Plus un individu enchaîne les décisions (importantes ou anodines) plus ses capacités de régulation diminuent. Scarlett cite une étude menée auprès de juges israéliens: ces derniers accordaient bien plus souvent la liberté conditionnelle après une pause repas qu'avant, ce qui illustre l'impact concret de la déplétion cognitive, même dans des contextes où l'impartialité est cruciale (Danziger et al., 2011 cités dans Scarlett, 2019).

Dans le monde du travail, cette fatigue se traduit par une tendance à procrastiner, à repousser les choix complexes, à opter pour des solutions par défaut ou à réagir de manière excessive à des sollicitations mineures. Le cerveau, épuisé, cherche alors à économiser son énergie en empruntant des raccourcis mentaux. C'est précisément dans ces moments de vulnérabilité cognitive que les biais prennent le dessus.

#### Mécanisme 15 : Réflexe de conservation d'énergie

Bien qu'il ne représente qu'environ 2 % du poids corporel, le cerveau consomme près de 20 % de l'énergie totale de l'organisme. Cette disproportion pousse le système cérébral à adopter des stratégies d'économie cognitive, en évitant autant que possible les efforts jugés coûteux : concentration prolongée, réflexion abstraite, remise en question. Hilary Scarlett rappelle que cette tendance ne relève pas d'un manque de volonté, mais d'un mécanisme biologique de survie, encore actif dans nos environnements modernes.

Ce réflexe d'économie se manifeste par une préférence spontanée pour la routine, les décisions simples, les tâches familières et les contextes prévisibles. En période de changement, marquée par l'incertitude, la complexité et la multiplication des apprentissages, cette tendance s'accentue. Le cerveau devient plus résistant à l'effort mental, ce qui freine l'engagement dans les démarches nouvelles.

Concrètement, cela peut se traduire par une forme de lassitude cognitive, de procrastination, ou par une passivité déguisée sous des arguments rationnels comme attendre que les choses soient plus claires ou invoquer ne pas avoir encore eu le temps. Scarlett fait ici le lien avec le modèle des systèmes 1 et 2 de Daniel Kahneman : dans ces conditions, le cerveau privilégie le système 1, rapide et intuitif, au détriment du système 2, plus lent, plus analytique et plus exigeant (Kahneman, 2012, cité dans Scarlett, 2019).

#### Mécanisme 16 : Pilote automatique

Pour des raisons d'économie d'énergie, le cerveau cherche à automatiser autant que possible les comportements et les processus mentaux. Cette tendance repose sur le fait que le cortex préfrontal, mobilisé dans les tâches complexes ou nouvelles, est particulièrement gourmand en ressources. Une fois qu'un comportement est appris et répété, il peut être transféré à des circuits plus rapides et plus efficaces, permettant ainsi un gain de temps et d'énergie.

Hilary Scarlett souligne que ce mode automatique, indispensable à notre efficacité quotidienne, devient un frein lorsqu'un changement est requis. Le cerveau privilégie les routines connues, peu coûteuses, plutôt que l'activation d'un raisonnement nouveau, plus incertain et énergivore. Ainsi, même lorsque l'individu comprend intellectuellement l'intérêt d'une nouvelle procédure ou d'un nouvel outil, son comportement peut rester aligné avec l'ancienne méthode, plus rapide à activer sur le plan neuronal.

Dans le monde professionnel, cela se traduit par des retours inconscients aux anciennes pratiques, des oubliés ou erreurs d'inattention, une difficulté à intégrer de nouveaux processus, et parfois une forme de résistance perçue comme de la mauvaise foi, alors qu'elle reflète en réalité un simple repli sur la voie neuronale dominante.

#### BLOC 4 : Réactions émotionnelles inconscientes

Dans cette quatrième catégorie, les capacités d'analyse et de décision sont altérés par des raccourcis inconscients.

##### Mécanisme 17 : Prédistribution à repérer le négatif

Le cerveau humain présente une asymétrie marquée dans le traitement de l'information émotionnelle : il accorde plus de poids aux éléments négatifs qu'aux éléments positifs. Ce biais de négativité, bien documenté, s'explique par une fonction adaptative : repérer les dangers a longtemps été plus urgent, pour la survie, que profiter des récompenses. Sur le plan neurologique, cette asymétrie repose notamment sur une activation plus rapide et plus intense de l'amygdale face aux stimuli menaçants, ainsi que sur un traitement plus prolongé de ces informations par le cerveau.

Hilary Scarlett rappelle que ce biais est si puissant qu'un seul événement désagréable peut suffire à neutraliser les effets émotionnels de plusieurs expériences positives. Cela explique pourquoi un collaborateur peut se focaliser sur une remarque critique reçue en réunion, tout en oubliant les compliments précédents. De la même manière, un incident isolé dans un processus de changement peut altérer la perception globale du projet.

Ce biais influence en profondeur les dynamiques collectives. Il alimente les interprétations anxieuses, favorise la circulation de rumeurs pessimistes et renforce la tendance à anticiper le pire. Il rend également les individus plus attentifs aux erreurs de leurs collègues ou supérieurs qu'aux efforts ou aux progrès accomplis, ce qui fragilise la reconnaissance mutuelle et la confiance au sein des équipes.

##### Mécanisme 18 : Biais sociaux

Le cerveau est un organe profondément social, structuré par des dynamiques d'appartenance, de hiérarchie, de reconnaissance et de statut. Pour traiter rapidement les interactions humaines, il s'appuie sur des raccourcis cognitifs appelés biais sociaux. Ces mécanismes, automatiques et largement inconscients, mobilisent notamment l'amygdale, qui catégorise rapidement les visages, les intentions ou les signaux de proximité.

Hilary Scarlett souligne la force de ces biais dans les environnements professionnels, en particulier en période de changement, lorsque les repères habituels sont fragilisés. Le cerveau cherche alors à simplifier la complexité sociale en émettant des jugements rapides sur la loyauté, la fiabilité ou les intentions d'autrui. Cette tendance peut entraîner des phénomènes de polarisation ou de résistance collective à l'encontre de toute personne perçue comme extérieure ou différente.

Ces réflexes peuvent se traduire par l'exclusion de certains collègues, le rejet de nouvelles équipes ou la remise en cause de projets portés par un autre service. Ils donnent souvent l'impression de réactions rationnelles, alors qu'ils relèvent en réalité de mécanismes automatiques, amplifiés par l'incertitude et la pression du temps.

#### Mécanisme 19 : Appauvrissement du raisonnement objectif

Lorsque le cerveau fonctionne sous contrainte émotionnelle ou en situation d'épuisement, il tend à privilégier des raccourcis mentaux, appelés heuristiques, qui permettent de prendre des décisions rapides, mais pas toujours rationnelles. Hilary Scarlett souligne que ce mécanisme s'amplifie en situation de stress : pour économiser de l'énergie, le cerveau se replie sur des automatismes.

Ces biais cognitifs prennent des formes variées : biais de confirmation (tendance à privilégier les informations qui confirment nos croyances), effet de halo (généralisation à partir d'un trait perçu) ou encore le biais d'ancrage (influence excessive d'une première information, même arbitraire).

Dans un contexte de changement, ces distorsions mentales peuvent conduire à des décisions inadaptées, à des résistances irrationnelles ou à un rejet précoce d'idées nouvelles. Il ne s'agit pas nécessairement d'une opposition consciente ou stratégique, mais d'un réflexe cognitif altéré par le stress, la surcharge émotionnelle ou la fatigue. Le cerveau, en mode défensif, cesse alors de traiter l'information de façon objective et raisonnée

#### Mécanisme 20 : Impact des émotions sur les choix

Contrairement à une conception encore largement répandue, les décisions humaines ne sont jamais strictement rationnelles. Le cerveau s'appuie en permanence sur des marqueurs émotionnels pour orienter ses choix. Ce processus, décrit par Antonio Damasio, repose sur une interaction étroite entre le système limbique, siège des émotions, et le cortex préfrontal, impliqué dans le raisonnement et la planification (Damasio, 2006, cité dans Scarlett, 2019).

Les émotions agissent comme des signaux rapides, indiquant ce qui est perçu comme bénéfique ou menaçant, pertinent ou inutile. Ces signaux émotionnels pèsent souvent davantage dans la décision finale que l'analyse logique des options. Scarlett souligne que ces marqueurs sont façonnés par l'expérience passée, le vécu émotionnel, l'humeur du moment et la perception du risque.

Dans un contexte de changement organisationnel, les émotions jouent un rôle déterminant. Un salarié confiant, reconnu ou enthousiaste sera plus disposé à s'engager dans un projet incertain. À l'inverse, un salarié inquiet, déçu ou en perte de confiance aura tendance à s'y opposer, même si les arguments rationnels sont solides. L'émotion agit ainsi comme un filtre sélectif, qui détermine ce qui est perçu comme raisonnable ou acceptable.

#### Mécanisme 21 : Contagion émotionnelle

Les émotions ne relèvent pas uniquement de la sphère individuelle : elles circulent au sein des groupes et influencent profondément les dynamiques collectives. Cette contagion émotionnelle repose sur plusieurs mécanismes biologiques, tels que les neurones miroirs, mais aussi sur des processus plus diffus d'imitation inconsciente, de synchronisation non verbale ou de transmission hormonale, notamment par le biais du cortisol.

Hilary Scarlett souligne la responsabilité particulière des figures d'autorité dans cette propagation : l'attitude, le ton et les gestes d'un leader sont perçus et intégrés très rapidement par les membres de l'équipe. Les études qu'elle cite montrent que des équipes exposées à des responsables stressés ou anxieux adoptent à leur tour des comportements plus rigides, moins

ouverts et moins créatifs. À l'inverse, un climat émotionnel positif renforce la cohésion, stimule la collaboration et accroît la capacité de résilience.

Cette forme de contagion devient particulièrement marquante lorsque le stress est mal régulé, que la communication manque de clarté ou que les repères organisationnels vacillent. En période de changement, une émotion individuelle mal contenue peut rapidement se transformer en une émotion collective difficile à maîtriser.

#### Mécanisme 22 : Anticipation du plaisir

Le cerveau ne se limite pas à réagir au présent : il est en permanence engagé dans une forme d'anticipation émotionnelle de ce qui pourrait advenir. Lorsqu'une récompense est envisagée, même incertaine, plusieurs circuits liés à la motivation et au plaisir s'activent, notamment le striatum ventral, le noyau accumbens et le cortex orbitofrontal. Cette anticipation est étroitement liée à la libération de dopamine, neurotransmetteur associé au désir et à l'élan vers l'action.

Hilary Scarlett souligne que cette attente du plaisir constitue un moteur puissant d'engagement. Le simple fait d'imaginer une situation valorisante ou gratifiante suffit à activer les réseaux de la motivation. Dans le cadre professionnel, cela joue un rôle central : lorsqu'un collaborateur perçoit que ses efforts peuvent conduire à une reconnaissance, un progrès ou une réussite, son cerveau se mobilise, même si la récompense n'est pas encore concrétisée.

À l'inverse, si aucune récompense n'est attendue, ou si l'environnement paraît aléatoire, opaque ou injuste, l'impact de la dopamine tend à se désactiver. L'individu perd alors en énergie mentale, en implication et en capacité d'initiative.

#### Mécanisme 23 : Recherche de reconnaissance

L'être humain est biologiquement programmé pour rechercher des signes de valeur personnelle. Cette quête de reconnaissance ne relève pas simplement de l'ego ou de la gratification symbolique : elle correspond à un besoin fondamental du cerveau, directement lié au circuit de la récompense. Lorsqu'un individu est reconnu pour ses efforts ou son engagement, même de manière brève ou implicite, son cerveau libère de la dopamine, associée à la motivation, ainsi que de l'ocytocine, impliquée dans le lien social et la confiance.

Hilary Scarlett souligne que ces micro-signes de reconnaissance ont un impact souvent disproportionné sur l'engagement. À l'inverse, leur absence prolongée peut entraîner une forme de retrait, de tristesse ou d'agressivité passive. Le cerveau interprète ce silence comme un signal de rejet ou d'inutilité, activant les mêmes circuits que ceux mobilisés dans la douleur sociale, notamment l'insula et le cortex cingulaire antérieur.

Dans un contexte de changement, où les repères sont fragilisés, la reconnaissance joue un rôle stabilisateur. Elle renforce la confiance en soi, soutient l'identité professionnelle et favorise la résilience. Scarlett insiste sur le fait que pour produire un effet réel, cette reconnaissance doit être sincère, précise, et liée à des comportements observables.

## BLOC 5 Mécanismes de régulation

Enfin, dans cette dernière catégorie, le cerveau mobilise des mécanismes d'adaptation.

### Mécanisme 24 : Régulation émotionnelle par l'humour

Parmi les ressources dont le cerveau dispose pour atténuer l'impact du stress, l'humour occupe une place particulière. Hilary Scarlett explique que le fait de reconsidérer une situation stressante sous un angle léger ou absurde permet de désactiver partiellement les circuits de la peur, en particulier l'amygdale, tout en réactivant les zones cérébrales associées à la récompense.

L'humour agit comme un mécanisme de mise à distance cognitive. Il permet de recontextualiser l'événement, de restaurer un sentiment de contrôle et de rééquilibrer rapidement l'état émotionnel. Il joue également un rôle social important : en favorisant la production d'endorphines et d'ocytocine, il renforce la cohésion au sein des équipes.

En période de changement, où les émotions négatives peuvent facilement se figer, l'humour partagé devient un levier de résilience collective. Scarlett insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un humour cynique ou moqueur, mais d'une capacité à alléger l'atmosphère sans nier la réalité des difficultés.

### Mécanisme 25 : Capacité d'adaptation du cerveau (neuroplasticité)

Malgré les réactions de stress, de peur ou de résistance évoquées précédemment, le cerveau possède une remarquable capacité d'adaptation : la neuroplasticité. Hilary Scarlett insiste sur ce point fondamental : le cerveau n'est pas figé. Il peut créer de nouveaux réseaux neuronaux à tout âge, à condition que certaines conditions soient réunies.

Cette plasticité repose sur plusieurs facteurs clés : la répétition de l'apprentissage, la motivation intrinsèque, un sentiment de sécurité psychologique et un retour positif sur les efforts accomplis. Les circuits neuronaux activés de manière régulière se renforcent, tandis que ceux qui ne sont plus sollicités s'affaiblissent, selon le principe de Hebb. Cela signifie que même des réactions automatiques au changement peuvent être modifiées si l'environnement favorise la clarté, la stabilité et la progression (Hebb, 1949, cité dans Scarlett, 2019).

Sur le plan biologique, la plasticité cérébrale permet au cerveau d'adapter ses connexions et d'intégrer de nouvelles façons de penser ou d'agir. C'est ce mécanisme qui rend possible l'apprentissage, le développement de compétences et l'adaptation à des environnements en constante évolution.

Pour Scarlett, cette capacité constitue le fondement même d'une transformation organisationnelle réussie. Elle montre que le changement n'est pas contraire à la nature du cerveau : il devient au contraire accessible et durable dès lors que les individus évoluent dans un climat de sécurité, de clarté et de soutien.

## Mise en perspective du projet

L'objectif recherché par cette revue de littérature, enrichie par l'apport des neurosciences, est de constituer un socle théorique solide pour anticiper les réactions et les comportements qui peuvent survenir lors d'un changement tel que le projet de gestion des séjours et des lits au CHU.

A la lumière de ces différentes études empiriques, revues de littérature et cadres théoriques, il est utile de s'interroger sur l'impact humain concret du projet de gestion de séjours et de lit.

Dans la situation initiale, les services d'hospitalisation sont composés uniquement de soignants. Ils organisent eux-mêmes l'accueil et le départ des patients, ainsi que les contacts avec les familles. Les chefs d'unité infirmiers définissent la capacité d'accueil de leur service et discutent, entre pairs, de l'admission d'un nouveau patient et des modalités qui l'accompagnent. Les médecins, pour leur part, prennent directement en charge l'organisation des examens qu'ils prescrivent. Ce fonctionnement permet à chaque service de s'organiser de manière autonome, en cherchant à équilibrer ressources disponibles, demandes de soins et niveau de qualité attendu par l'équipe.

Du point de vue de l'hôpital, cette organisation est efficace à l'échelle de chaque service, mais le manque d'alignement des objectifs et des pratiques freine le fonctionnement global de l'institution, avec des conséquences sur ses missions et sa pérennité. Par le biais des nouveaux gestionnaires de séjours et de lits, la direction entend reprendre la main sur l'utilisation des ressources, en harmonisant les pratiques autour de la justification des séjours et de la fluidité des flux de patients.

Dans cette perspective, il est aisément d'anticiper plusieurs sources potentielles de frictions. Parmi toutes celles-ci, quatre semblent particulièrement importantes. La première concerne la perte d'autonomie des équipes soignantes. Le besoin de contrôle est profondément ancré dans le fonctionnement du cerveau : lorsqu'il est menacé, il génère un sentiment de stress et de résistance (Scarlett, 2019), or le travail médical et infirmier repose sur une forte exigence d'autonomie professionnelle (Pichault & Schoenaers, 2003). Le risque est donc que la reprise en main de certaines décisions par les gestionnaires de lits soit vécue comme une dépossession, fragilisant l'adhésion au projet.

La deuxième friction tient à l'intégration d'un nouvel acteur au sein des services. L'introduction des gestionnaires de séjours bouleverse sans prévenir un équilibre organisationnel déjà établi. On sait à présent qu'un changement mené sans véritable concertation peut renforcer l'impression d'intrusion et nourrir une résistance silencieuse (Nilsen et al., 2020) mais aussi que tout élément nouveau dans un collectif active une forme de vigilance accrue, liée à l'instinct de protection sociale du cerveau, qui peut accentuer la défiance si le rôle n'est pas clairement expliqué ni légitimé (Scarlett, 2019).

La troisième difficulté réside dans le risque que les démarches d'optimisation et d'efficacité soient perçues comme une menace pour la qualité des soins et pour des conditions de travail déjà éprouvantes. Dans des environnements médicaux sous tension, toute nouvelle procédure est d'abord interprétée comme une surcharge (Joubert et al., 2024) et les réformes se heurtent souvent à la crainte d'un alourdissement sans compensation (Merdinger-Rumpler & Nobre, 2011). En outre, lorsque les professionnels perçoivent un risque pour leurs valeurs essentielles, comme la qualité du soin, l'amygdale s'active et amplifie les réactions de peur ou de repli (Scarlett, 2019).

Enfin, la quatrième friction tient à la possibilité que ces nouvelles méthodes soient vécues comme une remise en cause du savoir-faire et de l'identité professionnelle. Plusieurs travaux montrent que l'introduction d'approches innovantes peut être perçue comme une négation de l'héritage professionnel, nourrissant ainsi un repli identitaire (Clark, 2013). La reconnaissance du statut et des compétences est fondamentale pour préserver la motivation et l'engagement. En l'absence de cette reconnaissance, la perception d'un déclassement ou d'une perte de valeur personnelle peut devenir un puissant moteur de résistance (Scarlett, 2019).

Notre étude de terrain cherchera à observer si ces hypothèses se confirment.

Pour maximiser les chances de succès, la littérature recommande de prendre en compte ces frictions et de mettre en place un plan de gestion du changement adapté, qui tient compte de ces aspects humains. Celui-ci pourrait comprendre une communication claire, la participation active des soignants à la préparation du projet, des formations ciblées, un relais fort des différentes strates hiérarchiques, un déploiement progressif, une valorisation régulière des efforts réalisés ainsi qu'une attention particulière au renforcement du changement et à la pérennisation de ses bénéfices. Cependant, alors que des résultats sont attendus rapidement, il apparaît d'emblée que la mise en œuvre d'un tel plan requiert des ressources, de l'énergie et surtout du temps. C'est précisément cette exigence qui peut conduire certains décideurs à privilégier des approches plus économiques en apparence, mais beaucoup moins porteuses sur le long terme.

La première consisterait à ignorer les freins, en se limitant à observer les premiers résultats et à procéder à quelques ajustements ponctuels. Cette stratégie, du wait-and-see, reporte le problème au lieu de l'anticiper : elle entretient l'incertitude et laisse le terrain aux rumeurs, or on sait à présent que l'absence de communication claire est l'une des causes récurrentes d'échec, comme l'expliquent notamment Barrow & Annamaraju (2022).

La deuxième se résumerait à un plan minimal, mettant en avant les bénéfices attendus sans reconnaître ni traiter les impacts négatifs. Cette approche, en misant sur une communication essentiellement descendante et positive, rejoue les constats de Nilsen et al. (2020) et de Cheraghi et al. (2023) : lorsqu'un projet est perçu comme enjolivé et déconnecté des réalités vécues, il tend à nourrir une résistance silencieuse et à miner la confiance dans les initiateurs du changement.

Enfin, la troisième reposera sur un usage affirmé de l'autorité pour imposer les nouvelles pratiques, allant, dans ses formes extrêmes, jusqu'à la pression, la menace ou la sanction exemplaire. La contrainte peut, il est vrai, provoquer une obéissance immédiate, mais active durablement des circuits de peur et de méfiance dans le cerveau, qui compromettent l'adhésion (Scarlett, 2019). Prosci a également montré que si de tels dispositifs peuvent générer des résultats visibles à court terme, ils alimentent une résistance latente qui se traduit, à long terme, par une perte de confiance, une démotivation, un absentéisme accru et le départ des collaborateurs les plus compétents (Prosci Research, 2016).

---

### III. Analyse empirique

#### Méthodologie de la collecte de données

Après avoir examiné des pratiques de gestion du changement dans le secteur des soins de santé et un ensemble de réactions spontanées du cerveau face aux transformations organisationnelles, la suite du mémoire est consacrée à une étude de terrain.

Cette étude consiste à interviewer plusieurs acteurs du personnel de soin dans différents services d'hospitalisation du CHU ainsi que de leur hiérarchie. L'objectif principal de ces entretiens est de déterminer dans quelle mesure le personnel interrogé adhère ou résiste au projet de gestion des séjours et des lits, ainsi que comprendre, au travers la perception des participants, les méthodes utilisées par l'hôpital pour favoriser leur adhésion.

Considérant que, pour diverses raisons, le projet semblait davantage accepté dans les services de chirurgie, l'étude s'est concentrée sur les services de médecine interne. Les entretiens ont ainsi été réalisés dans deux unités distinctes, situées sur les sites du Sart-Tilman et de Notre-Dame-des-Bruyères.

Parmi les dix participants, sont comptés : 4 infirmiers chefs d'unité, 3 médecins superviseurs de salle, 2 Professeurs chefs de service et 1 représentant de la direction de l'hôpital à la tête de l'Unité des soins infirmiers.

La méthode adoptée repose sur des entretiens semi-directifs, structurés autour de plusieurs thématiques, sans questionnaire précis. Il s'agissait d'abord d'évaluer la compréhension par les participants des enjeux du projet pour l'hôpital, afin de mesurer dans quelle mesure les objectifs institutionnels étaient perçus et intégrés. L'entretien explorait ensuite l'implication personnelle des participants dans la réussite du projet, de manière à identifier les leviers d'engagement individuels. La clarté des consignes transmises et les moyens mis à disposition constituaient également un axe important, car ils conditionnent directement la capacité à mettre en œuvre les changements attendus. Par ailleurs, une attention particulière a été portée au retour d'information fourni par l'institution sur les résultats des projets pilotes, ainsi qu'à la reconnaissance des efforts consentis, deux dimensions fréquemment relevées dans la littérature comme déterminantes pour soutenir la motivation et l'adhésion. Tous les entretiens ont été réalisés dans le respect de l'anonymat et du consentement libre et éclairé des participants. Dans les documents qui suivent, chaque interlocuteur est désigné par une lettre de l'alphabet choisie aléatoirement. Seule sa fonction est mentionnée, afin de permettre une contextualisation minimale des propos.

Ces quelques seize heures d'entretiens ont été intégralement retranscrites dans un document d'environ 200 pages, tenu à la disposition du jury sur simple demande. Pour les besoins du mémoire, ce matériau a été exploité sous la forme d'une analyse transversale des dix entretiens. Celle-ci vise à proposer une lecture intégrée de l'ensemble des propos recueillis. Afin d'enrichir cette synthèse, chaque section est accompagnée, en marge du texte, d'un éclairage inspiré des apports des neurosciences. Cette lecture parallèle, fondée sur la grille d'analyse composée à partir des travaux de Hilary Scarlett, met en évidence les mécanismes cognitifs susceptibles d'éclairer tant les réactions que les comportements évoqués par les participants et s'appuie ponctuellement sur des verbatim significatifs.

## Résultats et analyse de l'étude empirique

### Les raisons du changement non expliquées, non discutées, donc difficile à s'approprier

La première critique récurrente dans les entretiens porte sur l'absence d'explication quant aux raisons ayant motivé l'introduction d'un système de gestion centralisée des séjours et des lits. Plusieurs participants déclarent n'avoir reçu aucune information formelle ou contextualisée leur permettant de comprendre les fondements de cette réforme. Cette absence d'explicitation est d'autant plus marquante qu'elle concerne un changement majeur, impactant directement l'organisation quotidienne du travail infirmier et médical, ainsi que la logique même des admissions hospitalières.

Si quelques professionnels parviennent à reconstituer de manière personnelle certains des enjeux supposés du projet (optimisation des flux, pressions budgétaires, pénurie de personnel), cette reconstruction n'a pas fait l'objet d'une communication institutionnelle claire ni partagée. L'impression générale est celle d'un changement survenu sans préambule, sans cadre explicatif, et sans articulation explicite avec les priorités cliniques ou humaines des équipes de terrain.

*Cette séquence active principalement les mécanismes du bloc 2, liés à la perte de contrôle et à l'incertitude prolongée. En l'absence d'explications claires sur les raisons du changement, les participants formulent leurs propres hypothèses et nourrissent la rumeur. L'un d'eux formule explicitement ce besoin de sens partagé : « De nouveau, je crois qu'il est bien d'expliquer à tout le monde l'objectif de la manœuvre et que tout le monde se rende compte. »*

*Faute d'un récit commun, des versions contradictoires circulent et désorganisent la compréhension collective. Un chef de service déclare ainsi : « Je dois souvent démentir. » Ce type de correction récurrente montre que l'espace vide laissé par la communication institutionnelle est occupé par des récits locaux, souvent plus anxiogènes que les faits eux-mêmes. Dans ce contexte, le cerveau entre en état d'hypervigilance, amplifie les signaux perçus et oriente l'attention vers les risques au détriment des capacités d'analyse, de coopération et de recul.*

### Un changement vécu comme imposé

Un constat unanime émerge : le changement lié à la gestion centralisée des lits a été mis en œuvre sans réelle consultation des acteurs de terrain. Ce sentiment de non-association, voire d'exclusion, est une source récurrente de frustration et alimente une forme de désengagement, voire de résistance passive ou explicite.

Tous les participants abordent ce thème, à l'exception partielle du participant B, qui, en tant que cadre supérieur, a été lui-même acteur de la réforme. Il reconnaît toutefois que le personnel infirmier a « le sentiment de ne pas être écouté ». Le thème est donc systémique, traversant l'ensemble des

*La mise à l'écart du projet active une douleur sociale marquée, renforcée par une perception d'injustice. Cette douleur relationnelle se manifeste par une série de formulations explicites : « On ne nous demande pas notre avis. », « Les médecins ont été un peu mis sur le côté... », « J'aurais aimé que la direction médicale invite les chefs d'unité », « À un moment donné, on a ressenti un peu, au sein de l'institution, cette volonté de faire un peu court-circuiter les infirmiers chefs d'unité*

fonctions, y compris managériales, et n'épargne aucune catégorie professionnelle.

Ce thème cristallise plusieurs formes de ruptures relationnelles : entre direction et terrain, entre décideurs et exécutants, entre intention politique et faisabilité opérationnelle. Il nourrit une perte de confiance et affaiblit la légitimité perçue du changement. La forme de mise en œuvre est souvent plus critiquée que le fond : certains participants admettent la logique du projet, mais dénoncent l'absence de pédagogie et de dialogue.

Le sentiment de ne pas avoir été consulté renvoie à une blessure symbolique, particulièrement vive chez les professionnels expérimentés ou occupant des rôles de coordination. Il se double parfois d'un ressenti d'humiliation, surtout lorsque l'information circule par des canaux informels.

#### Une communication institutionnelle jugée floue, descendante et inadaptée

Au-delà du manque de concertation évoqué précédemment, les entretiens mettent en évidence une critique récurrente de la communication institutionnelle, perçue comme inadaptée à la réalité du terrain hospitalier. Plusieurs participants expriment une impression de verticalité dans les flux d'information : les décisions semblent communiquées de manière descendante, souvent tardive, et sans réel souci d'adaptation au contexte opérationnel. Cette dynamique accentue la sensation de rupture entre les instances dirigeantes et les acteurs de première ligne.

La communication est également jugée floue dans son contenu. Des participants évoquent des messages institutionnels ambigus, incomplets ou changeants, qui génèrent confusion et interprétations divergentes au sein des équipes. L'absence de clarté alimente une incertitude généralisée, particulièrement mal vécue dans un environnement où la stabilité des repères est essentielle à l'efficacité des soins. Certains évoquent même un effacement progressif de la communication officielle, progressivement remplacée par des échanges informels, des interprétations

». Un chef de service emploie des mots fort en s'exprimant au nom du collectif : « Ce qui rend compliquées les affaires, c'est les gestions très centralisées, parce qu'on a l'impression d'être complètement des pions », tandis qu'un médecin reconnaît qu'il existe des alternatives : « Moi ils m'auraient demandé mon avis il y a 2 mois, j'aurais pas râlé aujourd'hui. »

Le sentiment d'être ignoré ou tenu à distance nourrit une forme de repli et de désengagement. Il est accentué par la non-reconnaissance de l'expertise du terrain, perçue comme une injustice structurelle.

Cette fracture se renforce par l'activation de biais sociaux, qui opposent symboliquement les acteurs de terrain à ceux de l'administration. Un participant résume ce clivage : « Ce sont des gens qui ne sont pas sur le terrain qui décident à notre place. »

Le style de communication employé dans le projet active à lui seul des réactions issues de plusieurs blocs cognitifs. Son caractère spontané, unidirectionnel et non interactif génère une perte de contrôle et entretient une incertitude prolongée, source de stress. Un participant l'illustre ainsi : « On a une réunion des chefs d'unité. On ne nous annonce rien du tout et puis on revient ici et on a un mail. »

Ce format écrit, impersonnel, alimente également une douleur sociale : l'absence d'espace pour réagir ou dialoguer crée un sentiment d'exclusion. Faute de canaux formels adaptés, les soignants se tournent vers des circuits informels, ce qui active la rumeur et des tentatives individuelles de reconstruction du sens : « On apprend plus par les

locales ou des rumeurs, devenues les seuls moyens d'anticiper ou de comprendre les décisions en cours.

Ces habitudes de communication révèlent un décalage entre les logiques institutionnelles et les réalités opérationnelles. Le langage utilisé dans les échanges officiels est parfois perçu comme inadapté aux contraintes cliniques et relationnelles du quotidien hospitalier. Il en résulte un affaiblissement du leadership, et une forme de retrait de la part de certains professionnels, qui ne se sentent ni entendus, ni compris.

Cette situation fragilise la coordination interdisciplinaire, brouille les responsabilités, et contribue à un climat d'incertitude défavorable à l'engagement. Dans plusieurs entretiens, les participants associent directement ce manque de lisibilité à une perte d'efficacité collective, voire à une mise en risque du fonctionnement des unités. Ainsi, la critique de la communication institutionnelle dépasse la seule plainte sur la forme : elle s'inscrit dans une analyse plus large du déficit de dialogue, de clarté et de réciprocité dans les relations entre la gouvernance et les professionnels de terrain.

#### Une absence de bilan et de feedback

Dans la continuité du manque d'explication initial sur les raisons du changement, plusieurs participants soulignent l'absence totale de retour structuré depuis la mise en place du nouveau système de gestion des séjours. Alors que la réforme est déjà déployée sur le terrain, aucun bilan, ni qualitatif ni quantitatif, n'a été partagé avec les équipes pour en évaluer les effets ou justifier sa pérennisation. Ce silence institutionnel est perçu comme un prolongement du déficit de communication observé dès l'amont du projet.

Certains professionnels interrogés disent ne pas savoir si le système fonctionne mieux, ni même quels étaient précisément les indicateurs censés en mesurer le succès. Ils constatent parfois des améliorations locales ou un meilleur fonctionnement dans leur service, mais ne disposent d'aucune information globale permettant de situer leur expérience dans une logique d'évaluation collective. D'autres, au contraire, observent des dysfonctionnements persistants, mais ne savent pas s'ils sont isolés ou généralisés, ni si des ajustements sont envisagés.

Un participant souligne par exemple que certains résultats positifs sont perceptibles sur le terrain (comme une amélioration des sorties avant midi) mais déplore qu'aucun chiffre ne soit transmis aux équipes infirmières, alors même que les gestionnaires dans la ligne administrative en reçoivent régulièrement. Cette asymétrie d'accès à l'information est

*gestionnaires de séjour, plutôt que par la direction infirmière. »*

*En réduisant les messages à des consignes pratiques (le comment faire), sans aborder les objectifs ou le sens du projet (le pourquoi), la communication contribue à une rupture de cohérence narrative, qui fragilise l'adhésion.*

*Enfin, l'absence de clarté, de rituel collectif ou de feedback renforce une réaction à la menace, qui peut se diffuser dans les équipes par contagion émotionnelle au détriment de la réflexion collective.*

*Un participant résume cette dissonance : « J'ai vu des bénéfices (dans ces mesures), mais c'est dans la communication que ça ne va pas.»*

*L'absence de feedback entretient une forte réaction d'incertitude. Faute d'éléments concrets, les professionnels formulent leurs propres interprétations, non seulement sur les résultats du projet, mais également sur les raisons supposées de l'absence de feedback. Ce vide cognitif, particulièrement coûteux pour le cerveau, s'accompagne d'un manque de prédictibilité : les soignants ne savent pas si leurs actions contribuent réellement aux objectifs poursuivis ce qui fragilise leur engagement et leur capacité d'ajustement. Le fil narratif se rompt, laissant place à un sentiment de désorientation et d'inachèvement.*

*Cette absence de repères est renforcée par une asymétrie d'accès à l'information entre les soignants et les gestionnaires, alimentant une forme de douleur sociale, doublée d'une perception d'injustice lorsque les résultats sont diffusés à certains groupes seulement. Ce clivage, déjà*

vécue comme un marqueur d'exclusion et de hiérarchisation implicite entre métiers.

Cette absence de feedback formel entretient un sentiment de flou et d'inachevé. Elle empêche les professionnels de se situer dans le processus, d'ajuster leurs pratiques ou de prendre du recul sur les effets du changement. Certains y voient un indice que l'institution elle-même ne souhaite pas ou ne peut pas rendre compte des résultats, ce qui alimente la méfiance et le désengagement. Ce constat revient de manière transversale, notamment chez des professionnels en position de coordination, qui auraient besoin de repères pour accompagner leurs équipes avec plus de clarté.

En définitive, cette lacune dans le suivi post-implémentation est perçue comme un manque de reconnaissance du travail accompli et comme une occasion manquée de renforcer l'adhésion. Elle prolonge la dynamique d'exclusion déjà dénoncée en amont du projet, et contribue à figer le changement dans une posture de contrainte, plutôt que dans une logique de progression partagée.

#### Une réforme parfois comprise dans ses intentions, mais souvent critiquée dans sa mise en œuvre

Si la plupart des participants se montrent critiques vis-à-vis du mode d'introduction du nouveau système de gestion centralisée des lits et des séjours, ils ne rejettent pas systématiquement ses principes ou ses objectifs. Plusieurs d'entre eux reconnaissent qu'une réforme était nécessaire, au vu des tensions croissantes sur les flux hospitaliers, de la pénurie de personnel infirmier ou encore de la pression sur les durées moyennes de séjour. Certains perçoivent dans ce dispositif une tentative légitime d'améliorer l'efficacité globale du système et d'adapter l'hôpital à des contraintes structurelles devenues inévitables.

Cependant, cette reconnaissance d'une certaine cohérence stratégique coexiste avec une série de réserves marquées sur les modalités concrètes de mise en œuvre. La réforme est souvent jugée brutale, incomplète, mal préparée, ou déconnectée des réalités de terrain. Plusieurs professionnels soulignent un décalage entre les intentions affichées et les effets observés, notamment en termes de surcharge, de perte de fluidité ou de tensions interpersonnelles. Dans certains cas, des bénéfices ponctuels sont identifiés, comme une amélioration des délais d'examen ou une plus grande traçabilité

*perceptible en amont du projet, se trouve ainsi ravivé dans la phase de suivi.*

*Enfin, l'absence de reconnaissance (réaction n°23) prive les équipes d'un levier biologique essentiel à la motivation : sans feedback positif, il n'y a ni dopamine, ni oxytocine, donc ni satisfaction ni sentiment d'utilité. Ce déficit émotionnel est d'autant plus mal vécu qu'il est perçu comme intentionnel ou négligé. Un participant résume ce ressenti avec amertume : « Le directeur... il le pense probablement, mais [le remerciement] passera en 50e position dans sa liste des choses à faire. » Ce décalage perçu dans les priorités relationnelles alimente la distance entre les objectifs institutionnels et l'expérience vécue sur le terrain.*

*Plusieurs participants expriment une compréhension intellectuelle du projet de réforme, tout en peinant à y adhérer concrètement. Cette ambivalence illustre une dissociation classique entre les circuits du raisonnement (cortex préfrontal) et les réactions émotionnelles automatiques (amygdale, système limbique). Lorsque le changement est perçu comme brutal ou imposé, il active une réaction de menace, souvent associée à une douleur sociale, notamment chez ceux qui vivent la réforme comme une remise en cause de leur métier ou de leurs pratiques.*

*Ce stress émotionnel bloque les fonctions exécutives et favorise un retrait cognitif, parfois discret mais réel. Le manque de concertation et la faible lisibilité des modalités renforcent le sentiment de perte de contrôle, un facteur clé dans*

administrative, mais ces effets positifs semblent minorés par les dysfonctionnements ressentis au quotidien.

Le discours ambivalent de plusieurs participants traduit une tension entre une compréhension intellectuelle du projet et une difficulté à y adhérer émotionnellement ou opérationnellement. Cette ambivalence est particulièrement visible chez certains médecins chefs de service ou des infirmiers chefs d'unité, qui affirment saisir les enjeux globaux de la réforme, tout en constatant les résistances ou les blocages qu'elle suscite au sein de leurs équipes.

En définitive, la réforme ne suscite pas un rejet dogmatique, mais un scepticisme pragmatique : ce n'est pas tant le fait de changer qui est contesté, que la manière dont ce changement a été conduit, sans préparation suffisante, sans accompagnement structuré, et sans prise en compte des spécificités locales. Cette posture critique mais nuancée témoigne d'une réelle volonté d'amélioration de l'organisation hospitalière, à condition que les transformations soient pensées avec, et non contre, les professionnels du soin.

#### **Une surcharge de travail chronique, aggravée par le contexte du changement**

Un des constats les plus largement partagés dans les entretiens concerne l'intensité de la charge de travail supportée par les professionnels hospitaliers, en particulier les chefs infirmiers. Si cette surcharge n'est pas nouvelle, elle apparaît dans les discours comme une réalité chronique, installée, et désormais exacerbée par les transformations organisationnelles récentes, dont fait partie la gestion centralisée des lits et des séjours.

Les participants décrivent un système qui fonctionne sous tension permanente, où les postes vacants ne trouvent plus preneurs et où les équipes doivent continuellement compenser les absences. Plusieurs évoquent le recours croissant à des formes de débrouille, de compromis, voire de renoncements. Cette surcharge structurelle est perçue comme non reconnue par l'institution, ce qui accroît le sentiment d'abandon et d'usure.

Le changement étudié, loin de soulager cette pression, est au contraire perçu comme un facteur aggravant. Les nouvelles modalités de gestion des admissions sont souvent vécues comme une source de tâches supplémentaires, introduites sans renforts ni adaptation des moyens. Des chefs d'unité décrivent la nécessité de faire face à des demandes de dernière minute, des injonctions contradictoires ou des arbitrages complexes, sans pouvoir refuser, ni négocier. Le sentiment de devoir "absorber" les effets du changement est largement exprimé, notamment par les chefs de service, placés dans une

*l'émergence de résistances. Dans ces conditions, le cerveau tend à économiser ses ressources : il priviliege les routines familières (réflexe de conservation d'énergie), tout en se protégeant par un désengagement progressif.*

*Sans perspective claire, ni gain perçu, l'effort mental requis par le changement devient dissuasif. Il laisse place à une contagion émotionnelle, qui alimente scepticisme et inertie au sein des équipes.*

*Ce contexte active fortement les mécanismes du bloc 3, liés à la fatigue mentale, tels l'épuisement de l'attention et le pilote automatique. Le cerveau, soumis à une pression continue, perd en flexibilité et se contente d'exécuter les tâches minimales. Des participants expriment cette usure en répétant les mots : « C'est vraiment, vraiment, vraiment compliqué. » ou « (La tâche) est trop lourde, elle est trop lourde. »*

*Dans ces conditions, les arbitrages deviennent difficiles, les marges de manœuvre se réduisent, et l'engagement dans de nouveaux processus diminue au profit de réflexes routiniers. Le cerveau entre en économie d'énergie : il évite ce qu'il ne peut plus traiter.*

*D'autres réactions s'y ajoutent, notamment la perception d'injustice, lorsque les professionnels doivent compenser eux-mêmes les limites systémiques : « Chacun fait un peu sa petite*

position intermédiaire, à la fois responsables devant leurs équipes et relais malgré eux des décisions institutionnelles.

La pénurie de personnel, les fermetures de lits, et la gestion centralisée sont ainsi perçues comme un enchaînement de contraintes interconnectées, qui finissent par fragiliser la qualité du soin, la stabilité des équipes, et la santé psychologique des professionnels. Ce contexte d'épuisement latent génère une forme de résignation, parfois même de désengagement, avec un repli sur les tâches essentielles, au détriment de l'initiative, de la créativité ou du lien interprofessionnel.

Ce thème apparaît comme une toile de fond de l'ensemble des témoignages, traversant les niveaux hiérarchiques et les catégories professionnelles. Il constitue l'un des principaux leviers de compréhension des résistances au changement : dans un contexte déjà saturé, toute nouvelle mesure est spontanément perçue comme une charge supplémentaire, sauf si elle est clairement porteuse de sens et accompagnée de ressources concrètes.

#### **La figure des gestionnaires de séjour et de lit, entre incompréhension, tensions et nécessité d'ajustements**

L'introduction du rôle des gestionnaires de séjour et de lit constitue l'un des éléments concrets les plus discutés par les participants. Ces nouveaux postes, destinés à optimiser la gestion des flux et à réguler les durées de séjour, suscite une grande diversité de réactions, allant de l'incompréhension à la méfiance, en passant par une reconnaissance de son utilité potentielle dans certains contextes.

Pour de nombreux professionnels interrogés, ce rôle reste mal défini, insuffisamment intégré aux équipes, et porteur de confusion sur les responsabilités respectives. Plusieurs participants s'interrogent sur la légitimité de ces gestionnaires à intervenir dans les décisions liées à l'organisation des soins ou aux priorités cliniques, alors même qu'ils ne sont pas toujours issus du monde infirmier ou médical. Cette perception alimente des tensions, parfois vives, notamment lorsque les consignes de placement ou de libération de lits entrent en contradiction avec l'évaluation des soignants.

La coexistence de plusieurs logiques (soin, gestion, administration) semble encore difficile à articuler. Certains professionnels reconnaissent néanmoins l'intérêt d'avoir une personne dédiée à la coordination des séjours, notamment dans des services sous tension ou auprès d'équipes en difficulté. Mais cette utilité est conditionnée à une intégration réussie, à une clarté des rôles, et à une capacité de dialogue avec les équipes cliniques. Sans cela, le gestionnaire de séjour est perçu comme un agent de surveillance ou de contrôle, ce

*popote dans son coin. », « C'est le règne de la débrouille. »*

*Enfin, plusieurs signes laissent entrevoir les effets physiologiques du stress chronique : un participant évoque une opération cardiaque qu'il attribue à sa surcharge de travail, d'autres décrivent une impossibilité de déconnexion mentale en dehors du travail, signe d'hyperactivation limbique anticipée. Ensemble, ces mécanismes dessinent un terrain d'usure profonde, où tout changement non accompagné est vécu comme un fardeau supplémentaire.*

*L'arrivée du gestionnaire de séjour est souvent perçue comme une menace pour le statut et la légitimité des soignants. Cela active une combinaison de réactions : douleur sociale, perception d'injustice, et atteinte au besoin de reconnaissance. Un médecin évoque, à propos d'un infirmier chef : « Il adorait ça, et le faisait très efficacement et puis la gestion des séjours a un peu mis le bazar dans l'affaire. » Un autre dénonce : « C'est ne pas reconnaître notre compétence, ne pas nous faire confiance. »*

*L'ingérence des gestionnaires dans le quotidien des soignants est souvent perçue comme une menace et une atteinte à l'autonomie. Un médecin résume sa vision du projet : « Un contrôle militaire de la direction sur l'occupation des lits »*

*Cette atteinte symbolique est souvent renforcée par des éléments concrets comme les faibles qualifications ou les barèmes salariaux : « Les gestionnaires ont le*

qui détériore la confiance et fragilise la coopération interprofessionnelle.

Au fil des entretiens, il apparaît que la réussite de cette fonction dépend moins de son principe que de sa mise en œuvre concrète. Lorsqu'elle est vécue comme imposée sans concertation, la fonction cristallise les tensions. Lorsqu'elle s'installe de manière progressive, avec des échanges réguliers et une reconnaissance mutuelle des compétences, elle peut au contraire devenir un appui dans la gestion quotidienne. Cette ambivalence souligne la nécessité d'un travail d'ajustement et de clarification, afin que ce rôle ne soit pas un point de rupture mais bien un levier.

*même salaire qu'un infirmier, et il ne vaut mieux pas que ça se sache. » La remarque anticipe une contagion émotionnelle, susceptible de fragiliser l'équilibre collectif.*

*Les biais sociaux accentuent la polarisation entre professions : « C'est un psychologue qui annule la décision d'une cardiologue supervisrice, ça me dépasse. » Le sentiment de déclassement et l'impression d'ingérence extérieure alimentent méfiance, opposition, et blocage.*

*Les rapports d'autorités sont évoqués au détriment du dialogue « On a mis un gestionnaire de séjour, qui ne dépend pas de moi. Je ne peux rien lui imposer ». Dans un contexte d'hyperréactivité émotionnelle un chef d'unité déplore des tensions régulières et admet perdre son sang-froid : « Moi je ne supporte pas qu'on crie donc je lui ai juste dit écoute je vais raccrocher au revoir et j'ai raccroché. Et depuis, je ne lui parle pas. »*

### Des rôles de coordination fragilisés

Les entretiens font apparaître une transformation silencieuse mais profonde des rôles de coordination au sein de l'hôpital, en particulier ceux des infirmiers chefs d'unité et, dans une moindre mesure, des médecins chefs de service. Ces fonctions, historiquement ancrées dans la proximité avec les équipes et la régulation des activités de soins, sont aujourd'hui perçues comme de plus en plus exposées à des logiques de gestion et de contrôle, parfois au détriment de leur mission d'accompagnement et de pilotage clinique.

Plusieurs participants décrivent un glissement progressif de leurs responsabilités vers davantage de contraintes administratives et une diminution de leur marge de manœuvre dans la coordination des admissions. Ce phénomène est particulièrement sensible chez les chefs d'unité infirmiers, souvent coincés entre les besoins de leurs équipes et les exigences du système. La réforme de la gestion des séjours, en accentuant la pression sur les flux, a rendu leur position encore plus délicate : ils doivent désormais composer avec des

*Chez les chefs d'unité infirmiers, la perte de sens liée au changement s'ancre avant tout dans une rupture de cohérence narrative. Les professionnels doivent appliquer des consignes qui entrent en contradiction avec leurs repères éthiques ou cliniques. L'un d'eux illustre ce conflit : « On a joué à un système de Tetris. Mais le Tetris, c'est des blocs. Et les blocs, ici, ce sont des êtres humains. »*

*Ce type de tension est aggravé par des objectifs contradictoires, des ressources insuffisantes et des règles ambivalentes, qui activent une réaction de manque de prédictibilité. Le cerveau, incapable d'anticiper ou de se repérer, bascule*

décisions qu'ils n'ont pas prises, tout en restant responsables du bon fonctionnement de leur unité.

Cette tension structurelle génère un sentiment d'isolement managérial. Plusieurs témoignages expriment une forme de solitude, voire d'impuissance, face à des objectifs souvent contradictoires. Les chefs d'unité doivent à la fois garantir la sécurité et la qualité des soins, soutenir des équipes en souffrance, gérer des ressources humaines réduites, tout en appliquant des consignes qui leur paraissent parfois irréalistes ou mal adaptées. Dans ce contexte, leur autorité symbolique se trouve fragilisée, et leur légitimité mise à l'épreuve.

Du côté médical, les chefs de service apparaissent largement en retrait de la gestion quotidienne des hospitalisations, qu'ils ne prennent plus en charge eux-mêmes. Cette mission est assurée en pratique par les médecins superviseurs, présents au sein des services d'hospitalisation, qui encadrent les assistants (médecins en formation) et collaborent étroitement avec les équipes infirmières. Ce fonctionnement crée une forme de décrochage fonctionnel entre les médecins chefs de service et la réalité du terrain, que certains participants identifient comme un facteur de déconnexion, voire d'incompréhension, face aux contraintes actuelles de la prise en charge hospitalière.

Les chefs de service interrogés reconnaissent eux-mêmes une forme de désengagement progressif, liée à la délégation complète de la gestion des hospitalisations. En se tenant à distance des questions d'organisation quotidienne comme des consignes de l'institution, ils n'en suivent plus les évolutions, n'interviennent que ponctuellement en cas de problème majeur, et laissent s'installer un rapport détaché des réalités concrètes du terrain.

### Une fracture entre les logiques de gestion et les valeurs du soin

Au fil des entretiens, plusieurs participants expriment un malaise profond face à ce qu'ils perçoivent comme un glissement des finalités de l'hôpital, désormais orientées moins vers le soin et plus vers la gestion. Ce ressenti dépasse la simple critique d'un projet particulier : il reflète une inquiétude éthique et identitaire, centrée sur la perte de sens que peut provoquer une organisation du travail où l'optimisation des flux, des durées et des indicateurs semble primer sur l'attention aux patients, à leurs besoins et à la relation de soin.

Certains professionnels disent ne plus reconnaître l'institution dans laquelle ils travaillent. La réforme de la gestion des lits n'est pas toujours critiquée en tant que telle, mais elle est perçue comme un symptôme d'une transformation plus large, où les critères de performance prennent progressivement le pas sur la qualité des soins, l'écoute, le rôle de l'hôpital dans le

sous stress dans un mode de fonctionnement réduit : les fonctions exécutives (réflexion, arbitrage, recul) s'effondrent au profit de réponses automatiques.

*Du côté médical, plusieurs chefs de service reconnaissent leur désengagement, traduisant un réflexe de conservation d'énergie : « Moi, j'aime bien déléguer mais là, je l'ai laissé rouler ». Ce repli prive les médecins de terrain d'un relais stratégique, ce qui renforce chez eux un sentiment de perte de contrôle, de dissonance narrative et d'injustice ressentie. L'un d'eux s'agace : « Si nos chefs venaient avec moi une demi-journée voir comment nous fonctionnons, ils comprendraient qu'écrire ça n'a pas de sens. » Et d'ajouter : « Il y a des choses (dans ce nouveau règlement) qui ne correspondent déjà pas à notre réalité. »*

*La perte de sens exprimée par les soignants reflète une rupture de cohérence narrative entre leur vocation initiale et les logiques gestionnaires. Le sentiment que la mission du soin est dégradée par des contraintes financières ou politiques revient avec force : « On fait plus de la survie que de l'extrême qualité », ou encore : « Il faut arrêter de dire qu'on va faire de la qualité des soins. Non, c'est un concours. »*

*Cette dissonance se double d'une perception d'injustice, notamment chez ceux qui rappellent avoir*

tissu social local, et la complexité des situations individuelles. Ce sentiment est particulièrement vif chez les soignants de terrain qui doivent faire face à des dilemmes concrets : admettre un patient sans certitude de lit disponible, renvoyer un patient malgré l'absence d'accueil en aval, ou céder à des injonctions organisationnelles contradictoires.

Cette tension entre gestion et soin met à l'épreuve les valeurs professionnelles des acteurs, et contribue à une forme de dissonance cognitive, voir morale. L'impression de devoir "faire du chiffre" ou "justifier des durées" au détriment d'un accompagnement adapté est vécue comme une atteinte à l'essence même du métier, en particulier chez les soignants investis dans une relation de proximité avec les patients. Dans certains cas, cette dissonance génère de la colère ou du repli ; dans d'autres, une perte d'engagement progressif, nourrie par le sentiment que les priorités de l'institution ne sont plus alignées avec les fondements du soin.

Ce thème n'est pas présent de manière explicite chez tous les participants, mais il constitue un fil rouge dans les propos de nombreux soignants, qui articulent leur critique moins autour d'une réforme en particulier que d'un changement de culture organisationnelle. Il éclaire ainsi l'une des raisons majeures pour lesquelles certains professionnels ont du mal à adhérer aux projets institutionnels : ce n'est pas uniquement la forme du changement qui pose problème, mais la perception d'un éloignement croissant entre ce changement et les finalités fondamentales du métier hospitalier.

#### Repli professionnel et perte d'initiative dans un climat d'incertitude

L'un des effets indirects mais significatifs du changement organisationnel évoqué dans les entretiens est le développement d'un repli professionnel, qui se manifeste par une réduction de l'engagement proactif, une réticence à prendre des initiatives, et parfois une forme d'attentisme résigné. Ce phénomène ne découle pas d'un désintérêt pour le travail, mais d'une usure psychologique et organisationnelle, nourrie par l'accumulation de contraintes, de flous décisionnels, et d'injonctions difficilement conciliables.

*délibérément choisi de s'engager au service des patients, au prix de renoncer à des carrières plus valorisées socialement et financièrement. « Moi, je suis fonctionnaire, j'en ai rien à foutre des finances, ce qui compte, c'est la qualité des soins. » Ce sentiment active les circuits de menace et l'hyperréactivité émotionnelle chez des professionnels qui ne se sentent plus alignés avec l'institution.*

*Le fossé entre soignants et gestionnaires est également alimenté par des biais sociaux : « On investit trop dans l'administration et pas assez dans les soignants. » Ces clivages identitaires renforcent la défiance et nourrissent des représentations opposées du travail.*

*Dans ce contexte, la douleur sociale devient chronique et la contagion émotionnelle gagne du terrain. Un chef de service évoque, résigné, le « climat général de l'hôpital ». Le biais de négativité s'installe, inhibe l'envie d'agir, et empêche toute projection positive : « Il faut toujours faire plus avec moins. » ou encore : « On a un peu du mal à s'impliquer maintenant dans ce genre de réunion-là concrètement parce que, de toute façon, quand on propose des choses, on nous dit tout le temps qu'il n'y a pas d'argent. »*

*Le point ci-contre éclaire plusieurs origines neurologiques de la démotivation. Le premier facteur en jeu est la non-récompense des efforts. Le cerveau humain anticipe naturellement du plaisir et de la reconnaissance lorsqu'un individu s'investit : cette attente mobilise le système dopaminergique. En l'absence de retour positif, ce circuit reste inactif, ce qui freine l'élan d'engagement. Un des participants résume : : « J'ai un peu abandonné.*

Plusieurs participants évoquent un climat d'incertitude permanent, dans lequel il devient risqué, voire contre-productif, de vouloir anticiper ou proposer. La répétition des changements non concertés, le manque de repères stables, et l'impression que les décisions sont prises ailleurs, sans lien avec les réalités de terrain, contribuent à une démobilisation silencieuse. Les professionnels tendent alors à se recentrer sur leur cœur de métier strict, à limiter leur champ d'action à l'essentiel, et à éviter les responsabilités supplémentaires qui ne sont ni reconnues ni soutenues.

Chez les cadres de proximité, notamment les chefs d'unité, cette tendance au repli est accentuée par la surcharge de responsabilités sans soutien, et par la difficulté à faire entendre les réalités du terrain dans les espaces de décision. L'absence de reconnaissance formelle ou de valorisation de leurs efforts d'adaptation renforce le sentiment de décalage entre leur implication quotidienne et la considération institutionnelle dont ils bénéficient.

Ce retrait n'est pas toujours verbalement assumé comme tel, mais il transparaît dans les discours par des expressions de lassitude, de résignation, ou de renoncement à vouloir changer les choses. Il s'agit donc moins d'une résistance active que d'une forme d'extinction progressive de l'engagement, dans un contexte où l'initiative semble sans effet, et où la capacité d'action paraît réduite à une gestion de l'urgence et de la contrainte.

#### La qualité des relations interpersonnelles comme levier d'adaptation

Malgré les critiques nombreuses formulées à l'égard de la réforme et de ses modalités d'implémentation, plusieurs participants insistent sur l'importance des ressources relationnelles dans leur capacité à faire face au changement. Le lien de confiance avec les collègues, la solidarité entre soignants, et la fluidité de la communication informelle sont

*Parce que, de toute façon, on n'a pas de réponse. »*

*Cette absence de feedback alimente aussi un sentiment de perte de contrôle, associé à un manque de prédictibilité. En effet, lorsque les professionnels ne perçoivent plus de lien clair entre leurs actions et les décisions qui en découlent, le cerveau ne parvient plus à anticiper les résultats ni à ajuster ses comportements. Il entre alors dans une stratégie de conservation d'énergie. « Il n'y a pas de retour. Donc moi, je n'en parle plus. »*

*À cette incertitude s'ajoute une douleur sociale, issue du sentiment d'être ignoré ou tenu à l'écart, en particulier lorsqu'un effort collectif ou une initiative de terrain reste sans écho.*

*Enfin, la perception d'injustice renforce la démotivation lorsque les émotions passées restent sans reconnaissance. Un médecin évoque avec amertume l'absence de retour sur une épreuve collective : « À aucun moment on ne s'est dit qu'il était pertinent de s'asseoir autour d'une table pour tirer les leçons d'une crise [...] Il y a eu une évaluation de la crise Covid au niveau pharmaceutique, au niveau de l'administration. Il n'y en a pas eu au niveau médical. » La colère exprimée ici s'ancre dans une mémoire émotionnelle traumatique.*

*Le besoin de lien social activé dans cet extrait relève du bloc 1 : il s'agit d'un mécanisme fondamental de survie. Plusieurs soignants évoquent un environnement de travail familial, source de sécurité émotionnelle et de stabilité relationnelle : « Je tiens à l'équipe, j'y tiens à la salle. J'irai ailleurs pour rien au monde parce*

autant de facteurs qui permettent de maintenir une certaine continuité dans le travail, malgré les tensions structurelles.

Certains professionnels soulignent le rôle central de l'entraide au sein des équipes, qui permet de compenser les absences, de désamorcer des conflits potentiels, ou de prendre des décisions collectives lorsque les consignes institutionnelles sont imprécises. Ce réflexe coopératif, souvent implicite, semble jouer un rôle de stabilisateur dans un contexte perçu comme instable. Les liens tissés au fil du temps entre collègues apparaissent comme un facteur de sécurité psychologique, permettant d'amortir les effets de la réorganisation.

La proximité avec certains acteurs clés : médecins superviseurs, infirmiers expérimentés, collègues de confiance est également évoquée comme un facilitateur. Dans plusieurs services, le dialogue quotidien entre personnes identifiées comme fiables ou engagées permet de traduire localement les injonctions globales, et de préserver un certain niveau de cohérence dans l'organisation du travail.

Ce sont donc les dynamiques interpersonnelles locales, bien plus que les dispositifs institutionnels, qui soutiennent l'adaptation au changement. Cela témoigne d'une forme de résilience collective, fondée non pas sur l'adhésion à un projet formel, mais sur la capacité des équipes à s'autoorganiser, à discuter, à ajuster les pratiques de manière pragmatique.

Ce constat suggère que le changement est supportable lorsqu'il peut s'ancrer dans un tissu relationnel solide, fait de reconnaissance mutuelle, de confiance et d'écoute. Il souligne aussi l'importance de préserver ces espaces informels d'échange qui constituent un levier décisif de continuité et d'engagement dans les environnements complexes comme celui de l'hôpital.

que je suis sûr que ce n'est pas mieux. »

*En développant une organisation collective appropriée, les équipes parviennent à restaurer de la prédictibilité et à maintenir une cohérence narrative entre les attentes implicites et les comportements réels (bloc 2). Cette cohérence soutient la réflexion partagée et permet d'éviter le repli vers des automatismes défensifs sous stress (bloc 3).*

*La reconnaissance mutuelle, même lorsqu'elle émane uniquement des collègues ou de la hiérarchie de proximité, vient activer les circuits de récompense négligés par l'institution. Un chef raconte en souriant : « Quand ils s'entraident, je leur dis merci de vous être entraîné, ça fait plaisir de voir une équipe qui travaille comme ça. Et ça, ça les booste un peu. » Un autre ajoute : « Moi, quand on travaille et qu'on a eu une grosse journée et que je leur dis simplement merci, et ils disent merci, ça fait plaisir. »*

*Enfin, cette dynamique collective d'ajustement illustre une forme concrète de neuroplasticité (bloc 5) : les équipes s'adaptent, traduisent localement les règles, réinventent des modalités d'organisation fonctionnelles. Ces micro-régulations montrent que la résilience peut émerger en dehors des dispositifs formels, à condition qu'un tissu relationnel solide soit préservé.*

#### Des pistes d'amélioration articulées autour du dialogue, de la clarté et du respect des réalités de terrain

Au-delà des critiques et des constats de dysfonctionnement, plusieurs participants expriment des attentes constructives pour améliorer l'organisation hospitalière et accompagner le changement de manière plus sereine. Ces propositions, parfois explicites, parfois formulées en creux, convergent autour de

*Les pistes exprimées ici par les professionnels rejoignent plusieurs leviers bien identifiés par les neurosciences du changement. La participation à la construction du projet permet de réduire à la fois l'incertitude et la douleur sociale, en réactivant les circuits liés au*

quelques principes fondamentaux, qui touchent autant à la forme des décisions qu'à leur contenu.

Le besoin de dialogue en amont des réformes est largement exprimé. Les professionnels souhaitent être consultés avant que les décisions ne soient prises, et non simplement informés a posteriori. Cette participation n'est pas revendiquée comme un droit formel, mais comme une condition de faisabilité : les équipes de terrain estiment qu'elles ont une expertise concrète à apporter, et que leur implication permettrait d'éviter des malentendus, des tensions ou des erreurs d'implémentation.

La clarté des rôles, des objectifs et des consignes apparaît également comme une priorité. Plusieurs participants demandent des outils simples, des canaux d'information fiables, et une meilleure articulation entre les différentes strates de l'institution. La transparence dans les règles de fonctionnement, la stabilité des procédures, et la cohérence des messages sont vus comme des conditions minimales pour pouvoir s'approprier un changement.

Un autre axe récurrent concerne la reconnaissance du travail réel, dans sa complexité et ses contraintes. De nombreux professionnels formulent le souhait que les réformes tiennent compte des réalités du terrain, et qu'elles soient construites à partir de ce qui fonctionne déjà dans les pratiques collectives. Il s'agit là d'un appel à davantage de réalisme, mais aussi de respect : les acteurs de terrain veulent sentir que leur expérience est écoutée, comprise et intégrée aux décisions.

Enfin, quelques propositions concrètes émergent, comme la nécessité de renforcer les liens entre soignants et gestionnaires ou encore de stabiliser les dispositifs avant d'en introduire de nouveaux. Ces suggestions traduisent un désir de continuité, de sécurité et de sens, dans un contexte perçu comme trop rapide et trop changeant.

Loin d'un rejet du changement en soi, ces attentes dessinent les contours d'un changement souhaitable, fondé sur la co-construction, la lisibilité, la reconnaissance et l'ajustement progressif. Elles constituent autant de leviers à prendre en compte pour réconcilier transformation institutionnelle et engagement des professionnels.

*contrôle et à la reconnaissance. Scarlett insiste sur l'importance d'impliquer les équipes très en amont, non seulement pour les informer, mais pour calmer la réponse à la menace en influençant les décisions.*

*La clarté des rôles et des objectifs, tout comme la transparence des règles, sont également des facteurs clés pour apaiser le cerveau. Ils renforcent la prédictibilité, limitent la contagion émotionnelle négative et facilitent le raisonnement collectif. Le flou alimente la charge mentale, tandis que des repères simples soutiennent les fonctions exécutives.*

*En demandant à être écoutés, les soignants expriment un besoin explicite de reconnaissance de leur expertise, de leurs efforts et des limites concrètes de leur environnement. Cette reconnaissance nourrit les circuits de récompense, renforce le sentiment de justice et restaure une cohérence entre discours institutionnel et vécu de terrain.*

*Le renforcement du dialogue entre soignants et gestionnaires constitue aussi une opportunité de réduire les biais sociaux, en créant des espaces de compréhension mutuelle. Enfin, répondre concrètement aux attentes exprimées est un levier essentiel pour atténuer le biais de négativité : lorsque les signes de changement positif deviennent visibles, le cerveau peut commencer à réévaluer son interprétation initiale, et rouvrir la voie à l'adhésion.*

## Discussion des résultats

L'objectif de cette étude de terrain était de comprendre dans quelle mesure le personnel soignant rencontré adhère ou résiste au projet de gestion des séjours et des lits, et d'identifier les méthodes mobilisées par l'hôpital pour favoriser cette adhésion.

L'analyse des entretiens met en évidence que les participants élaborent leur propre interprétation des raisons du changement, en l'absence d'une communication transparente, cohérente et spécifiquement consacrée à ce projet. Ils regrettent de ne pas avoir été associés à la prise de décision, critiquent tant la forme que la méthode de communication, et déplorent l'absence de retour d'information. Ces réformes intervennent dans un contexte marqué par une surcharge de travail, une perte de repères quant au sens du métier soignant, et des interrogations profondes, chez les responsables d'équipe, sur leur rôle et leur positionnement. L'arrivée de gestionnaires administratifs dans les services est perçue comme une forme d'ingérence, remettant en cause leur travail, leur autonomie, et leur légitimité professionnelle.

L'éclairage apporté par les neurosciences permet de dépasser une lecture purement comportementale de ces réactions. Il ne s'agit pas d'une résistance de principe, mais d'un ensemble de réactions automatiques, souvent inconscientes, activées par le cerveau face à un changement perçu comme subi et menaçant.

Loin de rejeter l'idée même de changement, les soignants interrogés expriment leur ouverture à adapter leurs pratiques. Ce qu'ils contestent, ce sont les modalités de mise en œuvre : ils réclament un système porteur de sens, construit à partir de leurs réalités quotidiennes, et respectueux de leur expérience de terrain.

Quant à la question des méthodes déployées par l'institution pour favoriser l'adhésion au projet, aucun dispositif spécifique n'a été identifié. Pour objectiver ce constat, un ensemble de documents internes (présentations, notes de procédure, documents préparatoires, rapports de clôture etc.) mis à disposition par la direction médicale, a été consulté (ces documents, à usage interne, ne figurent pas dans la bibliographie). Leur analyse révèle que les fondements du projet sont clairement posés, que sa mise en œuvre est rigoureuse, structurée en phases progressives avec pilotes, évaluée à l'aide d'indicateurs spécifiques, et régulièrement ajustée. Ces éléments témoignent d'une démarche professionnelle du point de vue opérationnel. Toutefois, aucun dispositif spécifique visant à susciter ou soutenir l'adhésion du personnel n'a pu être identifié.

Sur l'ensemble de la documentation consultée, la seule allusion indirecte à ces enjeux figure dans un paragraphe consacré à la communication. Dans cet extrait d'un rapport de clôture, il y est indiqué :

« Le plan de communication n'étant pas formel. Nous avons suivi le plan de communication standard et habituel du CHU de Liège, c'est-à-dire information des responsables, puis information aux équipes et parties prenantes, ainsi que des présentations dans les différentes instances habituelles, à savoir les réunions de département ou GLEM, réunion des infirmiers chefs de service et infirmiers chefs, etc. »

Cet extrait nous apprend deux choses. La confusion entre information et communication pour commencer. Alors qu'informer est un processus à sens unique qui consiste à transmettre un message, communiquer suppose en plus de s'assurer que l'information a été comprise, intégrée

voire discutée. La communication implique un échange, un retour des destinataires et un ajustement du message en fonction des réactions.

Ensuite ce choix révèle une posture implicite : s'en tenir aux usages, comme si ce projet s'inscrivait dans la continuité des précédents. Or, tout montre au contraire qu'il bouscule les repères, tant organisationnels que professionnels. En négligeant d'adapter sa stratégie, l'institution prend le risque de provoquer incompréhension, retrait ou rejet.

Ce mode de déploiement n'est pas propre au CHU de Liège, comme le montrent les différentes études mobilisées dans notre revue de littérature. Il est dès lors pertinent de confronter les causes de résistance identifiées dans la littérature avec les observations issues de notre étude de terrain.

*Tableau 5: mise en perspective des résultats de l'étude de terrain avec la littérature*

Synthèse transversale des résistances dans la revue de littérature			Étude de terrain
Causes de résistance	N° des études	Description	Observations au CHU
<b>Manque de participation / décisions imposées</b>	1, 2, 5	Absence de consultation réelle des équipes, décisions top-down imposées sans implication dans la conception.	Aucun soignant ne dit avoir été associé au projet
<b>Communication déficiente</b>	1, 2, 5, 6, 8	Messages flous, incomplets ou tardifs, générant incertitude et rumeurs.	Unidirectionnelle, spontanée, par mail, orientée process plutôt que mission, absence de feedbacks.
<b>Manque de sens perçu</b>	1, 2, 3, 9	Réforme perçue comme bureaucratique ou déconnectée des valeurs professionnelles et des besoins du terrain.	Présent. Les participants soulignent leur vocation sociale et/ou académique.
<b>Surcharge de travail</b>	2, 4, 8	Ajout de nouvelles tâches sans adaptation des ressources ou allègement de la charge existante.	La surcharge chronique est unanimement partagée. Le projet peut soulager sur certains aspects mais rajoute du travail dans d'autres aspects
<b>Habitudes / routines ancrées</b>	3, 9	Attachement aux pratiques existantes, réticence à changer des méthodes éprouvées.	Fort impact culturel dans les rapports d'autorité Faible impact culturel sur les routines
<b>Défiance envers la direction</b>	1, 2, 3	Manque de confiance dans les intentions ou la légitimité des porteurs du projet.	Rejet du <i>new public management</i> , <i>refus de voir</i> l'hôpital géré comme une entreprise.
<b>Réactions identitaires, protection du rôle</b>	1, 3, 9	Protection de l'identité professionnelle face à des changements perçus comme intrusifs.	Vives critiques sur l'ingérence de l'administration dans les décisions médicales. Sentiment d'injustice sur le statut (barème IFIC) des gestionnaires.
<b>Plans rigides / gouvernance fermée</b>	4, 5, 6, 7	Approches de déploiement trop structurées et hiérarchiques, limitant l'adaptation locale.	L'impossibilité de négocier des exceptions est source de tension.
<b>Anticipation désordonnée</b>	4, 7, 8	Mise en place précipitée ou sans coordination adaptée, générant confusion.	Absence de commentaires relevant

Ce tableau comparatif met en évidence un paradoxe classique des projets de transformation hospitalière : les résistances des soignants sont bien documentées dans la littérature, parfois même anticipées en amont, mais leur portée reste largement sous-estimée lors de la mise en œuvre concrète. Le cas du projet de gestion des séjours et des lits illustre ce décalage. Si les réactions des soignants n'ont rien de surprenant au regard des études existantes, leur impact sur la motivation, l'engagement et, in fine, la réussite du projet, semble avoir été minimisé par l'institution.

Le premier constat est l'absence de sens partagé autour de la réforme. La littérature souligne de manière récurrente que le manque de participation et la communication défaillante alimentent une résistance silencieuse (Nilsen et al., 2020 ; Cheraghi et al., 2023 ; Barrow & Annamaraju, 2022). Ces éléments se retrouvent de façon particulièrement nette dans les entretiens : les participants décrivent un projet dont les raisons n'ont pas été expliquées et dont les intentions n'ont pas été discutées, ce qui rend difficile toute appropriation. Cette carence nourrit l'incertitude et pousse les professionnels à élaborer leurs propres hypothèses, souvent contradictoires, ce que Scarlett (2019) interprète comme un déclencheur d'hypervigilance cérébrale : face au vide narratif, le cerveau se focalise sur les signaux de menace, au détriment de la coopération et du raisonnement collectif.

En complément, la perception d'un changement imposé sans consultation renforce ce sentiment de dépossession. La revue de littérature insistait déjà sur le poids de cette dimension (Nilsen et al., 2020 ; Clark, 2013). Sur le terrain du CHU, elle se traduit par une plainte récurrente des participants, parfois formulée en termes très vifs : « On a l'impression d'être complètement des pions ». Ce vécu correspond à une « douleur sociale », décrit comme une réaction primaire du cerveau lorsqu'il se sent exclu ou ignoré (Scarlett, 2019). L'absence de dialogue est ainsi moins perçue comme un défaut de méthode que comme une atteinte symbolique à la valeur professionnelle des acteurs : « on m'aurait demandé mon avis il y a deux mois je n'aurais pas râlé aujourd'hui ».

Un autre thème transversal concerne la communication institutionnelle, jugée, floue, descendante et inadaptée. Plusieurs études avaient montré que des messages incomplets ou tardifs génèrent incertitude et rumeurs (Joubert et al., 2024 ; Barrow & Annamaraju, 2022). Les propos recueillis auprès des participants confirment pleinement ce constat : les soignants disent « apprendre plus par les gestionnaires de séjour que par la direction infirmière », ce qui illustre un effacement du canal officiel au profit de la rumeur. Cette dynamique alimente la perte de contrôle et fragilise la prédictibilité, deux facteurs connus pour activer la réponse à la menace (Scarlett, 2019).

La surcharge chronique de travail constitue un autre frein unanimement partagé. Documentée dans la littérature (Merding-Rumpler & Nobre, 2011 ; Joubert et al., 2024), elle s'exprime avec force dans les entretiens. Alors que la réduction de tâches administrative est présenté comme un des objectifs du projet, les soignant n'en perçoivent pas les effets . Cette situation active ce que Scarlett décrit comme les mécanismes liés à la fatigue cognitive : épuisement de l'attention, recours au « pilote automatique », et désengagement progressif. Les témoignages évoquant la débrouille permanente et l'usure psychologique rappellent la fragilité d'un contexte où toute réforme est spontanément vécue comme une charge supplémentaire, sauf si elle apporte un gain de sens tangible.

Les résistances identitaires, également relevées dans la littérature (Clark, 2013 ; Grønvad et al., 2024), apparaissent de façon prégnantes dans les critiques adressées aux gestionnaires de séjour. Leur arrivée est vécue comme une ingérence dans le rôle des soignants et comme une dévalorisation de leur expertise. Ici encore, Scarlett apporte un éclairage précieux : la remise en cause du statut et de la compétence menace directement l'un des piliers de la motivation. Les verbatim illustrent ce ressenti : « C'est ne pas reconnaître notre compétence, ne pas nous faire confiance ». Ces perceptions activent non seulement la douleur sociale, mais aussi une comparaison défavorable entre professions, nourrissant les biais de polarisation et les clivages identitaires, illustrant les biais sociaux.

Enfin, la fracture entre les logiques de gestion et les valeurs du soin constitue un fil rouge de nombreux entretiens. Plusieurs auteurs insistent sur le risque que des réformes hospitalières soient perçues comme bureaucratiques ou déconnectées des finalités professionnelles (Nilsen et al., 2020 ; Grønvad et al., 2024). Ce constat est partagé par les soignants interrogés : certains

déclarent que l'hôpital « joue à Tetris avec des êtres humains », exprimant ainsi la dissonance ressentie lorsque les impératifs organisationnels prennent le pas sur la vocation clinique. Scarlett rappelle que lorsque les objectifs institutionnels ne sont plus alignés avec les valeurs intrinsèques, le cerveau active un biais de négativité durable, qui bloque la capacité d'adhésion.

Pris dans leur ensemble, ces constats confirment que les résistances observées ne sont pas spécifiques à un contexte local, mais relèvent de dynamiques largement documentées dans la littérature. Dans le cas des témoignages recueillis auprès de soignants du CHU, c'est la combinaison de plusieurs facteurs : surcharge chronique, absence de participation, communication descendante, sentiment identitaire d'injustice et rupture narrative. Cette combinaison active simultanément plusieurs circuits cérébraux de réaction à la menace (incertitude, perte de contrôle, douleur sociale, atteinte au statut), ce qui explique la profondeur et la persistance des résistances relevées.

## Conclusion

Le CHU de Liège s'est doté d'une vision et d'une mission dans lesquelles son rôle sociétal, au service de la population régionale, occupe une place centrale. Le projet de gestion des séjours et des lits s'inscrit dans cette mission et n'est pas, en tant que tel, rejeté par les soignants. Ce qui suscite leur résistance tient davantage aux modalités de sa mise en œuvre, dont l'impact sur leur quotidien et leur motivation est significatif.

Nombre d'entre eux interprètent les véritables objectifs du projet comme relevant avant tout d'une logique d'optimisation financière et d'un contrôle accru sur leur autonomie professionnelle. Cette perception alimente un clivage dans l'imaginaire collectif où le soin et la gestion apparaissent comme deux logiques qui s'affrontent.

Les projets CAP 10 et CAP 11 reposent sur une préparation rigoureuse, une structuration méthodique et des ambitions légitimes. Mais en concentrant ses efforts sur la gestion technique du projet, l'hôpital a sous-estimé l'importance du volet humain dans sa réussite. Or, un projet qui transforme en profondeur les pratiques professionnelles et touche aux représentations identitaires du métier ne peut aboutir sans l'adhésion active des équipes concernées. Les recherches sur le changement montrent que cette adhésion ne peut être obtenue que si l'on reconnaît les réactions naturelles qui émergent face à l'incertitude : hypervigilance accrue devant des consignes perçues comme une menace, sentiment de perte de contrôle lié à la réduction de l'autonomie, surcharge cognitive provoquée par l'accumulation des priorités, ou encore retrait identitaire lorsque les pratiques traditionnelles semblent dévalorisées. Ces mécanismes, mis en évidence par les neurosciences, rappellent que la résistance n'est pas le fruit d'une mauvaise volonté, mais bien une réponse adaptative du cerveau à un contexte perçu comme menaçant.

Négliger cette dimension fragilise non seulement la mise en œuvre immédiate du projet, mais risque aussi d'alimenter une défiance durable. À force de minimiser le facteur humain, l'institution prend le risque d'installer un climat où la résistance s'ancre profondément et rend les transformations futures encore plus difficiles à engager. La littérature montre que cette mémoire organisationnelle de la résistance pèse lourdement sur l'adhésion aux réformes ultérieures, en affaiblissant la confiance et en accentuant la prudence, voire le retrait, des équipes.

Il devient donc urgent de développer une stratégie de changement qui ne se limite pas à un pilotage technique, mais qui s'attache à retisser les liens entre soignants, gestionnaires et directions. Cette reconnexion ne peut être purement fonctionnelle : elle suppose une reconnaissance mutuelle des rôles, une écoute réelle des contraintes de chacun et un engagement partagé autour de la mission fondamentale de l'hôpital. C'est à cette condition que les réformes pourront réellement porter leurs fruits, dans un climat de confiance, de sens retrouvé et de coopération durable. Les bénéfices attendus à court terme s'en trouveront facilités, tandis que le sentiment de sécurité et de considération posera les bases d'une adhésion plus solide aux transformations futures.

## IV. Actions correctrices possibles

À ce stade, l'intérêt de se doter d'une stratégie explicite de gestion du changement dans le cadre du projet de gestion des séjours et des lits n'est plus à démontrer. Il s'agit désormais de traduire cette nécessité en un plan d'action sur mesure, ancré à la fois dans les recommandations issues de la littérature scientifique, dans les apports des neurosciences appliquées selon Hilary Scarlett, et surtout dans les besoins exprimés par les soignants eux-mêmes.

Cette section se structure en trois temps. Elle présente tout d'abord un modèle original en trois dimensions, conçu pour être simple, facilement appropriable et immédiatement mobilisable. Elle décline ensuite une série de propositions concrètes à trois niveaux d'intervention : stratégique, tactique et opérationnel, en fonction de ces trois dimensions. Enfin, quelques recommandations complémentaires sont formulées..

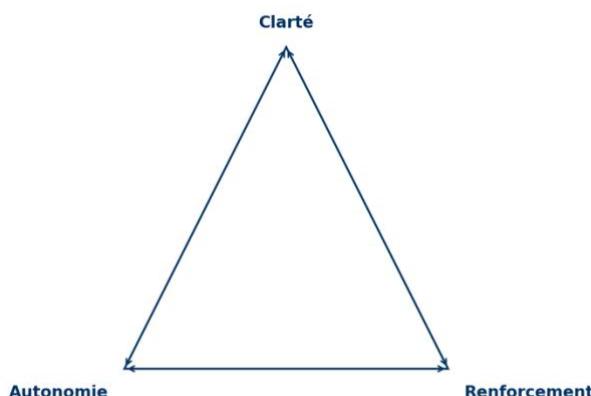
### Un modèle en trois dimensions : le modèle C.A.R.

La littérature en gestion du changement regorge de modèles théoriques. Nombreux sont ceux qui, malgré leur solidité conceptuelle, s'avèrent laborieux sur le terrain, en particulier dans des environnements complexes comme celui d'un hôpital universitaire. Le choix d'un modèle en trois dimensions répond ici à une double exigence : rester simple sans être simpliste, et proposer des leviers immédiatement actionnables, sans repartir à zéro.

Ce modèle s'inspire indirectement de travaux existants comme le modèle AMP : Autonomy, Mastery, Purpose (D. Pink, 2009, cité par Scarlett, 2019) ou le modèle des 3C : Communication, Consistency, Commitment (W. Bridges, 1991, cité par Scarlett, 2019) et SCARF, évoqué par Zwaan (2019), mais s'en distingue par son ancrage dans les réalités empiriques du CHU et par sa finalité : lever les résistances spécifiques observées sur le terrain.

Le modèle proposé repose sur trois piliers : Clarté, Autonomie, Renforcement. Il s'agit, en somme, de répondre aux questions : Pourquoi change-t-on ? Comment peut-on contribuer ? Et avec quoi ancrer le changement ?

Ces trois dimensions sont interdépendantes : l'absence de clarté génère de l'incertitude, un déficit d'autonomie nourrit le désengagement, et l'absence de renforcement empêche l'installation durable du changement. L'ensemble forme un triangle dynamique, comme représenté :



## Clarté :

La première dimension, la clarté, agit directement sur le besoin de certitude. Elle consiste à expliquer et rappeler en permanence les raisons du changement, à chaque niveau et dans chaque canal de communication, qu'il s'agisse d'une réunion, d'un mail, d'un entretien formel ou d'un brief informel. Si les finalités du projet apparaissent limpides pour les instances dirigeantes, notre étude montre qu'elles demeurent floues, voire méconnues, pour une partie significative des professionnels de terrain.

Or, comprendre le “pourquoi” est une condition préalable pour s'approprier le “comment”. Lorsque ce sens fait défaut, le cerveau humain comble l'incertitude par des hypothèses, parfois erronées, ce qui favorise l'émergence de rumeurs, de résistances, et de tensions émotionnelles. Cette réaction est bien documentée dans la littérature neuroscientifique, qui souligne combien l'ambiguïté perçue est génératrice de stress et de retrait cognitif (Scarlett, 2019).

Dans le contexte hospitalier, il devient donc essentiel de realigner les discours du projet avec les valeurs professionnelles des soignants. Il ne s'agit pas seulement de répéter l'objectif, mais de le traduire dans une logique de métier. S'agissant du projet de gestion des séjours et de lits, l'objectif ne doit pas être perçu uniquement comme une injonction à la performance ou à la réduction de coûts, mais comme une action cohérente avec la qualité des soins, la fluidité des parcours des patients et la diminution de la charge inutile sur les équipes.

Ce realignment narratif permet de réactiver la motivation intrinsèque des professionnels : il ne s'agit plus d'appliquer une règle, mais de contribuer à une mission cohérente avec leur identité de soignant.

## Autonomie :

La deuxième dimension, l'autonomie, agit sur le besoin fondamental de contrôle, souvent mis à rude épreuve. Il ne s'agit pas ici d'un appel à l'autogestion, mais d'un principe fondamental : les professionnels doivent pouvoir influer, même partiellement, sur les modalités locales du projet et conserver une marge de manœuvre opérationnelle.

Cela suppose une flexibilité : possibilité d'ajustement, consultation directe, co-construction de certaines étapes, adaptation du rythme. Parce que certaines situations ne peuvent être standardisées, cette autonomie inclut aussi, à la marge, la possibilité de déroger ponctuellement à une règle, à condition que cette décision soit motivée, assumée et expliquée.

Lorsque ces leviers sont activés, le professionnel devient acteur et non exécutant, il peut mobiliser son expertise du terrain, préserver son identité professionnelle et maintenir sa légitimité auprès de ses pairs et des patients. Autrement dit, il est placé dans une position où il peut dire “nous faisons” plutôt que “on nous impose de faire”.

Précisons enfin que, dans des environnements aussi sensibles que le soin, mobilisant un personnel hautement qualifié, les arbitrages ne peuvent reposer uniquement sur une autorité fonctionnelle, c'est-à-dire sur une légitimité décrétée par la structure. Ils doivent émaner de figures reconnues comme légitimes par les équipes, capables de juger avec justesse des situations concrètes et de trancher en respectant les logiques professionnelles. Cette distinction entre autorité statutaire et légitimité perçue est au cœur des approches du leadership distribué, notamment dans les contextes professionnels complexes (Bolden et al., 2009).

L'autonomie ne se décrète pas, elle se construit. Et elle nécessite un cadre explicite, avec des marges d'ajustement réelles, mais aussi des lignes rouges clairement formulées.

## Renforcement

La troisième dimension, le renforcement, agit sur le besoin de reconnaissance et de retour. Il s'agit de valoriser les efforts déployés, de rendre visibles les contributions et de donner du sens aux actions, même lorsque les résultats globaux ne sont pas encore atteints. En ce sens, le renforcement est une forme de reconnaissance managériale, émotionnelle et cognitive.

D'un point de vue neuroscientifique, les mécanismes de récompense et de reconnaissance jouent un rôle central dans la motivation durable. Un simple retour positif, une mise en lumière, une validation explicite d'un comportement peuvent activer des circuits neuronaux favorables à l'engagement (Scarlett, 2019). À l'inverse, un projet silencieux, où les retours sont absents ou uniquement négatifs, est perçu comme arbitraire et devient anxiogène.

Le renforcement consiste aussi à fournir aux équipes un retour clair sur l'évolution du projet : données, indicateurs, points d'étape et succès intermédiaires. Ces informations permettent de savoir si les efforts sont utiles, et donc de maintenir l'engagement. Elles aident également à donner une vue d'ensemble, indispensable pour sortir d'une logique purement locale et prendre des décisions alignées sur les objectifs collectifs.

Enfin, le renforcement passe par l'instauration de boucles de feedback efficaces. Il ne suffit pas de demander un avis ou de remercier pour un retour : il faut montrer ce que l'on fait de ce retour. Cela suppose de donner de la visibilité aux suggestions, d'envisager leur mise en œuvre, et de permettre aux équipes de tester, proposer et corriger.

Pour fonctionner, cette dynamique de renforcement nécessite un engagement visible et soutenu à tous les niveaux hiérarchiques, des 3 lignes médicales, infirmières et administratives. Elle ne repose pas uniquement sur des incitants, mais sur une culture de l'attention portée aux efforts, aux signaux faibles, aux progrès.

## Proposition de plan d'action concret :

Afin de mettre en œuvre le modèle C.A.R. de manière concrète, un plan d'action structuré est proposé. Ces propositions restent bien entendu adaptables, en fonction du degré d'engagement souhaité, ainsi que des contraintes opérationnelles propres à l'hôpital.

### Niveau stratégique :

Une décision claire doit être prise à court terme : Ne rien changer ou assumer un changement de méthode en plaçant l'adhésion des soignants au cœur de la démarche. Cette inflexion et sa communication explicite seraient un premier signal fort.

Si ce choix est fait, la deuxième étape consiste à reformuler un objectif clair, stable, et cohérent avec les valeurs professionnelles des soignants. L'objectif n'est pas d'occulter les enjeux budgétaires ou organisationnels du projet, mais de les repositionner dans un narratif renforçant le sens perçu par les équipes.

À plus long terme, il pourrait aussi être utile d'entamer une réflexion sur la culture d'entreprise souhaité par l'hôpital en matière de gestion des aspects humain de ses projets. Aujourd'hui, le CHU affiche déjà une orientation claire en ce sens. Dans ses documents de référence, on peut lire que l'évaluation, l'un des six axes stratégiques, repose sur des "dynamiques de remise en question et de recherche d'optimisation permanentes, en co-construction". Cette mention est

importante. Elle montre que la co-construction est déjà reconnue comme une valeur institutionnelle ([https://www.chuliege.be/jcms/c2\\_26810678/le-plan-strategique](https://www.chuliege.be/jcms/c2_26810678/le-plan-strategique)).

Il serait peut-être intéressant d'ouvrir la réflexion sur ces ambitions : l'adhésion des équipes via la gestion des volets humains du changement ne pourrait pas, elle aussi, devenir un axe stratégique à part entière ? Par ailleurs, un autre pilier stratégique, consacré au réseau Ellipse, met en avant la confiance entre les institutions du réseau comme condition pour progresser ensemble. Cette logique pourrait inspirer une réflexion similaire au sein même du CHU en envisageant un axe consacré à la confiance entre les membres de la communauté hospitalière, avec les soignants comme acteurs à part entière du changement.

L'objectif ne serait pas de remettre en cause les orientations actuelles, mais de renforcer ce qui est déjà présent sur le papier, en s'assurant que ces valeurs soient pleinement traduites dans la manière dont les projets sont pilotés.

## Niveau tactique :

### Clarté :

Si une décision stratégique est prise en faveur d'une méthode basée sur l'adhésion, il faut s'assurer que l'ensemble des cadres concernés en comprennent les implications. Une formation spécifique peut être conçue à cette fin, avec un contenu concret, adapté aux réalités du terrain, et centré sur les bénéfices attendus à court et long terme.

Cette formation devrait rassembler différents profils (cadres de direction, médecins chefs de service, chefs de département infirmier, cadres des pôles administratifs) pour permettre une lecture partagée du projet, et pour définir le rôle que chacun aura à jouer dans la mise en œuvre du modèle C.A.R.

En parallèle, un message clair et mobilisateur de la direction peut venir marquer ce changement de posture. Ce message de l'administrateur délégué, soutenu et relayé par l'ensemble de la ligne hiérarchique, aurait pour fonction de réaffirmer les objectifs du projet tout en valorisant la place des soignants sur le thème général de : "On peut faire mieux, on veut faire mieux, on a besoin de vous et on vous fait confiance."

Pour les médecins superviseurs et les chefs d'unité, un atelier de sensibilisation pourrait être proposé. Il ne s'agit pas d'une présentation descendante, mais d'un atelier sur un thème extérieur au milieu du soin, dans lequel les participants sont amenés à faire des choix concrets et à en discuter, en tenant compte de leurs contraintes individuelles, mais aussi de l'intérêt collectif.

Il serait également utile de définir et de partager une gouvernance claire du projet : préciser les objectifs, les échéances, le rôle de chacun et les marges d'adaptation possibles. Cette clarification permettrait de stabiliser les règles du jeu et de renforcer la lisibilité du processus.

### Autonomie :

Avant même de proposer des ajustements concrets, il est essentiel d'offrir à l'ensemble des soignants concernés une possibilité de s'exprimer sur le projet tel qu'il est actuellement vécu. Cet espace d'expression, qu'il prenne la forme d'un atelier, d'un questionnaire ou d'un temps d'échange collectif, a un double objectif : permettre aux professionnels de partager leur expérience concrète, mais aussi montrer dès le départ que leur avis compte réellement. Il s'agit là d'un premier acte de confiance, qui prépare le terrain pour une dynamique de co-construction.

Pour rendre cette posture crédible, il faut qu'elle se traduise par des décisions concrètes. Certaines procédures pourraient être revues pour y intégrer de réelles marges de manœuvre, tout en expliquant clairement les limites de ce qui est négociable. Il ne s'agit pas de tout flexibiliser, mais de montrer que la réalité du terrain est entendue, et que des ajustements locaux sont possibles.

Dans chaque unité, la mise en place d'un petit comité de dialogue (composé d'un chef d'unité, d'un médecin superviseur et d'un gestionnaire) pourrait renforcer cette dynamique. Ces comités auraient pour mission de faciliter le dialogue quotidien, de mobiliser les équipes autour des objectifs, et d'adapter la mise en œuvre du projet à la réalité locale.

Enfin, s'agissant de l'implémentation du projet, il est recommandé de laisser aux unités une certaine souplesse dans les modalités et le rythme, selon leur niveau de préparation. Il ne s'agit pas d'abandonner la coordination, mais de reconnaître et d'accepter une phrase d'appropriation.

#### **Renforcement :**

La mise en place d'un tableau de bord partagé, actualisé en temps réel et accessible à toutes les parties prenantes, permettrait de suivre l'évolution du projet de manière transparente. Ce tableau doit rester simple, lisible, et centré sur des indicateurs utiles pour les équipes.

Des bilans périodiques (par exemple tous les deux ou trois mois) peuvent venir appuyer ce dispositif. Ils seraient l'occasion de valoriser les efforts, de reconnaître les ajustements réalisés, et de partager les avancées sans attendre les résultats finaux.

Enfin, pour que l'ensemble de ces actions se concrétise, il est essentiel de désigner une personne chargée de piloter le changement, avec un mandat clair, une légitimité reconnue et un accès direct aux différents niveaux décisionnels. Cette fonction transversale doit permettre de faire le lien entre les intentions du projet, la stratégie institutionnelle, et les contraintes du terrain.

## **Niveau opérationnel :**

#### **Clarté :**

Une première action simple mais utile serait d'afficher dans chaque unité un visuel synthétique rappelant les raisons et les objectifs du projet. Ce rappel visuel, s'il est bien conçu, peut jouer un rôle de repère constant, surtout dans des environnements où l'information circule souvent de manière morcelée.

Il est également important de former l'ensemble des soignants impliqués, infirmiers et médecins assistants, aux enjeux du projet. Cette formation doit insister sur l'objectif poursuivi, en expliquant en quoi il s'inscrit dans une logique d'amélioration de la prise en charge. Elle ne doit pas être réservée à certains profils, mais intégrée au parcours de tout professionnel concerné.

Il faudra aussi veiller à intégrer cette sensibilisation dans le processus d'accueil des nouveaux arrivants, afin qu'ils soient directement informés du cadre du projet et des attentes associées. Enfin, dans les échanges quotidiens, il est recommandé de favoriser les canaux de communication directe, comme les réunions courtes ou les appels téléphoniques, plutôt que de multiplier les échanges écrits impersonnels.

### **Autonomie :**

Les unités devraient pouvoir faire remonter les spécificités locales qui méritent d'être prises en compte, par exemple certaines contraintes liées à l'organisation des soins, aux profils de patients ou aux flux d'activité. Il s'agit ici de reconnaître que la réalité de chaque service ne peut être complètement standardisée, et que cette diversité doit être intégrée dans le pilotage du projet.

### **Renforcement**

Il serait pertinent de mettre en place un rituel de feedback hebdomadaire ou bimensuel, au sein de chaque unité. Ce rituel, qui peut être informel, aurait pour but de partager les résultats obtenus, même partiels, et de mettre en lumière les efforts ou les initiatives individuelles ou collectives. Un support visuel (tableau simple, graphique, indicateur clé) peut aider à donner corps à ces retours.

Il est aussi recommandé d'encourager la présence régulière des cadres des trois lignes – médicale, infirmière et administrative – lors de ces temps de retour, pour montrer que les efforts sont suivis, reconnus, et valorisés à tous les niveaux.

Enfin, pour soutenir la dynamique collective, un espace informel de "décompression" peut être utile : une courte réunion allégée, sans ordre du jour strict, consacrée au partage de ressentis ou à la reconnaissance mutuelle. Ce type de temps, s'il est bien cadre, contribue à entretenir une forme de cohésion et de relâchement, sans alourdir la charge de travail formelle.

## **Dernières recommandations :**

En complément des actions détaillées ci-dessus, plusieurs points méritent une attention particulière pour maximiser les chances de réussite du projet. Ces recommandations concernent surtout des leviers transversaux, qui dépassent les seuls aspects organisationnels.

### **Figures de référence dans les services**

Il est important de souligner ici le rôle central des fonctions de coordination, tant du côté médical qu'infirmier. Dans les départements médicaux, le médecin chef de service est, en pratique, le seul détenteur de l'autorité formelle. Il est donc prioritaire de le convaincre d'adhérer au projet, mais aussi de s'assurer qu'il accepte la méthode proposée. Cela suppose qu'il soit prêt à s'investir sur le terrain pour soutenir les soignants, rappeler les objectifs, clarifier les marges de manœuvre, et être un acteur actif du renforcement. Ces conditions sont essentielles pour que la dynamique fonctionne.

Du côté infirmier, les chefs de département occupent un rôle équivalent. Eux aussi doivent être convaincus, non seulement de la pertinence du projet, mais de l'importance de l'approche participative. Leur implication visible est indispensable pour assurer la cohérence et la continuité du message auprès des unités.

À côté de ces cadres, les médecins superviseurs et les chefs d'unité infirmiers jouent également un rôle déterminant. Ce sont les référents du quotidien, présents dans les services, en contact direct avec les soignants, et en mesure de répondre aux questions concrètes. Leur posture est souvent déterminante dans la manière dont le projet est perçu sur le terrain.

Ils doivent pouvoir s'approprier les objectifs du projet, mais aussi être outillés et légitimés pour accompagner les équipes : répondre aux doutes, faire remonter les difficultés, et proposer des ajustements concrets. Leur rôle est à la fois technique, relationnel et symbolique. S'ils sont convaincus, ils peuvent entraîner les équipes avec eux. À l'inverse, s'ils sont mis à l'écart ou peu informés, ils peuvent devenir un facteur de blocage, même involontairement.

La personne désignée pour conduire le changement pourra, dans ce cadre, réaliser une analyse des parties prenantes (stakeholder analysis). Cela lui permettra d'identifier les acteurs les plus influents, d'évaluer leur position actuelle vis-à-vis du projet, et de mettre en place des actions ciblées pour renforcer l'adhésion là où elle est la plus stratégique.

## Informer n'est pas communiquer

Comme cela a déjà été souligné, la communication autour du projet mérite un soin particulier. Selon les recommandations de Prosci, il apparaît que l'importance stratégique du projet justifie que certains messages soient portés directement par l'Administrateur délégué (Prosci Research, 2016). C'est le cas, notamment, du message inaugural qui annonce un changement de méthode, mais aussi des invitations à la formation, des bilan d'étape, ou encore des remerciements adressés à l'ensemble du personnel impliqué.

D'autres messages peuvent être portés par la direction médicale ou infirmière, selon leur champ de responsabilité, par exemple pour répondre à des retours du terrain. À un niveau plus local, ce sont les responsables directs (chefs de service ou chefs de département infirmier) qui doivent relayer les messages personnalisés : remerciements ciblés, valorisation d'initiatives locales.

Chaque message devrait avoir un objectif précis : rappeler l'objectif du projet, fédérer les équipes autour de la démarche, ou mettre en lumière les comportements attendus. Lorsque cela est possible, il est utile de citer des exemples concrets et de nommer les personnes ou équipes engagées, afin de renforcer l'effet de reconnaissance.

Enfin, certains sujets ne peuvent pas être traités uniquement par écrit. C'est notamment le cas des règles, procédures, consignes ou arbitrages individuels, qui méritent systématiquement un accompagnement oral, idéalement dans un format bidirectionnel. Ce type d'échange permet aux équipes de poser leurs questions, d'expliquer leur réalité, et d'exercer une forme d'influence, même limitée. Cela permet aussi de réduire le sentiment de perte de contrôle souvent associé aux décisions unilatérales, et d'éviter les effets d'exclusion ou d'incompréhension.

## Accompagner dès la conception et après la livraison

Il est indispensable d'intégrer les dimensions humaines du changement dès la conception du projet, et non comme un ajustement a posteriori. Préparer l'adhésion, la communication et l'accompagnement des équipes en amont constitue une condition de réussite au même titre que la planification technique. L'appropriation d'un projet par les équipes prend du temps, c'est pourquoi l'accompagnement doit également se prolonger après la livraison formelle du projet, afin de consolider les acquis et de prévenir l'usure ou le désengagement. Si ces dimensions ont été négligées lors du lancement initial, elles doivent désormais être placées au cœur des évolutions futures du projet, afin de garantir une adhésion durable et une mise en œuvre cohérente avec les pratiques de terrain.

---

## V. Synthèse et conclusion

### Résumé substantiel

#### Les raisons du changement et leur contexte

En Belgique, le secteur des soins de santé se trouve actuellement confronté à des défis structurels majeurs, parmi lesquels le vieillissement de la population et une pénurie persistante de personnel infirmier. Dans ce contexte tendu, la question du financement hospitalier revêt une importance stratégique, impactant tant l'organisation du travail que la prise en charge des patients.

Pour les hôpitaux généraux, une part essentielle de ce financement provient du Budget des Moyens Financiers (BMF), dont le montant est calculé sur la base du nombre de lits justifiés, indépendamment de la durée réelle des séjours. Cette mécanique incite les établissements à veiller à l'exhaustivité et à la précision de la codification des hospitalisations, afin de refléter fidèlement la réalité des prises en charge et d'optimiser la durée des séjours.

Au CHU de Liège, l'introduction de ce système n'a pas été anticipée, entraînant dans un premier temps une diminution du nombre de lits justifiés. Constatant ce recul, l'Hôpital a progressivement mis en place une stratégie de redressement reposant sur l'amélioration du codage et sur une réorganisation des processus internes, permettant d'inverser la tendance avec succès. Dans la continuité de ces efforts, deux projets structurants ont vu le jour : le projet CAP 10, visant à intégrer la maîtrise de la durée des séjours au cœur de la prise en charge, et le projet CAP 11, consacré à une meilleure coordination de l'attribution des lits et des transferts de patients.

Ces deux projets, qui fusionneront en un seul, introduisent au sein des équipes soignantes de nouveaux acteurs : les gestionnaires de séjour et les gestionnaires de lits. Placés sous la direction médicale, ils assurent la coordination logistique des hospitalisations en lien avec les équipes médicales et infirmières afin de faciliter le parcours des patients et de réduire les délais inutiles. Leur rôle, en déchargeant les soignants d'une partie des tâches administratives et organisationnelles, permet non seulement d'optimiser les ressources disponibles, mais aussi de recentrer les professionnels sur leur mission première de soins, tout en améliorant le parcours du patient : les bénéfices attendus dépassent le cadre budgétaire.

#### Repères proposés par la littérature

En privant les soignants d'une partie de leurs prérogatives au profit d'un acteur administratif, ce changement est amené à modifier profondément les habitudes de travail. Il est dès lors pertinent de chercher des exemples de transformation dans le secteur de la santé étudiés par différents chercheurs à travers le monde. Dix études ont été sélectionnées, auxquelles s'ajoutent encore deux articles apportant un éclairage intéressant, bien que non spécifique au secteur médical. Ces travaux, publiés pour la plupart entre 2011 et 2024, ont été choisis pour couvrir une diversité de méthodes : articles théoriques, revues de littérature (parfois intégratives) ou encore études empiriques (parfois recherche-intervention). Les changements étudiés dans ces différentes publications sont variés : transformations organisationnelles, instauration d'une gouvernance collaborative, introduction de technologies, nouveaux processus cliniques, mise en place d'approches thérapeutiques innovantes etc. Enfin, ces

recherches s'appuient parfois sur des cadres théoriques reconnus alors que d'autres tirent uniquement leurs conclusions des observations de terrain.

Malgré la variété des approches et des projets étudiés, toutes ces recherches soulignent deux constats récurrents : d'une part, aucune transformation n'échappe aux résistances du personnel soignant (voir Tableau 2 : synthèse transversale des résistances), d'autre part, la réussite repose systématiquement sur une attention portée au volet humain du changement, bien au-delà de la seule gestion réactive des résistances (voir Tableau 3 : synthèse transversale des facteurs de réussite).

## Un outil de diagnostic : les neurosciences

Nourri de ces recommandations, la question se pose de comprendre dans quelle mesure les responsables de ce projet ont élaboré une stratégie favorisant l'adhésion du projet. La documentation interne autour du projet fourmille de nombreux détails sur la mise en œuvre des nouvelles mesures. Entre objectifs, indicateurs, évaluations intermédiaires et réajustement : rien n'est laissé au hasard. Bien que minutieuse, ces différents documents ne font nullement référence au volet humain de cette transformation. Au contraire, un unique paragraphe affirme que la communication est faite selon la méthode habituelle.

Faute d'information disponible, une enquête menée auprès des soignants apportera un éclairage supplémentaire pour répondre à cette question. Repérer, interpréter et comprendre les éléments pertinents observés sur le terrain supposent de disposer d'un outil de diagnostic adapté, les neurosciences ont été retenues à cette fin. Zwaan et al. (2019) en soulignent la pertinence, car elles permettent d'objectiver les mécanismes humains derrière les comportements, de repérer les déclencheurs cérébraux de l'engagement ou du désengagement, et d'apporter un cadre explicatif universel qui complète les approches classiques de la gestion du changement. Dans un contexte hospitalier où la direction médicale est un interlocuteur clé, s'appuyer sur une discipline scientifique fondée sur des preuves offre un langage et une légitimité reconnus. L'étude du cerveau et du système nerveux mobilise des arguments ancrés dans une recherche valorisée.

Cette partie s'appuie sur la deuxième édition de l'ouvrage *Neuroscience for organizational change* de Hilary Scarlett (2019), qui propose une synthèse rigoureuse des recherches en neurosciences appliquées à la gestion du changement. À partir de cette lecture, une interprétation personnelle a permis d'identifier une série de mécanismes automatiques et inconscients influençant les réactions humaines face aux transformations organisationnelles. Ces mécanismes, tels que regroupés dans ce travail, sont organisés en cinq blocs : les réactions de survie, celles liées au sentiment de perte de contrôle, à la fatigue ou à la surcharge cognitive, aux émotions, et enfin les mécanismes d'adaptation.

Ce cadre a servi de base à l'élaboration d'une grille de lecture destinée à analyser les entretiens réalisés auprès du personnel soignant (voir Tableau 4 : grille d'analyse). L'usage de cette grille permet d'interpréter les propos recueillis à la lumière des processus cérébraux qui sous-tendent l'adhésion ou la résistance au changement, offrant ainsi une compréhension plus fine des dynamiques humaines en jeu.

## Étude terrain

Dans la continuité de plusieurs travaux cités précédemment, la méthodologie retenue a consisté à interroger directement des soignants afin de recueillir leur perception du changement en cours, d'évaluer dans quelle mesure ils y adhèrent et d'identifier les leviers susceptibles de favoriser cette adhésion. L'échantillon se compose d'un cadre de direction, de deux professeurs chefs de service, de trois médecins chefs de clinique et de quatre chefs d'unité infirmiers.

Le choix méthodologique s'est porté sur l'entretien semi-ouvert. Ce format repose sur l'utilisation d'un fil conducteur pour guider la discussion, sans recourir à une liste de questions préétablie. Il permet ainsi aux participants d'orienter eux-mêmes la conversation vers les aspects qu'ils jugent les plus pertinents et d'exprimer librement leurs émotions. La conduite de l'entretien reposait toutefois sur un cadre souple en veillant à amener le participant à évoquer six dimensions : la compréhension des enjeux du projet pour l'hôpital, l'implication personnelle du participant dans sa réussite, la clarté des consignes reçues, les moyens mis à disposition, le retour d'information sur les résultats des projets pilotes, ainsi que la reconnaissance des efforts consentis.

En substance, ces seize heures d'entretiens ont permis de dégager plusieurs enseignements majeurs, de l'avis des participants. Beaucoup estiment ne pas avoir été suffisamment informés des raisons profondes du changement, ce qui entrave la recherche de sens et laisse libre cours aux interprétations personnelles, à l'incertitude et au sentiment de perte de contrôle, autant de facteurs qui activent une vigilance accrue du cerveau face à la menace. L'absence de véritable consultation conduit également à percevoir le changement comme imposé, certains soignants allant jusqu'à parler de court-circuitage. La douleur sociale liée à l'exclusion laisse des traces durables, susceptibles d'alimenter de futures résistances.

La communication descendante est jugée inadaptée, tardive et imprécise, favorisant la rumeur, l'émergence de circuits informels et la circulation d'informations parallèles, autant de tentatives pour reprendre un certain contrôle. Les participants regrettent aussi de ne pas savoir si leurs efforts ont produit des résultats, déplorant l'absence de bilans et de feedbacks. Le manque d'explications initiales sur les raisons du projet, combiné à l'absence de communication sur ses résultats, fragilise encore davantage le fil narratif nécessaire pour donner du sens à l'engagement du personnel. Pourtant, la reconnaissance des efforts constitue un levier puissant : elle active des mécanismes de récompense bénéfiques pour l'implication des collaborateurs.

La surcharge de travail est un autre élément unanimement évoqué. Les participants ne perçoivent pas de réduction de la charge globale liée au projet. Cette surcharge ne se limite pas à la fatigue et à la difficulté d'accomplir des tâches de réflexion complexes ; elle affecte aussi l'identité professionnelle en menaçant la qualité des soins. Parmi les sujets de tension, l'introduction d'un agent administratif rattaché à la direction au sein des unités de soins est particulièrement sensible. Cette mesure suscite méfiance, sentiment de perte d'autonomie, menace directe de l'identité professionnelle et impression d'injustice. Les biais sociaux conduisent alors certains acteurs à adopter des stratégies de protection de groupe, vecteur de conflits. Les débordements émotionnels liés à ces conflits laissent des traces durables qui feront encore ici le lit de résistances futures.

Les chefs de services reconnaissent s'être désengagés de l'accompagnement du projet, au regret parfois ouvertement exprimé de certains médecins. Quant aux chefs infirmiers, ils se trouvent dans une position délicate, contraints de coordonner de multiples aspects du projet avec la réalité du terrain, souvent sans en percevoir pleinement le sens, alors que leur rôle glisse vers de nouvelles tâches qu'ils estiment trop éloignées des soins. Pour beaucoup de soignants, la perte de qualité des soins apparaît comme une conséquence quasi mécanique des logiques de gestion qui gouvernent l'hôpital. La rupture de cohérence narrative, la perte de sens et d'identité professionnelle, le sentiment d'injustice, l'exclusion et la défense par les biais sociaux forment ainsi un ensemble de mécanismes puissants de résistance.

Enfin, les participants mentionnent deux sources essentielles de satisfaction professionnelle, qui constituent des leviers à valoriser. D'une part, qu'il s'agisse de recherche, d'enseignement, de soins ou de relation thérapeutique, le sens premier de leur mission reste au cœur de leur engagement. D'autre part, les relations interpersonnelles représentent un moteur précieux de

motivation : le contact entre pairs leur apporte la reconnaissance nécessaire pour continuer à exercer dans un environnement sous tension.

## Interprétation et discussion des résultats

Les sources de résistance observées sur le terrain sont nombreuses et variées, mais elles ne présentent rien d'original : elles correspondent aux causes déjà mises en évidence dans la revue de littérature (voir Tableau 5: mise en perspective des résultats de l'étude de terrain avec la littérature). L'apport des neurosciences permet toutefois d'en proposer une lecture plus fine, en éclairant les raisons pour lesquelles les soignants perçoivent cette transformation comme une menace et mobilisent des mécanismes de défense.

Cette mise en perspective conduit à un constat clair : le manque d'adhésion des soignants dans le cadre de ce projet est à la fois normal et prévisible. Cela implique deux choses.

Premièrement, ce manque d'adhésion ne découle pas de failles majeures dans la conception du projet. Deuxièmement, il ne traduit pas une posture contestataire de principe des soignants. Les résistances apparaissent ici comme un effet inévitable, automatique et largement documenté. Il peut être analysé et compris sous plusieurs angles.

Les conséquences de ces effets ne sont pas anodines et se manifestent à différents niveaux. Sur le plan opérationnel, l'énergie et l'attention mobilisées pour créer et justifier des stratégies de contournement, le désengagement voir des départs possible d'une partie des soignants et les tensions interpersonnelles peuvent altérer la performance, avec un impact potentiel sur la qualité des soins. Sur le plan tactique, le manque d'adhésion se traduit par des retards dans la mise en œuvre, des coûts supplémentaires, une réduction de l'ambition initiale, voire l'abandon du projet. Sur le plan stratégique enfin, ignorer les résistances expose à deux risques majeurs : une perte de confiance envers la direction, voir l'institution et l'ancrage durable de ces résistances, renforçant les anticipations négatives et compromettant d'emblée les inévitables transformations futures.

En contrepoint de ce constat fataliste, la littérature offre heureusement de nombreuses portes de sortie et exemples de réussite. Les organisations capables de mettre ces pistes en œuvre améliorent leur productivité, réduisent les risques opérationnels et optimisent les bénéfices attendus, tout en limitant l'augmentation des coûts. En instaurant un climat de confiance et de sécurité, elles rendent possible un véritable partenariat avec les équipes, rompant le cycle mécanique des effets négatifs au profit d'une culture plus favorable aux évolutions.

## Plan d'action

Les constats étant établis, se pose la question des leviers concrets à activer pour favoriser l'adhésion des soignants au projet de gestion des séjours et des lits. Les pistes sont nombreuses. Le choix retenu ici est de proposer un plan d'action volontairement modeste, immédiatement applicable en interne et peu coûteux. Il ne s'agit pas de conduire l'ensemble du changement à l'aide d'une méthode éprouvée mais complexe et onéreuse, plutôt d'agir de manière ciblée sur les principales résistances, à partir d'un modèle simple et conçu sur mesure. Dans la mesure où le projet est amené à évoluer vers de nouvelles étapes, l'objectif de ce plan est avant tout d'établir un dialogue de confiance entre les différentes parties prenantes afin de travailler ensemble dans une direction partagée au gré des étapes du projet.

Ce modèle, structuré autour de trois dimensions interconnectées : Clarté, Autonomie et Renforcement, propose des leviers mobilisables à trois niveaux : stratégique, tactique et opérationnel.

La Clarté agit sur la crainte de l'incertitude et le besoin de sens. Elle consiste à relier les moteurs essentiels de l'identité professionnelle (soin, lien thérapeutique, recherche, etc.) aux objectifs managériaux (réduction de la durée des séjours, transfert des lits avant 11 h, etc.). Pour éviter tout « écran de fumée », les préoccupations des soignants doivent être alimentées par des données récentes issues du terrain : enquêtes de patients sur la durée des séjours, besoins exprimés lors d'ateliers de co-construction etc. Les intentions managériales sont communiquées avec autant de poids, de manière transparente. Chaque référence au projet (invitation, réunion, information, bilan) doit rappeler explicitement ces motivations.

L'Autonomie répond au besoin de contrôle. Le personnel soignant doit être acteur plutôt qu'exécutant. Il ne s'agit pas d'instaurer une autogestion, mais d'offrir aux équipes la possibilité de proposer des adaptations locales dans le cadre du projet.

Le Renforcement agit sur le besoin de reconnaissance et de considération. Il s'agit non seulement de valoriser les efforts fournis et de s'intéresser au travail des soignants, de communiquer sur les résultats et les succès intermédiaires, ainsi que de solliciter puis intégrer les retours du terrain.

Pour que ce modèle déploie ses effets, toute initiative liée au projet doit passer à travers ce modèle à trois dimensions. Ainsi au niveau stratégique, il convient par exemple de redéfinir les enjeux à travers un narratif conciliant aspirations managériales et cliniques, et de bâtir une stratégie de communication impliquant tous les niveaux hiérarchiques afin de contextualiser les véritables enjeux et de réduire l'espace laissé à la rumeur. Au niveau tactique, plusieurs initiatives peuvent être mises en œuvre de façon concomitante : sensibiliser les cadres à leur rôle clé dans la stratégie de changement, définir une gouvernance du projet assortie d'une marge de manœuvre, et instaurer des comités pluridisciplinaires pour renforcer le sentiment d'appartenance et réduire l'impact des biais sociaux. Enfin, au niveau opérationnel, il importe de ritualiser les séances de débriefing, de feedback et de reconnaissance, et d'institutionnaliser une procédure d'arbitrage rapide assurée par une figure légitime. La liste des initiatives retenues dans la partie IV est exemplative afin d'illustrer l'utilisation des 3 axes du plan, mais doit faire l'objet d'une appropriation par l'institution en fonction de ses moyens et de ses spécificités.

## Limites du travail

Ce travail comporte toutefois certaines limites. L'échantillon retenu compte dix participants, dont un seul cadre de direction, ce qui réduit la diversité des points de vue. Un élargissement à un nombre plus important d'interlocuteurs permettrait de compléter l'analyse, notamment en intégrant d'autres cadres dirigeants, mais aussi des représentants de services médicaux variés, tels que la chirurgie ou les urgences. Les perspectives pourraient également être enrichies par des entretiens menés auprès des gestionnaires de séjours et de lits, ainsi que de leur hiérarchie directe. Ensuite, il serait pertinent de mobiliser un autre cadre théorique que celui des neurosciences pour analyser les résultats. Par exemple, l'article de Grønvad et al. (2024), propose de considérer les réactions au changement comme des prises de position liées aux rôles, aux identités et aux contextes, plutôt que comme de simples manifestations de résistance ou d'adhésion. Par ailleurs, il serait pertinent d'examiner plus en profondeur le plan stratégique de l'institution afin d'évaluer dans quelle mesure la gestion du volet humain des transformations y figure comme priorité, d'identifier les domaines où cette approche est déjà développée, les étapes futures prévues, ainsi que les secteurs dans lesquels il aurait été choisi de ne pas recourir à de telles méthodes. Enfin, un travail complémentaire pourrait viser à objectiver les coûts engendrés par l'absence d'adhésion, en les comparant aux coûts que représenterait la mise en œuvre d'un plan structuré de gestion des résistances.

## Conclusion

« A project that is technically perfect but lacks commitment will fail, whereas a project that is less perfect technically but has strong commitment will succeed. »

Daryl Conner (1993)

En Belgique, le secteur des soins de santé traverse une période de fortes pressions. Alors que la recherche et l'innovation ouvrent la voie à de nouvelles avancées médicales considérables, les facteurs démographiques et politiques mettent les ressources à rude épreuve. Dans ce contexte, le CHU de Liège n'échappe pas à la nécessité de transformer ses pratiques pour relever les défis actuels, dans une optique tournée vers l'avenir. Les logiques gestionnaires (accroître la performance, optimiser les revenus, réduire les coûts) constituent des préoccupations légitimes pour l'institution, tout comme la qualité des soins, le maintien du lien thérapeutique et de bonnes conditions de travail le sont pour les soignants. Si chacun peut partager ces préoccupations dans une certaine mesure, les priorités diffèrent selon les rôles et responsabilités. Les échanges menés auprès de la direction comme auprès des équipes de soin montrent que chacun agit au mieux, en fonction des priorités dictées par sa propre identité professionnelle. Toutefois, les résultats mettent en évidence la difficulté persistante à aligner ces priorités dans une vision commune. L'absence d'un véritable espace de dialogue a limité les possibilités, pour les uns comme pour les autres, de confronter leurs perspectives et de construire un récit partagé. Cette situation a pu, chez certains, alimenter un désengagement ou une opposition, explicite ou implicite, davantage liés à la dynamique de communication qu'aux intentions de chaque partie.

Changer est toujours difficile, plus encore quand le changement est vécu comme subi, que ses motivations sont floues, qu'il échappe au contrôle de ceux qui le vivent et que ses succès ne sont pas communiqués. Négliger ces dimensions humaines fondamentales entraîne un risque double : à court terme, une réduction des bénéfices attendus du projet et à plus long terme, la création de conditions défavorables à l'adhésion des professionnels lors des transformations futures.

C'est pourquoi il est crucial d'adopter une gestion proactive des aspects humain du changement. Celle-ci exige du temps, mobilise une énergie considérable, implique de réunir un large éventail d'acteurs et de les soutenir tout au long du processus. Elle suppose également d'accepter que le projet ne soit pas parfaitement conforme à l'idéal initial, en consentant à des ajustements et à des compromis. Ce n'est qu'à ce prix que les soignants pourront accepter les contraintes négatives du projet et devenir, à terme, des partenaires pleinement impliqués dans ses évolutions futures, optimisant ainsi les bénéfices à court terme et renforçant, sur la durée, une culture du changement favorable aux transformations à venir.

## Références bibliographiques

- Abuzied, Y., Alshammary, S. A., Alhalahlah, T., & Somduth, S. (2023). Using FOCUS-PDSA quality improvement methodology model in healthcare: Process and outcomes. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 6(2), 70-72. <https://doi.org/10.36401/JQSH-22-19>
- Barrow, J. M., & Annamaraju, P. (2022). Change management in health care. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459380/>
- Belfius (2024). *Communiqué de presse : Analyse MAHA 2024*. [https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2024/Communiqué%20de%20presse%20Belfius\\_MAHA%2008%2011%202024.pdf](https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2024/Communiqué%20de%20presse%20Belfius_MAHA%2008%2011%202024.pdf) (consulté le 17 aout 2025, from)
- Bolden, R., Petrov, G., & Gosling, J. (2009). Distributed leadership in higher education: Rhetoric and reality. *Educational Management Administration & Leadership*, 37(2), 257-277. <https://doi.org/10.1177/1741143208100301>
- Cheraghi, R., Ebrahimi, H., Kheibar, N., & Sahebihagh, M. H. (2023). Reasons for resistance to change in nursing: An integrative review. *BMC Nursing*, 22, 310. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01460-0>
- CHU de Liège. (s.d.) *Le plan stratégique*. [https://www.chuliege.be/jcms/c2\\_26810678/le-plan-strategique](https://www.chuliege.be/jcms/c2_26810678/le-plan-strategique) (consulté le 17 aout 2025, from)
- Claes, V. (2023). *La pénurie de médecins et de soignants va encore s'aggraver (Pr Gillet)*. Le Spécialiste. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/la-penurie-de-medecins-et-de-soignants-va-encore-s-arranger-nnbsp.html> (consulté le 15 aout 2025, from)
- Clark, C. S. (2013). Resistance to change in the nursing profession : Creative transdisciplinary solutions. *Creative Nursing*, 19(2), 70-76. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.19.2.70>
- Conner, D. R. (1993). Managing at the speed of change: How resilient managers succeed and prosper where others fail. New York, NY: Villard Books.
- Cors Sophie. (2023). *Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?* UC Louvain.
- Delvoye, A. (2025). *Les hôpitaux face à une nouvelle pandémie : « On serait plus en difficulté aujourd'hui qu'on ne l'a été il y a cinq ans » - RTBF Actus*. RTBF. <https://www.rtbf.be/article/les-hopitaux-face-a-une-nouvelle-pandemie-on-serait-plus-en-difficulte-aujourd-hui-qu-on-ne-l-a-ete-il-y-a-cinq-ans-11494539> (consulté le 17 aout 2025, from)
- Gordon, A., & Pollack, J. (2018). Managing healthcare integration: Adapting project management to the needs of organizational change. *Project Management Journal*, 49(5), 5-21. <https://doi.org/10.1177/8756972818785321>
- Grønvad, M. T., Abildgaard, J. S., & Aust, B. (2024). Moving beyond resistance and readiness : reframing change reactions as change related subject positioning. *Journal of Change Management*, 24(1), 5-24. <https://doi.org/10.1080/14697017.2023.2275253>

- Joubert, M.-L., van Wyk, N. C., & Leech, R. (2024). Implementation facilitators and barriers of person and family-centred emergency care. *Health SA Gesondheid*, 29, 2789. <https://doi.org/10.4102/hsag.v29i0.2789>
- Laport, N. (2013). *Analyse de données médico-administratives hospitalières et définition d'indicateurs de performance économique pour la gestion de l'hôpital*. ULG.
- Merdinger-Rumpler, C., & Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? *Management & Prospective*, 28(3), 51-66. <https://doi.org/10.3917/g2000.283.0051>
- Mitchell, G. (2013). Selecting the best theory to implement planned change. *Nursing Management*, 20(1), 32-37. <https://doi.org/10.7748/nm2013.04.20.1.32.e1013>
- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: An interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Services Research*, 20(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4999-8>
- Nouvion, A.-L. (2024). *Accompagner le changement avec les neurosciences. Deux pilotes à bord d'un cerveau*. InterEditions. <https://shs.cairn.info/accompagner-le-changement-avec-les-neurosciences--9782729623968>
- Pichault, F., & Schoenaers, F. (2003). HRM practices in a process of organisational change : A contextualist perspective. *Applied Psychology: An International Review*, 52(1), 120 à 143. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00128>
- Scarlett, H. (2019). *Neuroscience for organizational change: An Evidence-based Practical Guide to Managing Change* (2<sup>e</sup> éd.). Kogan Page.
- SPF Santé Publique. (2024, mars 25). *Disponibilité en personnel de santé*. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/soutenabilite-du-systeme-de-sante/disponibilite-en-personnel-de-sante?> (Consulté le 17 aout 2025, from)
- SPF Santé Publique. (2025, juillet 10). *Données phares dans les soins de santé*. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/telechargez-ici-le-rapport-entier-en-pdf> (consulté le 17 aout 2025, from)
- V, L. (2025). *Réforme au CHU de Liège : Le Dr Boxho appuie une rupture voulue par les médecins*. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/reforme-au-chu-de-liege-le-dr-boxho-appuie-une-rupture-voulue-par-les-medecins.html> (consulté le 17 aout 2025, from)
- Zwaan, L. A., Viljoen, R., & Aiken, D. (2019). The role of neuroleadership in work engagement. *SA Journal of Human Resource Management*, 17(0), Article 0. <https://doi.org/10.4102/sajhrm.v17i0.1172>