



Filière Directeur des Soins

Promotion : **2024 Théo Curin**

Date du jury : **Décembre 2024**

**L'usage du numérique au service du
pilotage du projet de soins :
entre contraintes et opportunités**

Alexis WYMANN

*« La plus grande difficulté de la transformation numérique, c'est de changer la
roue de la voiture sans l'arrêter. »*

Éric Blot,
Président Awak'IT

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Madame Dominique Perron, ma tutrice de mémoire, pour son accompagnement attentif tout au long de ce travail, ses conseils précieux et sa disponibilité constante. Je remercie également Madame Marie-Christine Chareyre, ma tutrice de positionnement, pour la richesse de nos échanges et l'aide précieuse qu'elle m'a apportée dans la construction de mon positionnement professionnel, m'ouvrant de nouvelles perspectives.

Je souhaite adresser mes sincères remerciements aux directrices des soins et aux cadres des établissements impliqués dans mon enquête pour la qualité et la transparence de nos échanges, ainsi que pour le temps qu'ils m'ont accordé. Leur contribution a été essentielle pour enrichir ma réflexion et donner corps à cette étude.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance toute particulière à ma famille et à mes proches, pour leur soutien constant et bienveillant tout au long de ce parcours, ainsi qu'à mes compagnons de promotion, pour leur présence, leurs encouragements et les moments de partage qui ont rendu ce chemin plus stimulant.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 CONSTATS ET QUESTION DE DEPART	2
1.1 Constats	2
1.2 Évolution du questionnement.....	4
1.3 Formulation de la question de recherche	6
2 CADRE THEORIQUE	6
2.1 Les enjeux de la transformation numérique dans les hôpitaux	6
2.1.1 Impacts des technologies numériques	7
2.1.2 Défis, obstacles et leviers.....	8
2.1.3 L'usage, une notion générale à préciser.....	9
2.1.4 Les compétences numériques, un sujet peu investi	11
2.1.5 Des perspectives nouvelles au service du numérique en santé.....	12
2.2 Le management de projet dans le contexte hospitalier.....	14
2.2.1 Du projet au management par projet, caractéristiques générales.....	14
2.2.2 Le PSIRMT, un projet stratégique à co-construire	17
2.2.3 Le travail collaboratif dans le management de projet.....	18
2.2.4 Les défis de la coordination au sein des équipes projet.....	20
2.3 Conclusion et formulation des hypothèses	21
3 L'ENQUETE DE TERRAIN	23
3.1 La méthodologie de l'enquête	23
3.1.1 Les objectifs de l'enquête.....	23
3.1.2 Le choix des outils d'enquête	23
3.1.3 Le périmètre de l'enquête.....	25
3.1.4 Synthèse de l'échantillon.....	27
3.1.5 Les limites de l'enquête.....	28
3.2 L'analyse des données	28

3.2.1	La méthode d'analyse	28
3.2.2	Présentation des résultats.....	29
3.2.3	Synthèse et confrontation aux hypothèses.....	45
4	PRECONISATIONS	47
4.1	Sur le plan institutionnel et stratégique.....	47
4.1.1	L'Adoption d'une stratégie numérique intégrée.....	47
4.1.2	Le développement d'un laboratoire d'innovations numériques.....	48
4.2	Sur le plan de la formation et de l'accompagnement.....	48
4.2.1	Le renforcement et la valorisation des compétences numériques	49
4.2.2	L'accompagnement au changement et le traitement des résistances.....	50
4.2.3	Le développement du télétravail et de la collaboration à distance	51
4.3	Sur le plan technique et technologique	52
4.3.1	L'optimisation des infrastructures techniques	52
4.3.2	Le choix des outils numériques	52
4.3.3	La gestion de la sécurité numérique et de la conformité.....	53
	CONCLUSION	54
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFN	Action de Formation Nationale
AFNOR	Association Française de NORmalisation
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ANS	Agence du Numérique en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CODIR	Comité de DIRection
CRCN	Cadre de Référence des Compétences Numériques
CDS	Cadre De Santé
CGS	Coordonnateur(trice) Général(e) des Soins
CN	Compétence(s) Numérique(s)
CP	Cadre de Proximité
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CS	Cadre Supérieur(e)
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur(e) de Sante
DG	Directeur(trice) général(e)
DNS	Délégation ministérielle au Numérique en Santé
DPI	Dossier Patient Informatisé
DS	Directeur(trice) des Soins
DSI	Direction du Système d'Information
ENT	Environnement Numérique de Travail
FFCDS	Faisant-Fonction de Cadre De Santé
FPH	Fonction Publique Hospitalière
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MOOC	Massive Open Online Course
ON	Outil(s) Numérique(s)
PE	Projet d'Etablissement
PMS	Projet Médico-Soignant
PSIRMT	Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
SIH	Système d'Information Hospitalier

INTRODUCTION

Dans un système de santé en perpétuelle évolution, les hôpitaux sont confrontés à des défis croissants en matière de gestion et de coordination. La transformation numérique, qui touche tous les secteurs, n'épargne pas l'hôpital et impose une modernisation des pratiques, une réorganisation des processus et une innovation constante. Cette révolution technologique n'est pas simplement une adaptation technique, mais une véritable refonte des modes de fonctionnement hospitaliers, touchant à la fois les aspects cliniques, administratifs et organisationnels. Elle est portée par l'urgence d'améliorer la qualité des soins, de renforcer l'efficacité des établissements et de répondre aux exigences accrues des usagers, des professionnels de santé et des tutelles. Le premier Programme Hôpital Numérique visait, il y a déjà plus de dix ans, à amener « *l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données* » (2012, p. 3).

Le directeur des soins (DS) se situe au cœur de ces évolutions. Conformément aux dispositions du Décret du 19 avril 2002, le DS, membre de droit du directoire, « *contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement* »¹. Il a pour mission, sous l'autorité du directeur d'établissement, d'organiser, de contrôler et d'évaluer la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins. Cette politique se matérialise notamment dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PSIRMT), un document stratégique essentiel qui définit les orientations et les actions nécessaires pour structurer et améliorer l'organisation des soins ainsi que la qualité et la sécurité des prises en charge et des parcours des patients. Le PSIRMT n'est pas un simple guide opérationnel ; il est l'expression concrète de la politique des soins de l'établissement, alignée sur les objectifs du projet d'établissement. Dans un contexte où la convergence entre le projet médical et le PSIRMT est encouragée par les réformes récentes, le projet de soins devient un pilier central de la stratégie médico-soignante unifiée.

Dans ce contexte, les nouvelles technologies de l'ère numérique s'affirment comme un atout stratégique, non seulement pour le DS, mais aussi pour les cadres de santé, particulièrement impliqués dans la gestion et le pilotage de projets. Soulignant la très forte augmentation du volume des échanges et des flux d'informations que ces technologies permettent, Pierre-Jean Barlatier, chercheur au CNRS et expert en management de l'innovation digitale, souligne

¹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

qu'elles offrent la possibilité aux acteurs « *de prendre des décisions rapides et de résoudre des problèmes au gré de leurs activités, d'une manière beaucoup plus flexible* » (Bartatier, 2016, p. 61).

Les nouvelles compétences qui se rattachent au virage numérique dépassent la simple maîtrise des outils informatiques ; elles incluent la capacité à gérer des projets à travers des plateformes numériques, à coordonner des équipes interprofessionnelles à distance, à exploiter les données pour soutenir la prise de décision et à assurer une gestion intégrée des ressources. Le développement de ces compétences s'avère essentiel pour adapter les modalités de pilotage du PSIRMT aux réalités imposées par la digitalisation de l'hôpital.

Cette recherche s'inscrit ainsi dans une perspective professionnelle visant à explorer en profondeur le lien entre le développement des compétences numériques des cadres de santé et l'amélioration du pilotage du projet de soins. En tant que futur DS, comprendre ces dynamiques est essentiel pour mener à bien nos futures missions stratégiques et managériales. Ainsi, après une exploration des éléments contextuels et conceptuels du sujet, nous avons réalisé une enquête dont l'analyse nous a permis d'émettre des préconisations dans le cadre d'une démarche professionnalisante.

1 CONSTATS ET QUESTION DE DEPART

1.1 Constats

Les hôpitaux sont des entreprises de grande envergure, employant plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de travailleurs aux qualifications diverses. Ces acteurs contribuent au bon fonctionnement de l'établissement suivant des organisations complexes, au sein de pôles, de départements, de services médicaux, administratifs et techniques, en interactions permanentes. La collaboration de tous ces acteurs et la coordination de leurs activités constituent un enjeu majeur pour rendre lisible et efficiente l'action collective.

La gestion des hôpitaux, dans un environnement marqué par les mutations constantes, est devenue particulièrement exigeante. L'hôpital est appelé à se rénover, à se réorganiser et à innover en permanence pour remplir ses missions. Ces transformations multiples touchent divers domaines : technologies, organisation, gouvernance, prise en charge, gestion des flux et des parcours, etc. Elles portent des enjeux variables, allant par exemple de la simple introduction d'un nouvel équipement biomédical jusqu'à la transformation complète d'une organisation dans le cadre d'un schéma directeur immobilier.

Ces activités de transformation, aux caractéristiques très disparates, ont tendance à s'accumuler et doivent pousser les équipes de direction à mener une réflexion sur la manière de les prioriser et de les piloter. Dans le contexte hospitalier, ces activités sont en général

regroupées et délimitées dans un « projet » qui identifiera notamment le contexte, les objectifs, les ressources ainsi que les résultats attendus. Toutefois, à travers nos expériences, nous avons pu constater que le terme « projet » est omniprésent dans l'univers hospitalier et souvent galvaudé, utilisé pour des initiatives qui ne répondent pas entièrement aux critères d'un véritable projet. De nombreux auteurs se sont penchés sur le sujet, dont Gilles Garel qui rappelle les trois caractéristiques majeures des projets définies par Jean-Boutinet en 1993 : *« l'exemplarité : le projet s'éloigne du banal et du quotidien pour renvoyer à l'inédit ; l'opérativité : le projet n'est pas une intention ou un rêve, mais s'incarne concrètement dans une réalisation ; la pronominalisation : le projet n'est pas anonyme, mais rattaché à un acteur individuel ou collectif »* (Garel, 2011, p. 3).

Qu'ils aient une portée territoriale (projet régional de santé, projet médical partagé...), institutionnelle (projet d'établissement, projet de soins...), ou plus ciblée (projet de déménagement d'une unité, installation d'un nouvel équipement...), voire transversale (projet de déploiement d'un nouveau logiciel, projet d'amélioration de la gestion des déchets...), ces différents projets ont un point commun : ils impliquent des acteurs multiples dont les actions doivent être coordonnées. Le fonctionnement par projet *« dépasse les clivages corporatistes naturels et canalise la contribution et l'énergie des acteurs vers un dessein et des objectifs communs »* (Jancourt & Simart, 2015, p. 181).

La gestion de projet est omniprésente dans le fonctionnement de l'hôpital et a conduit de nombreux établissements à déployer des structures et des processus organisationnels, associés à des outils numériques, pour assurer la définition, la planification, l'articulation, la mise en œuvre et le suivi des projets. En ce sens, le rapport Claris souligne que *« la mise en place d'une cellule de gestion de projet s'appuyant sur une sélection transparente et une contractualisation interne [...] permettrait de remobiliser les professionnels porteurs d'initiatives et de réduire les délais d'instruction et de décision »* (Claris, 2020, p. 4).

Le management de projet est un concept déjà ancien. Adopté de manière croissante depuis la fin des années 1980, ce mode de pilotage est aujourd'hui reconnu et adopté par de nombreuses entreprises dans tous les secteurs de l'économie. La spécificité de ce concept rapporté aux hôpitaux est qu'il s'est implanté de manière progressive, avec des niveaux de développement et d'intégration très variables selon les établissements. Le management de projet cible la dimension humaine de la gestion de projet, car *« pour réussir un projet, il ne suffit pas d'organiser le bon déroulement d'activités inter-reliées, il s'agit également de susciter et maintenir une dynamique humaine propice à l'expression des savoir-faire individuels et à leurs enrichissements mutuels dans une production collective innovante »* (Picq, 2022, p. 10).

Ces premiers constats soulèvent plusieurs interrogations quant à l'organisation et à la gestion des projets au sein des hôpitaux :

- En quoi la transformation numérique modifie-t-elle les pratiques de gestion de projet au sein des hôpitaux ?
- Dans quelle mesure la transformation numérique peut-elle favoriser la collaboration et influencer l'efficacité du management de projet ?
- Quels sont les facteurs clés qui permettent d'assurer une coordination optimale des multiples projets hospitaliers ?

1.2 Évolution du questionnement

Dans les hôpitaux, le projet d'établissement constitue le cadre stratégique global qui oriente l'ensemble des actions et des initiatives mises en œuvre. Ce document définit les grandes orientations de l'établissement pour une période donnée, généralement de cinq ans, et sert de feuille de route pour atteindre les objectifs institutionnels fixés. Parmi les multiples projets qui découlent de ce cadre, le PSIRMT se distingue par son importance stratégique dans la mise en œuvre de la politique des soins. En tant que composante essentielle du projet d'établissement, il ne se présente pas seulement comme un projet parmi d'autres, mais plutôt comme un levier fondamental pour le Directeur des Soins (DS), un outil clé permettant de mobiliser collectivement les équipes paramédicales.

Les équipes d'encadrement², composées majoritairement de cadres de santé (CDS) et de cadres supérieurs de santé (CSS), sont particulièrement mobilisées dans la mise en œuvre opérationnelle du PSIRMT ; la gestion de projet est au cœur de leurs activités. Chantal de Singly soulignait déjà cet engagement dans son rapport de 2009 : « *Souvent porteurs de changement, impliqués comme membres d'équipe projet ou chefs de projets, les cadres se reconnaissent dans ces missions qu'ils acceptent volontiers* » (2009, p. 60). Cependant, une constante déterminante émerge en matière de méthodologie de gestion de projet : le besoin d'une fluidité accrue dans les canaux de communication. Chacun doit pouvoir disposer d'un niveau d'information suffisant et de données fiables et actualisées pour orienter les décisions.

L'exemple du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dans lequel nous avons effectué notre premier stage est particulièrement instructif sur le plan de la méthodologie de pilotage des projets. Lors de ce stage, un certain nombre de constats ont été établis à travers une enquête exploratoire reposant sur quatre entretiens menés (2 CDS et 2 CSS) axés sur la collaboration et l'utilisation des outils numériques dans la gestion de projet. En parallèle, notre participation à plusieurs réunions en lien avec le pilotage du projet d'établissement a permis de compléter

² Par « équipe d'encadrement » ou « cadres » nous évoquons tout au long de ce mémoire l'ensemble des personnes en situation d'encadrement sous la responsabilité de la Direction des soins, quels que soient leurs statuts ou leurs diplômes.

ces apports par des observations concrètes. Cette enquête a permis d'identifier plusieurs points clés et d'affiner notre questionnement initial.

En premier lieu, nous avons constaté que le volume de projets en cours ou à venir est très conséquent. Ce sujet mobilise de nombreux acteurs et structure, directement ou indirectement, une grande partie de l'ordre du jour des comités de direction (CODIR) et des autres instances décisionnelles. Il génère de nombreux débats en lien avec les ressources affectées, les choix des priorités et les délais de mise en œuvre des projets retenus institutionnellement. Le pilotage de ces projets s'appuie notamment sur une structure organisationnelle dédiée (la cellule projets), des processus bien définis (expression du besoin, étude d'opportunité, identification des ressources...) et un outil numérique spécifique permettant de cartographier et de suivre les projets.

Les équipes d'encadrement sont fortement impliquées dans la gestion de projets. La majorité des projets validés institutionnellement comporte un volet de mise en œuvre opérationnelle dont elles ont la charge. Qu'il s'agisse par exemple du développement d'une nouvelle activité, de l'implantation d'un équipement ou d'un logiciel, du déménagement d'un service, les cadres sont en général pleinement impliqués dans le pilotage de ces transformations.

Le projet d'établissement est dense et intègre un PSIRMT structuré autour de cinq axes et dix-neuf objectifs. Chaque objectif est ensuite décliné en plusieurs actions, voire sous-actions, dont le périmètre, la portée et la complexité peuvent être très variables. Si le cadrage général du PSIRMT (contexte, orientations, objectifs) et sa dimension stratégique sont bien définis dans des supports numérisés, la mise en œuvre effective des plans d'action (planification, validation, évaluation, adaptations) souffre cependant d'un manque de lisibilité et de suivi.

Les compétences numériques des cadres interrogés sont très hétérogènes, conduisant à un usage limité des outils numériques mis à disposition. Le mail reste la norme, la planification de tâches dans un espace de travail collaboratif étant l'exception.

La recherche d'informations est constante, en particulier pour les cadres de pôle, et aucun d'entre eux n'est en mesure de connaître précisément l'avancée réelle des nombreux projets en cours au sein de leur pôle. Ils s'appuient énormément sur des données transmises à l'oral ou par mail, ce qui les empêche souvent d'être proactifs. Très peu d'indicateurs sont disponibles sur l'état d'avancement des projets en cours. Le constat est similaire au niveau de la direction des soins. Le manque de lisibilité globale sur l'état d'avancement du PSIRMT est significatif, le pilotage se fait parfois à vue. Les projets sont rarement clôturés de manière formelle, le projet suivant prenant souvent le pas sur le précédent sans qu'une évaluation complète ait été réalisée.

1.3 Formulation de la question de recherche

Les constats tirés de nos observations et de l'enquête exploratoire menée au sein du CHU mettent en lumière des défis majeurs dans le pilotage des projets hospitaliers, et en particulier du PSIRMT. L'accumulation des projets, le manque de lisibilité dans leur suivi, les difficultés de communication et l'hétérogénéité des compétences numériques des cadres sont autant de facteurs qui complexifient la mise en œuvre efficace des actions prévues. Face à ces défis, il apparaît crucial d'examiner comment les outils numériques et le développement des compétences des cadres peuvent contribuer à améliorer la collaboration, la coordination et l'implication des parties prenantes dans le pilotage du PSIRMT.

C'est dans ce contexte que notre question de recherche émerge : **En quoi l'usage des outils numériques par les équipes d'encadrement influence-t-il la dynamique managériale dans le pilotage du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ?**

Cette exploration, ancrée dans les réalités opérationnelles des établissements de santé, est d'autant plus pertinente qu'elle s'inscrit directement dans les enjeux auxquels un DS est confronté au quotidien. Elle offre ainsi une occasion précieuse d'approfondir la compréhension des leviers qui permettent de renforcer l'efficacité du pilotage du PSIRMT.

2 CADRE THEORIQUE

Afin d'éclairer le sujet de notre travail, nous explorerons tout d'abord les enjeux principaux de la transformation numérique dans les hôpitaux, en examinant comment ces changements influencent la structure organisationnelle, les processus de gestion et les compétences requises pour les équipes d'encadrement. Cette analyse nous conduira à aborder le management de projet dans le contexte hospitalier, en mettant en évidence les défis spécifiques liés à l'intégration des outils numériques dans le pilotage du PSIRMT, ainsi que les dynamiques de collaboration et de coordination au sein des équipes projet.

Ce cadre théorique a pour objectif de structurer notre analyse en ancrant nos hypothèses dans un ensemble cohérent de références théoriques et pratiques. Il offrira ainsi une base solide pour interpréter les résultats de notre enquête, en nous permettant de comprendre comment les équipes d'encadrement et le DS peuvent tirer parti de la transformation numérique pour optimiser le pilotage du PSIRMT.

2.1 Les enjeux de la transformation numérique dans les hôpitaux

Le virage numérique représente un bouleversement majeur dans le secteur hospitalier, il dépasse la simple adoption de nouvelles technologies pour toucher aux aspects plus fondamentaux de l'organisation et de la gouvernance. Ce phénomène est abordé de manière

variée par les auteurs, chacun apportant des éclairages spécifiques sur ses implications et les nombreux défis qui en découlent.

2.1.1 Impacts des technologies numériques

Au sein des établissements de santé, la transformation numérique s'inscrit en premier lieu dans une logique d'optimisation des pratiques professionnelles et organisationnelles. Elle peut être définie comme « *le processus par lequel une organisation cherche à intégrer des outils technologiques à ses activités et à ses modes de fonctionnement pour les optimiser et les rendre plus performants* » (Bobillier Chaumon, 2023, p. 7). De nombreux domaines peuvent être ainsi optimisés, comme l'organisation du travail, les circuits de décision et d'information, la coopération au sein des équipes de travail, le management des salariés ou la supervision des activités.

L'étude prospective sur la transformation numérique et son impact sur les métiers publics de demain, publiée par la Direction interministérielle de la transformation publique, positionne le numérique comme « *l'un des plus grands changements de ce début du XXI^e siècle, perçu de manière ambivalente avec fascination et crainte* » (2019, p. 6). L'étude précise que la transformation numérique des métiers doit être envisagée et anticipée afin « *de diriger son évolution vers quelque chose de souhaitable, de l'accompagner tout en diminuant la part de crainte qui résulte de l'incertitude* » (Ibid., p. 6). Concernant le personnel d'encadrement, les bénéfices attendus des outils numériques se concentrent sur l'automatisation des processus administratifs et du reporting, ainsi que sur l'appui à la décision.

Le concept de transformation numérique, bien que largement reconnu, est interprété différemment selon les auteurs, en fonction de l'accent qu'ils mettent sur les dimensions technologiques, organisationnelles ou humaines. Dans les hôpitaux, cette transformation est souvent perçue comme un levier stratégique dans un contexte budgétaire contraint. Jacquet (2019) met en avant l'évolution du cadre juridique et l'obligation faite aux établissements publics de santé de dématérialiser certains processus. Cette dématérialisation représente, selon l'auteur, un véritable gisement d'efficacité, mais doit s'accompagner d'une reconfiguration des processus internes, qu'il s'agisse de la répartition des rôles, de la méthodologie de travail, ou des outils utilisés au quotidien.

En parallèle, Barlatier (2016) met en avant une perspective plus large, voyant dans les technologies numériques non seulement une réponse aux exigences en matière de collecte et de traitement des données, mais aussi une opportunité d'innovation organisationnelle. Il souligne que l'utilisation de ces technologies va au-delà des fonctionnalités initiales, les utilisateurs créant de nouveaux usages qui engendrent des « *cascades d'innovations* » (p. 56). Ces technologies peuvent donc être envisagées non seulement comme des outils

d'optimisation, mais comme des moteurs d'innovation en eux-mêmes, transformant les pratiques et générant de la valeur dans des contextes variés.

D'autres auteurs, tels qu'Autissier, Johson et Moutot (2014), soulignent que la transformation numérique modifie les structures organisationnelles traditionnelles en introduisant davantage de flexibilité et de collaboration. Le passage d'une organisation hiérarchique à des structures plus décentralisées, facilité par les technologies numériques plus communicantes et ouvertes, incite à revoir les modes de gouvernance et à adopter une véritable « stratégie digitale » intégrée. Cette reconfiguration implique la prise en compte des comportements des utilisateurs et l'évolution des usages dans l'organisation. Le déploiement des projets digitaux impose cependant aux dirigeants d'accepter la part d'incertitude qui l'accompagne, en changeant de posture, dans une logique d'incrémentalisme, « *avec une solution qui se construit chemin faisant* » (p. 83).

Ainsi, la transformation numérique des hôpitaux, loin de se réduire à la simple adoption de technologies, représente un levier d'efficacité et d'innovation organisationnelle, à condition qu'elle soit accompagnée et pilotée dans le cadre d'une stratégie intégrée. Cette transformation ne touche pas seulement les outils, elle oblige à repenser les métiers, les processus et la gouvernance.

2.1.2 Défis, obstacles et leviers

La transformation numérique, bien que prometteuse, fait face à des défis significatifs. L'un des premiers obstacles, identifié par de nombreux auteurs, est la résistance au changement. Autissier, Johson et Moutot (2014) expliquent que cette résistance est liée aux difficultés que rencontrent les salariés pour faire évoluer leurs usages et leurs postures, avec l'obligation de composer avec l'incertitude et d'inventer un futur inconnu. L'accompagnement actif des utilisateurs s'avère donc primordial. Le concept de « change digital », tel que décrit par ces auteurs, vise à favoriser l'adoption des technologies numériques, par une intégration progressive, en prenant en compte les retours des utilisateurs pour construire des solutions adaptées à leurs besoins et aux contextes de travail spécifiques. Il s'agit de conduire le changement pour et avec les technologies digitales, qui deviennent alors à la fois « *le prétexte, le moyen et le média pour créer du sens avec l'objectif d'institutionnaliser des pratiques expérimentales en usage* » (p. 84).

Le concept d'appropriation sociale est intimement lié à ce phénomène de résistance aux technologies. Pour Bobillier Chaumon (2023) l'appropriation doit être envisagée comme une activité à part entière qui vise à favoriser l'adhésion à l'usage des technologies digitales « *par une expérimentation physique et concrète du dispositif, où sujet et système se jugent et se jaugent mutuellement, se confrontent et se coconstruisent dans un processus d'ajustement et*

de développement réciproque : des fonctionnalités pour l'outil, des capacités pour le sujet » (p. 30). L'auteur affirme qu'il n'existe pas de déterminisme technologique et donc que les caractéristiques intrinsèques des outils numériques influencent peu leurs effets. C'est l'usage, à travers les conditions d'utilisation, le projet et les expériences de l'utilisateur, qui représente le principal déterminant des effets de la technologie. « *Chaque technologie véhiculerait ainsi un design organisationnel implicite dont la mise en œuvre relèverait de divers enjeux et forces plus ou moins convergentes : entre ce que la technologie permet de faire, ce que l'organisation oblige à faire et ce que l'individu souhaite (en) faire »* (p. 32).

Barlatier (2016) corrobore cette vision d'acceptation sociale des technologies par l'usage. Il souligne qu'elle est un élément clé dans le succès des projets numériques. Les stratégies d'accompagnement mises en place par les équipes dirigeantes sont primordiales pour remédier aux difficultés d'adoption rencontrées, en particulier dans les premières phases du déploiement des outils, car « *il ne suffit pas de lancer un nouvel outil informatique au sein d'un collectif, même s'il propose des technologies et fonctionnalités numériques a priori attirantes [...] pour atteindre rapidement les résultats espérés »* (p. 60). Barlatier propose ainsi à la fois des actions à court terme, visant le développement de la performance technique de l'outil, et des actions à long terme, cherchant à « *faire évoluer le design organisationnel (culture et structure de la firme) vers des principes de partage et de collaboration »* (p. 60). L'étude portant sur le dossier patient informatisé (DPI) proposée par Béjean, Kletz et Moisdon (2018) renforce cette idée que l'introduction d'un outil numérique ne suffit pas à générer des gains organisationnels, en précisant que « *la plupart des travaux constatent un important hiatus entre la valeur escomptée et la réalité des gains dégagés »* (p. 10). Ils expliquent que l'impact de ces outils doit être piloté pour produire une « valeur organisationnelle » qui repose sur « *une meilleure appréhension des activités en jeu et du sens que les acteurs sont capables de donner à ces technologies à partir d'un usage constructif qui s'élabore pas à pas »* (p. 22).

Ainsi, bien que la transformation numérique promette des gains importants, elle rencontre des obstacles significatifs qui doivent être anticipés. La résistance au changement, nourrie par l'incertitude et la difficulté à percevoir des résultats concrets, exige un accompagnement attentif. L'appropriation des technologies par les utilisateurs et leur acceptation sociale sont essentielles à la réussite des projets numériques. Pour que les bénéfices potentiels se concrétisent, il est essentiel d'accompagner ces projets de manière à créer du sens pour les utilisateurs, en prenant en compte les usages réels et en réajustant les pratiques organisationnelles pour favoriser une collaboration plus fluide et efficace.

2.1.3 L'usage, une notion générale à préciser

Dans le cadre de la transformation numérique des hôpitaux, nous avons pu constater que la notion d'usage est centrale et identifiée par de nombreux auteurs comme un déterminant

essentiel permettant de surmonter les obstacles et de tirer pleinement parti de ces nouvelles technologies. Martin (2022), à travers son étude descriptive sur le niveau d'utilisation de l'environnement numérique de travail (ENT) chez les cadres de santé de proximité, souligne la confusion qui existe entre les notions d'utilisation, d'usage et de pratique. Bien que ces termes soient souvent employés de manière interchangeable, ils renvoient à des réalités distinctes qui sont cruciales pour comprendre la manière dont les outils numériques s'intègrent dans les processus de travail des cadres de santé et des équipes.

- **L'utilisation** : Ce terme renvoie à l'action ponctuelle, plutôt individuelle que collective, de manipuler un outil ou un dispositif. Il définit ainsi l'aspect technique de l'interaction entre l'utilisateur et la technologie. Cependant, l'utilisation en tant que telle ne reflète pas la profondeur de l'appropriation ou de l'intégration de l'outil dans les processus de travail.
- **L'usage** : Ce terme va au-delà de la simple technique de manipulation. Il inclut la manière dont l'utilisateur intègre l'outil dans ses activités professionnelles, en tenant compte du contexte organisationnel, des interactions avec les autres professionnels et des objectifs poursuivis. L'usage est ainsi défini comme une construction sociale qui dépend des dynamiques collectives et des attentes organisationnelles. L'usage est souvent lié à des dimensions normatives et prescrites, où l'outil numérique est utilisé dans un cadre de travail plus large, mais son adoption peut varier en fonction des expériences et des besoins des utilisateurs.
- **La pratique** : Le concept de pratique englobe encore plus largement la manière dont l'outil est utilisé dans un contexte de travail spécifique, mais aussi comment il s'intègre dans les routines professionnelles et contribue à transformer les processus. La pratique reflète ainsi l'appropriation pleine et entière de la technologie lorsque l'outil devient un élément fondamental des activités quotidiennes et des logiques professionnelles. Il s'agit d'une utilisation fluide et naturelle, profondément enracinée dans les habitudes de travail des utilisateurs.

Martin met en évidence que la confusion entre ces termes peut conduire à des malentendus sur la réussite de l'adoption des technologies numériques. Pour que les outils numériques soient véritablement efficaces, il est essentiel de dépasser la simple utilisation technique et de viser un usage adapté, qui soit en cohérence avec les objectifs organisationnels, tout en transformant durablement les pratiques professionnelles. Cette transformation ne peut s'opérer sans un socle solide de compétences adaptées aux spécificités des technologies numériques utilisées dans les établissements de santé.

2.1.4 Les compétences numériques, un sujet peu investi

Alors que la nécessité pour les hôpitaux de s'engager pleinement dans la transformation numérique est largement mise en avant par les pouvoirs publics, le développement des compétences numériques des professionnels de santé reste un enjeu plus nébuleux.

Au niveau national, l'ambition de développer le numérique en santé s'est fortement accéléré depuis une quinzaine d'années. Dressant la synthèse des 50 ans d'histoire de la e-santé³, l'Agence du Numérique en Santé (ANS) décrit le retard initial de la France en la matière. Ce retard n'a véritablement été rattrapé qu'à partir des années 2010, grâce à des investissements conséquents et à la mise en place de politiques publiques dédiées. Les programmes tels qu'Innovation Santé 2030, Feuille de route du numérique en santé, Ségur du numérique en santé, Programme SUN-ES, ESMS Numérique, Stratégie d'Accélération Santé Numérique, illustrent toute la volonté des autorités d'intégrer pleinement le numérique dans le système de santé et au cœur des pratiques professionnelles. Cette transformation a été renforcée par la crise sanitaire de 2020, qui a accéléré l'adoption des technologies numériques afin de garantir la continuité des soins.

Ces programmes ont notamment permis des avancées techniques majeures au sein des systèmes d'information hospitaliers (SIH) en posant des bases solides pour l'intégration des technologies numériques dans les hôpitaux. Selon le bilan de la feuille de route du numérique en santé 2019-2022, le système de santé « *peut désormais s'appuyer sur des infrastructures robustes pour développer la prévention, lutter contre les déserts médicaux et améliorer ses modes de fonctionnement* » (2022, p. 13). Néanmoins, ces politiques ont principalement ciblé le développement de la e-santé, à travers ses aspects techniques et cliniques, laissant en arrière-plan la question des compétences nécessaires pour piloter ces transformations.

Considéré comme un maillon central de la conduite du changement au sein des hôpitaux, le personnel d'encadrement est au cœur de la transformation numérique. Selon la Direction interministérielle de la transformation publique (2019), il doit devenir « *un ambassadeur de la culture numérique à travers la participation au déploiement de nouveaux outils informatiques et à l'accompagnement des personnels qu'il manage à l'utilisation des nouveaux outils numériques* » (p.28). Ainsi, comme le souligne Martin (2022), il semble exister une tension entre le prescrit et le réel, entre l'ambition de développer le numérique en santé en s'appuyant sur l'encadrement et le constat parallèle de leur faible appropriation des outils numériques et de l'ENT (défini comme un ensemble intégré de services numériques choisis et mis à disposition de tous les acteurs d'un établissement).

³ <https://esante.gouv.fr/les-50-ans-dhistoire-de-la-e-sante>

Cette tension est d'autant plus marquée qu'à ce jour la fiche du Répertoire national des certifications professionnelles relative au diplôme de cadre de santé⁴, mise à jour en juillet 2020, n'apporte aucune précision sur les compétences numériques attendues pour les cadres. Comment interpréter cette absence totale de référence au numérique ? Faut-il en déduire que le sujet du numérique ne relèverait pas de compétences spécifiques ? Peut-être s'agit-il de compétences transversales qui ne justifient aucune attestation particulière ? Peut-être estime-t-on que le sujet relèverait davantage de la formation continue au sein des établissements employeurs ? Pourtant, dès 2012, le sujet du numérique avait été identifié lors des travaux de réingénierie portant sur le diplôme de cadre de santé. Ces travaux ont permis d'aboutir à la production d'un référentiel d'activités et compétences sous la forme d'un document de travail publié par la DGOS. Ce référentiel aborde succinctement le sujet du numérique à travers la compétence 8 « Communiquer, transmettre les informations et rendre compte », qui précise que le cadre de santé doit pouvoir « *Produire, coordonner et transmettre les informations nécessaires aux activités et à leur suivi en utilisant les systèmes d'information numériques* » (p. 37). Le numérique est plutôt associé à une activité et ne relèverait pas de compétences spécifiques.

2.1.5 Des perspectives nouvelles au service du numérique en santé

La feuille de route du numérique en santé 2023-2027, portée par la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) prend un virage plus marqué vers le développement des compétences numériques. Elle fixe l'ambition, d'ici 2027, de renforcer la formation et l'accompagnement au numérique des professionnels de santé à travers deux axes structurants. Il s'agit tout d'abord d'intégrer une formation obligatoire au numérique en santé dans l'ensemble des formations initiales du sanitaire, du social et du médico-social et de former ainsi 500 000 élèves. Mais il s'agit également d'intégrer une formation au numérique dans le catalogue de formation de tous les opérateurs de compétences et organismes de formation continue des acteurs de santé et de former au moins 10 % des professionnels en activité.

Ces initiatives sont renforcées par l'arrêté du 10 novembre 2022⁵ qui rend obligatoire l'insertion du numérique en santé dans les maquettes de formation de la majorité des professionnels de santé. Cette formation a pour objectif de permettre « *d'appréhender les enjeux liés à la santé numérique, d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour travailler dans un contexte de digitalisation de l'exercice professionnel et d'accompagner la transformation du système de soins par le numérique ; de favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité ; d'intégrer le numérique en santé dans l'exercice des professionnels de santé* ». Cette

⁴ <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34818/>

⁵ Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé

formation obligatoire de vingt-huit heures s'articule autour de cinq domaines de compétences du numérique en santé : les données de santé, la cybersécurité, la communication en santé, les outils numériques en santé et la télésanté. Les compétences et capacités attendues sont détaillées dans un référentiel socle et transversal dédié (annexe I). Ces récentes évolutions témoignent d'une prise de conscience et démontrent une volonté des pouvoirs publics d'inscrire durablement le numérique dans les pratiques des professionnels de santé.

Cependant, parmi les quatorze professions ciblées par ce dispositif on ne retrouve pas spécifiquement les cadres de santé. Alors que ces derniers se situent au cœur des transformations et sont censés être les « ambassadeur » de la culture numérique, ce choix interroge à bien des égards et pourrait limiter leur capacité à assumer pleinement ce rôle. Probablement faudra-t-il investir les dispositifs de formation continue pour palier cette absence. Concernant ce volet, la DNS, à la suite de son étude sur la formation continue au numérique en santé (2023)⁶, a mis en œuvre des actions concrètes pour répondre à l'objectif ambitieux qu'elle s'est fixé de former 10% des professionnels en exercice d'ici 2027. Ainsi, le numérique en santé fait désormais l'objet d'une thématique dédiée dans les orientations prioritaires 2023-2025 du DPC⁷. De plus, le numérique en santé est également identifié comme une action de formation nationale (AFN) de l'ANFH⁸. Les AFN ont vocation à initier, innover et expérimenter des dispositifs pédagogiques sur des thèmes prioritaires selon une démarche rigoureuse permettant un déploiement accéléré. Enfin, parmi les actions portées par la DNS en faveur du développement des compétences numériques des professionnels de santé, le dispositif Pix offre une nouvelle perspective. Pix⁹ est un service public en ligne destiné à évaluer, développer et certifier les compétences numériques. Le dispositif propose des parcours de tests ludiques et apprenants pour former les élèves à un usage responsable et éclairé des outils numériques. Créé conjointement par les ministères chargés de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, cette plateforme vise à déployer une stratégie numérique éducative au service de la réussite de tous les élèves. Elle s'appuie sur un cadre de référence des compétences numériques (CRCN) valable de l'école primaire à l'université. S'appuyant sur ce modèle innovant, le dispositif Pix+ Professionnel de santé¹⁰, porté par le ministère de la santé et de la prévention sera déployé au courant de l'année 2024. Il s'adresse aux professionnels et futurs

⁶ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/formation-continue-au-numerique-en-sante-un-enjeu-prioritaire-et-a-fort-impact>

⁷ Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025

⁸ <https://www.anfh.fr/etablisements/les-actions-de-formation-nationales-afn>

⁹ <https://www.education.gouv.fr/l-evaluation-des-competences-numeriques-6989>

¹⁰ <https://pix.fr/professionnels-de-sante>

professionnels de santé afin de les sensibiliser et de les acculturer aux grands enjeux du numérique en santé en autonomie.

Ainsi, le développement des compétences numériques est devenu une priorité nationale, au même titre que la modernisation des infrastructures numériques au sein des hôpitaux. Les équipes d'encadrement doivent être au cœur de cette dynamique de formation et d'accompagnement pour garantir que les technologies numériques ne soient pas seulement des outils techniques, mais des leviers d'innovation organisationnelle et de transformation des pratiques professionnelles. Le succès de la transformation numérique dans les hôpitaux repose donc non seulement sur l'adoption des technologies, mais surtout sur la capacité des cadres à piloter ces changements avec une vision stratégique claire. Ces éléments sont essentiels pour comprendre comment la transformation numérique s'articule avec le management de projet dans les hôpitaux.

2.2 Le management de projet dans le contexte hospitalier

Le management de projet, discipline récente et incontournable pour le pilotage des activités, prend une dimension particulière dans le contexte hospitalier. La complexité des structures et de la gouvernance, associée à la diversité des acteurs, exige une approche adaptée, à la fois rigoureuse et flexible. Il paraît essentiel dans ce contexte de préciser les concepts fondamentaux du management de projet, et du PSIRMT en particulier, en analysant les enjeux spécifiques et les facteurs de réussite. Des apports particuliers sur les outils numériques de gestion de projet permettront d'identifier leur plus-value dans l'optimisation des processus et la coordination des équipes.

2.2.1 Du projet au management par projet, caractéristiques générales

Incontestablement la notion de projet est omniprésente au sein des hôpitaux et dans le quotidien des cadres et dirigeants, mais de quoi parle-t-on exactement ? Les expressions employées sont nombreuses pour qualifier les activités qui s'y rattachent : gestion de projet, pilotage de projet, management de projet ou des projets, management par projet, etc. Malgré l'engouement que suscitent ces notions, tant pour les auteurs que pour les professionnels mobilisés dans les projets, il semble parfois exister une forme de confusion dans l'utilisation de ces termes. Nous tenterons dans cette partie d'apporter un éclairage théorique sur ces éléments afin d'en dégager les principales caractéristiques.

Le terme « **projet** » recouvre une large variété d'initiatives aux objectifs divers, mais il existe des caractéristiques transversales qui permettent de mieux le circonscrire. Selon Picq (2022), « *le terme projet constitue un mot-valise dont la polysémie n'a d'égal que la diversité des situations qui le sous-tendent* » (p. 21). S'appuyant sur la définition proposée par l'association française de normalisation (AFNOR), il explique qu'il s'agit avant tout « *d'une démarche*

spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir » (p. 27), en précisant qu'il s'agit d'une activité unique qui s'inscrit dans un contexte singulier. Cette définition très générale peine cependant à trouver un ancrage concret et utile dans la réalité professionnelle. S'appuyant sur les travaux de Midler (1996), Garel (2011) rappelle les principales caractéristiques d'un projet. Il s'agit d'une activité spécifique et non répétitive, visant à atteindre un but global et qui répond à un besoin exprimé, même s'il n'est pas toujours clairement défini. En outre, cette activité est inévitablement accompagnée d'incertitude, mais elle est aussi combinatoire et pluridisciplinaire, nécessitant le concours d'une grande diversité de contributions. Enfin, il s'agit d'une activité temporaire, avec un début et une fin, qui est également soumise à des variables exogènes multiples. En matière de définition, nous retiendrons celle de l'AFNOR, qui décrit le projet comme un « *processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant les contraintes de délais, de coûts et de ressources* » (Froman & Gourdon, 2003, p. 149).

Pour Garel (2011) la **gestion de projet** « *renvoie à la dimension instrumentale qui décompose, prévoit, affecte, contrôle, pilote et évalue* » (p. 17). Sa fonction principale est d'apporter à la direction de projet « *un ensemble d'informations analysées dans le but d'assurer la pertinence et l'opportunité de ses décisions* » (Ibid., p. 17). Selon Néré (2021) la gestion de projet vise en premier lieu à définir et ordonnancer les tâches permettant de matérialiser la réalisation d'un projet, en précisant les durées estimées et les événements clôturant chacune d'elles. Chaque tâche représente ainsi une « *fraction du projet* » relative à une spécificité donnée, pouvant être confiée à un responsable unique et compétent, faisant appel à d'éventuels intervenants externes, dont le délai de réalisation est fixé et évaluable, et qui peut être quantifiée en termes de ressources nécessaires. Picq (2022) corrobore cette conception de la gestion de projet comme une dimension instrumentale et pragmatique, en affirmant que « *l'accent est surtout mis sur les outils et méthodes de structuration d'un projet global en sous-projets emboîtés, de planification des tâches, d'anticipation et de suivi de leur bon déroulement, d'affectation et de contrôle des ressources, des coûts, des délais...* » (p. 9). L'objectif de cette approche est surtout de trouver un cheminement de réalisation optimal et applicable pour le bon déroulement du projet.

Au-delà de ces aspects techniques et instrumentaux, la dimension humaine s'avère fondamentale et doit être prise en compte dans la gestion de projet. Cette dimension est au cœur du **management de projet**. Pour Garel (2011) « *le succès d'un management de projet s'explique moins par le recours à des outils de gestion idoines que par l'organisation, la direction de projet ou le management des équipes* » (p. 18). Néré (2021) et Picq (2022) partagent cette conception d'une dimension humaine déterminante pour la réussite des projets. Elle est liée au management des hommes et des équipes et s'appuie sur un système

d'animation qui est perçu comme un complément indissociable du système de gestion. La mobilisation simultanée de ces dispositifs, animation et gestion, est essentielle pour un pilotage efficace de projet. Ainsi, au-delà des outils, qui restent néanmoins essentiels, « *il faut que l'équipe qui va participer au projet soit correctement constituée, que les structures de travail et de décision soient bien pensées, que les acteurs soient motivés et connaissent le sens et les limites de leurs rôles respectifs* » (Néré, 2021, p. 35). Traitant du pilotage des projets de pôles, l'ANAP identifie également la dimension managériale de la gestion de projet, notamment la conduite du changement, la motivation des équipes et la prévention des conflits, comme un élément déterminant de la démarche (Battaglia, Lebrun, & Gautier, 2012).

Enfin, le concept de **management par projet** renvoie à une dimension plus globale liée à un mode de fonctionnement d'une organisation entièrement structurée autour des projets qu'elle réalise ; ce n'est plus le management qui est au service de la réussite du projet, c'est le projet qui devient le vecteur de transformation du management. « *La préposition « par » introduit l'idée que le mode projet est le mode de fonctionnement normal d'une organisation : le management s'exerce au travers ou encore par l'intermédiaire des projets* » (Picq, 2022, p. 11). Il s'agit d'une forme d'organisation spécifique qui intègre par nature une dimension transversale et qui s'inscrit à contre-courant des logiques de fonctions et de métiers. Le management par projet « *décloisonne la gestion et valorise les ressources humaines car elle fait travailler ensemble et simultanément des personnes autour d'une même finalité — celle du projet* » (Jancourt & Simart, 2015, p. 172). En outre, le management par projet est aujourd'hui devenu le mode de gestion privilégié du changement dans de nombreuses organisations (Garel, 2011).

L'hôpital se situe au carrefour de ces concepts où la gestion de projet et le management de projet et par projet se combinent pour répondre à des enjeux organisationnels complexes. Les projets y sont omniprésents et représentent une part importante des activités des professionnels en général et des cadres et dirigeants en particulier. Dans ce contexte, la gestion de projet doit s'appuyer sur des outils performants et des méthodes partagées, permettant une structuration rigoureuse des tâches et une planification adaptée aux spécificités des projets. Cependant, cette approche technique ne suffit pas. Le management de projet doit également venir en appui, dans une logique d'animation et de motivation du collectif, assurant une mobilisation efficace des équipes autour d'objectifs communs. En outre, le fonctionnement de l'hôpital, largement orienté autour des projets, conduit naturellement à l'adoption du management par projet. Ce dernier favorise le décloisonnement des services au bénéfice d'une approche transversale, d'une valorisation des ressources humaines et d'un renforcement de la collaboration entre les métiers.

2.2.2 Le PSIRMT, un projet stratégique à co-construire

Le PSIRMT est un élément central de la stratégie d'un établissement hospitalier, encadré par une réglementation stricte. Conformément à l'article L6143-2 du code de la santé publique (CSP), il s'intègre dans le projet d'établissement en lien avec le projet médical, pour garantir une cohérence dans la prise en charge des patients. Il ne s'agit pas d'un simple outil administratif, mais d'un cadre stratégique qui permet à la fois de structurer l'organisation des soins en interne, tout en définissant l'articulation des parcours et l'organisation des partenariats externes. Ainsi, selon l'article L6143-2-2, « *le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques définissent, chacun dans les domaines qu'il recouvre, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population* ». De plus, ces deux projets définissent également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge et des parcours des patients. Enfin, dans les CHU ils intègrent également « *l'articulation avec les objectifs stratégiques en matière de recherche en santé et de formation, en lien avec les directeurs des unités de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique* ».

Définis de manière conjointe dans le CSP, sans pour autant qu'il en impose la fusion, le projet médical et le PSIRMT doivent néanmoins s'articuler de manière cohérente dans le projet d'établissement, à travers la définition d'objectifs stratégiques communs. C'est en ce sens que la loi Rist¹¹ de 2021, s'appuyant sur les recommandations du rapport Claris, porte de nouvelles ambitions en faveur d'une stratégie médico-soignante unifiée. Le guide « Mieux manager pour mieux soigner », publié en annexe de la circulaire du 6 août 2021¹², apporte un éclairage concret et traduit cette volonté de convergence vers un projet médico-soignant unique.

Selon le référentiel métiers et compétences des directeurs de la FPH, le DS a pour mission principale de « *définir et piloter la mise en œuvre de la politique et des activités des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de l'établissement et/ou du GHT, en contribuant à la qualité et à la sécurité des soins* » (CNG, 2023, p. 43). Au cœur de ses activités se situent notamment la conception, la mise en œuvre, le pilotage et le suivi du PSIRMT dont il porte la responsabilité. De plus, il est chargé d'animer et de coordonner les activités des équipes d'encadrement paramédical placées sous sa responsabilité par la définition de leurs objectifs en matière de politique de soins et d'évaluation de leurs résultats.

¹¹ LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

¹² CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), présidée par le DS coordonnateur général des soins, occupe également une place centrale dans le pilotage du PSIRMT, en contribuant à sa conception et à son suivi. En vertu de l'article R6146-10 du CSP, cette commission est consultée pour avis sur le PSIRMT élaboré par le coordonnateur général des soins, sur l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi que sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. Cette participation active de la commission garantit que les orientations du PSIRMT prennent en compte les réalités opérationnelles et les pratiques des professionnels de terrain.

Les éléments réglementaires encadrant le PSIRMT encouragent naturellement la co-construction par une large intégration des parties prenantes. Foudriat (2019) définit la co-construction comme « *un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles* » (p. 15). Soulignant l'aspect inflationniste du concept et le risque de le voir « s'affadir » tant il devient à la mode dans les organisations, l'auteur identifie plusieurs facteurs de succès de la démarche co-constructiviste permettant de la distinguer des pratiques plus traditionnelles de participation ou de consultation. Tout d'abord, la co-construction suppose l'implication forte des parties prenantes du projet, en faveur d'un engagement actif et d'une réelle appropriation du sujet. Elle doit avoir pour objectif la création d'une vision collective partagée, à travers des relations plus égalitaires entre les parties prenantes, afin d'élaborer un diagnostic commun. Enfin, contrairement aux approches traditionnelles, elle met l'accent sur la transparence, la confiance et la réduction des manipulations institutionnelles. En permettant à chacun d'exprimer ses attentes et ses réserves, elle assure une appropriation collective des décisions prises.

Ainsi, le pilotage du PSIRMT, en tant que projet stratégique relevant de la responsabilité du DS, se décline à travers plusieurs niveaux de collaboration essentiels à sa réussite : avec le corps médical pour garantir la cohérence de la stratégie médico-soignante, avec la CSIRMT pour renforcer l'adhésion des équipes soignantes, avec l'encadrement pour assurer sa déclinaison opérationnelle et son évaluation. Si sa conception relève d'une démarche de co-construction pour impliquer et faire adhérer les parties prenantes, son pilotage et sa mise en œuvre nécessitent un travail de collaboration intense.

2.2.3 Le travail collaboratif dans le management de projet

Dans le contexte hospitalier, marqué par une multiplicité d'acteurs, de spécialités et de logiques, la collaboration représente un levier essentiel pour la réussite des projets stratégiques, notamment le PSIRMT. Cette collaboration implique une approche transversale

entre les acteurs des différents services, mais également une dynamique collective qui engage tous les niveaux hiérarchiques, de l'encadrement aux équipes opérationnelles.

De nombreux auteurs ont mis en lumière le rôle essentiel des équipes d'encadrement dans la conduite des projets hospitaliers, sous la responsabilité du DS chargé d'animer et de coordonner leurs activités. Les cadres de santé ont une forte capacité d'action dans le pilotage des projets d'amélioration des organisations, en adaptant leur stratégie d'action selon le contexte. Ils disposent d'une autonomie et d'une certaine liberté pour choisir et prioriser les actions à mener en ajustant leurs interventions selon les besoins identifiés. Ils se positionnent comme des facilitateurs du changement, conciliant écoute, fermeté, et accompagnement pour guider les équipes dans la mise en œuvre des transformations (Dujardin, Reverdy, Valette, & François, 2016). D'autres auteurs démontrent l'importance de la collaboration continue entre les équipes projet et les équipes d'encadrement, à travers une méthodologie participative qui intègre les parties prenantes à toutes les phases de la mise en œuvre. Cette approche permet de partager les objectifs, de garantir la transparence des décisions et d'améliorer la lisibilité des organisations, tout en promouvant une démocratie des idées (Fage-Moreel, Hirn, & Jenner, 2013). Ces éléments renforcent l'importance cruciale d'une large implication des équipes d'encadrement dans les projets hospitaliers pour faciliter l'adhésion des équipes, structurer la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du projet et conduire les changements.

Ayant ciblé l'importance de la transversalité et de la convergence médico-soignante, Inthavong propose dès 2007 l'idée d'un « projet de soin médico-soignant », conçu de façon solidaire et complémentaire. A travers son étude portant sur la conduite d'un tel projet et l'enjeu managérial qu'il représente pour le DS, l'auteur identifie des facteurs de réussite du travail collaboratif dans le management du projet. Le DS est invité à soutenir la créativité et l'implication des acteurs par le développement d'une culture de l'initiative et de l'innovation qui éveille chez les cadres une logique de contribution. La mise en place de dispositifs d'ordonnancement des actions visera à rendre lisible et opérant le plan d'action lié au projet, par la détermination du phasage, des actions à prévoir, du calendrier de déploiement, etc. « *L'assimilation du résultat par la structure sera d'autant plus aisée que les personnes concernées auront été associées, le plus en amont possible, à la définition et à la mise en œuvre du projet* » (Inthavong, 2007, p. 55).

Dans ce contexte, de nombreux auteurs identifient les innovations technologiques et le développement du numérique comme un facilitateur du travail collaboratif. « *Le développement du numérique et des nouvelles technologies de l'information et de la communication a ouvert la voie à une réflexion sans précédent sur les possibilités du travail collaboratif et du partage des connaissances et des savoirs* » (Foudriat, 2019, p. 159). Les outils numériques permettent de réduire les distances, favorisent la transversalité et

l'autonomie. « *L'entreprise passe de la pyramide au réseau, où des acteurs autonomes mais interdépendants joignent leurs compétences au service d'une réalisation collective, indépendamment de leurs localisations et unités d'appartenance* » (Picq, 2022, p. 186).

La collaboration implique donc un travail conjoint entre différents acteurs, visant à partager des connaissances, des compétences et des ressources pour atteindre un objectif commun, en favorisant l'engagement et la synergie des équipes tout au long du cycle de vie du projet, du lancement jusqu'à la clôture et à l'évaluation. En facilitant la participation active des cadres à ce processus et en rendant lisibles les actions qu'ils doivent mener, le DS favorise leur adhésion, leur implication et leur contribution, qui s'avèrent essentielles pour atteindre les objectifs portés par le PSIRMT. Les outils numériques représentent en ce sens un vecteur d'innovation et de facilitation du travail collaboratif.

2.2.4 Les défis de la coordination au sein des équipes projet

Si la collaboration permet de générer des idées et d'impliquer les équipes, la coordination assure que ces actions se déroulent de manière fluide, en limitant les interférences. Dans le cadre du pilotage d'un projet, la coordination se réfère à l'organisation des activités, afin de s'assurer que les contributions de chaque acteur soient alignées et efficaces pour l'accomplissement d'un plan d'action.

Dans le cadre du pilotage de projets multiples et complexes, Daniel (2010) souligne leur fort taux d'échec et soutient que « *la sélection des projets et le choix des priorités demeurent un problème majeur* » (p. 56). Il identifie également les relations complexes qui existent entre les différents projets, ainsi que les difficultés de gestion des imprévus, comme des limites qu'il convient de traiter dans les pratiques de management de projet. Cette problématique est particulièrement prégnante dans le pilotage du PSIRMT. Ce projet complexe inclut une multitude d'acteurs et se décline en de multiples « sous-projets » emboîtés qui doivent être priorisés, articulés, planifiés et ajustés en permanence. Les mécanismes de coordination visent à répondre à ces défis par la mise en place d'outils et de méthodes permettant de maintenir le cap, dans un contexte hospitalier marqué par l'incertitude et les transformations permanentes.

Se penchant sur les dynamiques de groupe au sein des équipes projet, Picq (2022) identifie plusieurs modèles de fonctionnement des équipes, dont celui de la coordination. Ce modèle s'applique notamment dans le cas où les tâches sont facilement divisibles et pour lesquelles les acteurs interviennent dans le cadre de rôles prédéfinis pouvant être liés à des domaines d'expertise. Dans ce cas, le projet est issu de l'apport conjoint des divers intervenants et les mécanismes de coordination permettent de « *mettre en cohérence des contributions isolées* » (p. 100). Parmi ces mécanismes, l'auteur cible notamment les réunions d'arbitrage et

d'ajustement, les règles et procédures, le travail de séparation et de planification des tâches ou encore les réunions de coordination dont l'objet principal sera de mesurer l'avancée du travail réalisé. Il souligne également le rôle déterminant du chef de projet à travers sa capacité à adapter son rôle et à faire preuve de flexibilité dans son mode de management au regard des situations et des événements. *« A l'écoute des idées nouvelles et sollicitant à l'extrême l'exploration, la prospection, la créativité dans la première phase du projet, il devient un décideur froid capable de trancher dans le vif à l'étape suivante, pour enfin tenir le rôle de l'organisateur et du gestionnaire pointilleux dans la phase de réalisation »* (Ibid., p. 162). Traitant spécifiquement du management de projet dans les établissements de santé, Jancourt et Simart (2015) précisent que le chef de projet est en principe différent du décideur, car l'objectivité et la prise de recul sont indispensables à la décision et aux arbitrages dont il porte la responsabilité.

La coordination au sein des équipes projet, particulièrement dans des projets complexes tel que le PSIRMT, se révèle cruciale pour assurer l'alignement des actions et la fluidité des processus. Les mécanismes de coordination permettent de garantir que les contributions des acteurs sont harmonisées et orientées vers l'atteinte des objectifs communs.

2.3 Conclusion et formulation des hypothèses

La transformation numérique, en bouleversant les pratiques professionnelles dans les hôpitaux, a amené une profonde reconfiguration de l'organisation des soins et de la gestion des projets. Nous avons exploré à la fois les enjeux de cette transformation numérique, les défis de gestion de projet dans les établissements hospitaliers et la manière dont les outils numériques influencent à la fois la collaboration et la coordination des équipes d'encadrement.

D'une part, nous avons vu que les technologies numériques offrent des possibilités inédites pour améliorer la gestion de l'information et faciliter la collaboration entre des acteurs divers, dispersés et aux spécialités variées. Ces technologies, qu'elles concernent les systèmes de gestion des projets, les plateformes collaboratives ou les outils de communication, permettent de mieux structurer et partager les informations, de renforcer l'interaction entre les différents professionnels et d'améliorer l'efficacité des équipes dans l'atteinte de leurs objectifs communs. La transformation numérique offre une flexibilité accrue, permettant aux équipes de s'adapter en temps réel aux imprévus, tout en renforçant leur capacité à travailler ensemble, grâce à une diffusion plus rapide et structurée de l'information. Dans ce contexte, le développement des compétences numériques des cadres apparaît comme un levier stratégique majeur pour s'assurer de l'efficacité de ces outils et du renforcement de la collaboration. Il en découle donc la première hypothèse de ce travail : **le développement des**

compétences numériques des cadres favorise une meilleure collaboration dans la gestion de projet.

D'autre part, les outils numériques jouent un rôle déterminant dans la gestion de projet, en facilitant la planification, le suivi et l'ajustement des actions. Dans le cadre de projets complexes comme le PSIRMT, la capacité à coordonner des tâches multiples, à choisir entre différentes priorités et à ajuster la planification en fonction des imprévus constitue un défi de taille. Les outils numériques de gestion de projet offrent une plus grande visibilité sur l'état d'avancement des actions, permettent de centraliser l'information et de suivre les contributions des différents acteurs impliqués. Grâce à ces outils, les processus de décision deviennent plus lisibles, les arbitrages sont facilités et les interactions entre les parties prenantes se fluidifient, permettant une meilleure anticipation des imprévus. Ces fonctionnalités réduisent les risques de désorganisation et permettent de mieux maîtriser l'articulation entre les multiples sous-projets du PSIRMT. Ainsi, nous proposons la deuxième hypothèse : **l'intégration d'outils numériques transversaux de gestion de projet facilite le traitement des difficultés de coordination des projets.**

Enfin, l'utilisation des outils numériques par les cadres ne se limite pas à un aspect purement fonctionnel, mais traduit également leur degré d'implication dans le PSIRMT. Plus ils intègrent ces technologies dans leurs pratiques, plus ils montrent leur engagement dans la mise en œuvre concrète du projet. L'appropriation de ces outils devient ainsi un signal fort et un indicateur clé de leur volonté de contribuer et d'investir dans la réussite du projet, en s'alignant sur la vision stratégique définie par la direction des soins. Les cadres qui utilisent ces outils de manière proactive témoignent de leur responsabilité dans le succès du projet et renforcent la dynamique collective. C'est dans ce contexte que se construit notre troisième hypothèse : **l'usage des outils numériques de gestion de projet par les cadres traduit leur implication et leur adhésion au projet.**

Ces trois hypothèses articulent de manière cohérente les concepts de compétences numériques, d'outils de gestion de projet, de collaboration, de coordination et d'implication, tout en soulignant l'importance du rôle stratégique des équipes d'encadrement dans la réussite du PSIRMT. Elles serviront de base pour orienter l'analyse empirique de la question de recherche, en offrant un cadre conceptuel permettant de comprendre comment les technologies numériques influencent les pratiques de gestion de projet.

3 L'ENQUETE DE TERRAIN

3.1 La méthodologie de l'enquête

3.1.1 Les objectifs de l'enquête

Dans un contexte de transformation numérique largement engagée au sein des hôpitaux, notre enquête vise à explorer le niveau et les modalités d'appropriation de ces nouvelles technologies par les DS et les équipes d'encadrement. Plus spécifiquement, l'objectif est d'observer **en quoi l'usage des outils numériques par les équipes d'encadrement influence la dynamique managériale dans le pilotage du PSIRMT**. Les trois hypothèses formulées, construites sur la base de notre constat et des concepts développés dans notre cadre théorique, visent à proposer des réponses possibles à ce questionnement :

Hypothèse 1 : Le développement des compétences numériques des cadres favorise une meilleure collaboration dans la gestion de projet ;

Hypothèse 2 : L'intégration d'outils numériques transversaux de gestion de projet facilite le traitement des difficultés de coordination des projets ;

Hypothèse 3 : L'usage des outils numériques de gestion de projet par les cadres traduit leur implication et leur adhésion au projet.

Au regard de ces éléments, il nous a paru important d'aller à la rencontre des DS et des équipes d'encadrement afin de confronter ces hypothèses à l'épreuve du terrain et des pratiques professionnelles par le biais d'un dispositif d'enquête.

3.1.2 Le choix des outils d'enquête

Dans une démarche visant à explorer en profondeur le lien entre l'usage des outils numériques par les équipes d'encadrement et le pilotage du PSIRMT, il nous a paru nécessaire d'adopter une approche méthodologique mixte associant des données qualitatives et quantitatives.

3.1.2.1 Des entretiens semi-directifs

Tout d'abord, l'approche qualitative permet d'explorer les dynamiques complexes, les perceptions, les points de vue et les croyances, ainsi que les expériences des différents acteurs concernant le PSIRMT et les outils numériques. « *Les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié* » (Kohn & Christiaens, 2014, p. 69). Nous optons ainsi pour une enquête de terrain, par des entretiens semi-directifs visant à collecter des données, en interrogeant les participants par des techniques de conversation structurée autour d'une liste de questions ouvertes. Des questions de relance

sont préparées afin de recentrer au besoin la personne interrogée sur la thématique initiale ou pour approfondir certaines notions ou propos.

Dans le cadre de notre recherche les entretiens visent plusieurs objectifs spécifiques :

- Déterminer la connaissance et l'importance accordée au PSIRMT.
- Identifier les rôles et niveaux d'implication des DS et des cadres dans le pilotage et la mise en œuvre du PSIRMT.
- Evaluer les perceptions et les définitions de la notion de compétences numériques.
- Questionner les modalités d'utilisation des outils numériques dans la gestion de projet.

Nous avons ainsi construit deux grilles d'entretien très proches et permettant la comparaison des perceptions et points de vue (annexes II et III), la première pour les entretiens avec les DS et la seconde pour les entretiens avec les équipes d'encadrement.

3.1.2.2 Un questionnaire en ligne

Afin de renforcer la validité et la représentativité des résultats, nous choisissons de compléter la méthode qualitative retenue par une approche quantitative, par le biais d'un questionnaire en ligne. Cette triangulation entre objet de la recherche, méthodes qualitatives et méthodes quantitatives « *permet de mettre le dispositif de recherche à l'épreuve en s'assurant que les découvertes ne sont pas le seul reflet de la méthodologie* » (Baumard & Ibert, 2014, p. 127).

L'approche statistique du questionnaire permet d'identifier des tendances, des rapports de grandeur et de proportion, tout en facilitant les comparaisons et les analyses croisées. Dans le cadre de notre recherche, ce volet quantitatif vise à :

- mesurer de manière standardisée les compétences numériques perçues ;
- cibler les modalités dominantes d'acquisition de ces compétences ;
- cerner les tendances en matière de pratiques de gestion de projet et d'utilisation des outils numériques dans le travail collaboratif.

Nous avons ainsi opté pour un questionnaire (visible en annexe IV) à destination des DS et des équipes d'encadrement, construit sur la base d'un enchaînement de questions fermées imposant un positionnement de la part de la personne interrogée parmi des choix proposés. Les différents choix de réponses sont construits à partir des éléments issus de la revue de littérature et sont censés balayer un large éventail de positionnements possibles.

La première partie du questionnaire est centrée sur l'auto-évaluation des compétences numériques. Nous avons opté pour un choix de compétences issues du cadre de référence des compétences numériques (CRCN) élaboré dans le cadre du dispositif Pix. Les 12

compétences ainsi ciblées balayent des domaines particulièrement importants en lien avec l'usage du numérique dans le pilotage et la conduite de projets. La deuxième partie s'attache à identifier les méthodes d'acquisition de ces compétences ainsi que les attentes en matière de formation. La dernière partie vise à cibler plus précisément les difficultés en matière de gestion de projet, ainsi que les bénéfices attendus des outils numériques et les freins identifiés à leur usage.

3.1.2.3 Les conditions de réalisation

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés dans un cadre flexible mais structuré, permettant de recueillir des informations riches et nuancées. Nous avons réalisé 10 entretiens, dans des conditions favorables. Les entretiens ont duré 1h en moyenne (50min pour le plus court et 1h20 pour le plus long), ce qui a permis de laisser suffisamment de temps aux participants pour développer leurs réponses. Les entretiens ont été réalisés à parts égales en présentiel et en distanciel, selon les préférences des participants et les contraintes liées à la disponibilité de chacun. Avant chaque entretien, une brève présentation de l'objectif de l'étude a été faite et le caractère confidentiel et anonyme des réponses a été rappelé afin de mettre les participants en confiance. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits pour faciliter leur analyse.

En ce qui concerne **le questionnaire en ligne**, il a été construit sous la forme d'un formulaire Google Forms afin de faciliter sa diffusion et la structuration des résultats. Il a été diffusé par voie électronique via les canaux internes des établissements sélectionnés, avec l'appui des DS sollicités. La durée de réponse estimée était de 15 minutes, un format suffisamment court pour encourager la participation, tout en permettant d'explorer les thèmes clés de l'enquête. Nous avons spécifié le respect de l'anonymat en introduction afin de favoriser la sincérité des réponses. La collecte des réponses s'est déroulée sur une période de six semaines. Nous avons recueilli 120 réponses.

3.1.3 Le périmètre de l'enquête

3.1.3.1 Le choix de la population

Compte tenu de l'objectif principal de l'enquête, qui est d'explorer l'usage des outils numériques par les équipes d'encadrement dans le pilotage du PSIRMT, il nous a paru essentiel d'interroger à la fois des DS et des membres de l'équipe d'encadrement. Inclure ces deux catégories d'acteurs dans le périmètre de l'enquête, permet de mieux cibler leurs rôles et leurs attentes mutuelles et d'obtenir une vision à la fois managériale et opérationnelle des pratiques numériques dans le cadre du PSIRMT.

L'inclusion de cadres de proximité et de cadres supérieurs permet aussi de différencier les attentes en matière de conduite du projet, d'identifier les défis qu'ils rencontrent et les compétences qu'ils jugent nécessaires. Rappelons que par « cadres » nous entendons « personnes en situation d'encadrement sous la responsabilité de la Direction des soins, quels que soient leurs statuts ou leurs diplômes ». **Les « cadres supérieurs »** (cadres supérieurs de santé, cadres supérieurs socio-éducatifs, cadre de pôle, faisant-fonction de cadre supérieur, etc.), sous l'acronyme « **CS** » par leur position hiérarchique intermédiaire, jouent un rôle de facilitateur entre les équipes opérationnelles et la direction, ce qui les positionne dans une situation idéale pour comprendre comment les outils numériques permettent de soutenir le travail collaboratif et la gestion de projet. **Les « cadres de proximité »** (cadres de santé, cadres socio-éducatifs, faisant-fonction de cadre, référents, etc.), sous l'acronyme « **CP** » sont davantage impliqués dans la mise en œuvre concrète et opérationnelle du PSIRMT et sont souvent les mieux placés pour identifier les obstacles pratiques et proposer des ajustements en temps réel. Leurs contributions sont essentielles pour alimenter les outils numériques et permettre d'en tirer tous les bénéfices.

Nous avons donc choisi d'interroger 1 DS, 2 CS et 2 CP par établissement. Cette composition permet de capter une diversité de perspectives tout en assurant une représentativité des rôles clés dans le pilotage du PSIRMT. Nous avons sollicité directement les DS des établissements ciblés qui nous ont orienté dans le choix des 10 participants.

3.1.3.2 Le choix des établissements

Le second axe de définition du périmètre concerne le choix des établissements hospitaliers. L'enquête a été réalisée dans deux établissements publics de taille conséquente : un Centre Hospitalier (CH) de 2300 lits et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de 2000 lits. Ces deux établissements présentent à la fois des caractéristiques communes et des spécificités, offrant ainsi différents axes d'analyse.

D'une part, ces établissements présentent **des similitudes** qui permettent une comparaison pertinente. Tous deux sont de grande taille, impliquant une structure organisationnelle complexe et des équipes d'encadrement conséquentes. Ils couvrent un large spectre d'activités, notamment dans le champ MCO. La complexité organisationnelle accrue de ces établissements ainsi que l'implication de nombreux acteurs et services dans la mise en œuvre du PSIRMT représentent un cadre idéal pour observer les dynamiques de gestion de projet et l'usage des outils numériques.

D'autre part, ces établissements se distinguent par **certaines caractéristiques spécifiques** qui permettent d'enrichir l'analyse. Le CHU présente une dimension universitaire forte, intégrant la recherche et l'enseignement comme éléments clés de sa mission. Cette spécificité

ajoute une complexité supplémentaire à la gestion du PSIRMT, notamment en matière de pilotage des sous-projets en lien avec la recherche ou la formation des personnels. En revanche, le CH se distingue par une configuration géographique éclatée, avec neuf sites distincts, ce qui accentue les défis en termes de coordination des équipes et des projets. Ces différences offrent l'opportunité d'observer des variations dans l'usage des outils numériques, en fonction de la structure organisationnelle, des spécificités institutionnelles et des contraintes géographiques.

3.1.4 Synthèse de l'échantillon

10 entretiens

Etablissement A : CH 2300 lits – 1 DS – 21 CS / 116 CP Un PSIRMT 2021 / 2025		Etablissement B : CHU 2000 lits – 2 DS – 33 CS / 158 CP Un PSIRMT 2019 / 2023	
DSA	DS depuis 20 ans (2004) - CGS du CH depuis 5ans (2019)	DSB	Sur des missions de DS depuis 11 ans (2013) – DS depuis 8 ans (2016) – CGS depuis janvier 2024 (dans le même établissement)
CSA1	Encadrement depuis 12 ans (2012) - Cadre supérieure socio-éducative depuis 2 ans (2022)	CSB1	Encadrement depuis 26 ans (1998) – Cadre supérieur depuis 22 ans (2002) - Sage-femme coordonnatrice en maïeutique depuis 12 ans (2012)
CSA2	Encadrement depuis 19 ans (2005) – Cadre de pôle depuis 9 ans (2015) – 2 pôles depuis 4 ans (2020)	CSB2	Encadrement depuis 21 ans (2003) – Cadre de pôle depuis 9 ans (2015)
CPA1	Encadrement depuis 6 ans (2018) – Cadre de santé depuis 2 ans (2022)	CPB1	Encadrement depuis 13 ans (2011) – Cadre de santé depuis 6 ans (2018)
CPA2	Encadrement depuis 6 ans (2018) – Cadre de santé depuis 4 ans (2022)	CPB2	Faisant-fonction de cadre depuis 1 an (2023)

120 réponses au questionnaire

Cat. Analyse	Cat. Questionnaire	Etablissement A : CH			Etablissement B : CHU			TOTAL		
		Réponses	En poste	Taux de participation	Réponses	En poste	Taux de participation	Réponses	En poste	Taux de participation
CP	FFCDS ou Référents	10	39	26%	18	64	28%	28	103	27%
	CDS	28	77	36%	32	94	34%	60	171	35%
CS	CSS ou équivalent	16	21	76%	15	33	45%	31	54	57%
DS	DS	1	1	100%	0	2	0%	1	3	33%
TOTAL		55	138	40%	65	193	34%	120	331	36%

N'ayant obtenu qu'une seule réponse de DS, cette catégorie ne sera pas retenue dans l'analyse des résultats. D'autre part, dans la description du profil des répondants au sein du questionnaire, nous avons choisi de différencier parmi les CP, ceux ayant bénéficié d'une formation en IFCS (CDS) des autres (FFCDS ou référents) afin de mesurer l'impact de la

formation en matière de compétences numériques. Nous obtenons un taux global de participation de 36%.

3.1.5 Les limites de l'enquête

Cette enquête a permis de recueillir des données pertinentes, cependant plusieurs limites pouvant affecter la généralisation des résultats doivent être reconnues.

La taille réduite de l'échantillon représente une première limite. En interrogeant uniquement 10 participants, répartis dans 2 établissements, la capacité à dégager des conclusions généralisables au-delà de ces structures reste limitée. Bien que les profils des participants aient été rigoureusement sélectionnés, un échantillon plus large, intégrant d'autres établissements et un plus grand nombre d'acteurs, aurait permis d'obtenir des données plus complètes et plus diversifiées. Cette limite pose la question de la représentativité des données recueillies, particulièrement dans des établissements plus petits ou spécialisés, qui pourraient présenter des dynamiques différentes.

Ensuite, les outils d'enquêtes retenus sont sensibles **aux biais d'interprétation**. Il est possible que les participants aient tendance à ajuster leurs réponses en fonction de ce qu'ils perçoivent comme attendu par l'enquêteur, ou que certains enjeux soient sur- ou sous-estimés en raison de leur subjectivité. Cette limite est particulièrement importante dans le cadre de l'auto-évaluation des compétences numériques, qui peut ne pas refléter la réalité.

Un autre biais concerne **le rôle des DS dans la sélection des cadres interrogés**. Bien que des efforts aient été faits pour limiter les biais de sélection, la composition finale des participants a été influencée par les recommandations des DS qui peuvent avoir privilégié des cadres plus expérimentés ou plus familiers avec les outils numériques.

Malgré ces limites, les résultats de cette enquête fournissent des données précieuses sur les pratiques numériques des équipes d'encadrement dans le pilotage du PSIRMT, tout en ouvrant la voie à des recherches futures, plus larges et plus approfondies.

3.2 L'analyse des données

3.2.1 La méthode d'analyse

L'analyse des données repose sur une démarche d'organisation méthodique des données, combinant l'analyse thématique et la triangulation des résultats qualitatifs et quantitatifs. Cette méthode garantit une interprétation rigoureuse et pertinente des résultats et se décompose en 4 étapes distinctes. Tout d'abord, les entretiens retranscrits font l'objet d'une relecture approfondie pour identifier les principaux thèmes. Ces thèmes sont codifiés afin de structurer et organiser les réponses de manière systématique, facilitant l'extraction des informations

pertinentes. Puis, les verbatims significatifs sont extraits et répertoriés dans des tableaux thématiques, organisés par fonctions et par établissements. Ensuite, une analyse croisée est menée à 2 niveaux : d'une part entre les établissements (CH et CHU), et d'autre part entre les différentes catégories d'acteurs (DS, CS, CP). Enfin, les résultats des entretiens sont confrontés aux données quantitatives recueillies via le questionnaire, garantissant une triangulation des données et permettant de valider ou ajuster les tendances observées. Cette approche croisée renforce la fiabilité des conclusions.

3.2.2 Présentation des résultats

3.2.2.1 Les perceptions et l'appropriation du PSIRMT

Une feuille de route théorique non perçue par l'encadrement :

Les DS, et particulièrement DSA, perçoivent le PSIRMT comme une véritable feuille de route stratégique, structurée pour orienter l'action paramédicale. « *Le projet de soins, c'est de la responsabilité du DS [...] Il doit impulser à mon sens une cohérence, et si possible une cohésion au sein d'une équipe d'encadrement à travers le projet de soins* » (DSA). Ce discours met en avant une vision structurante du PSIRMT, le positionnant comme un levier de pilotage et de management. Cependant, cette perception n'est pas partagée par l'encadrement, qui peine à voir dans le PSIRMT une réelle feuille de route pour leurs activités quotidiennes. A la question « *Peut-on dire du PSIRMT qu'il représente une feuille de route pour l'encadrement ?* », 7 cadres sur 8 répondent « *Non* ». Les précisions apportées sont parfois éloquentes : « *Ce n'est qu'en instance ou en réunion de direction qu'on fait référence au projet de soins, mais ce n'est pas quelque chose que j'aborderai forcément avec les équipes ou avec les cadres [...] c'est plutôt des grandes orientations et c'est compliqué de les rendre concrètes* » (CSA2), « *Ce n'est pas une feuille de route, je l'aborde plus de manière générale* » (CPA1), « *C'est plutôt quelque chose d'un peu formel, on ne s'y raccroche pas vraiment* » (CPA2), « *En vrai de vrai moi je ne l'ai même pas lu le projet de soins* » (CSB1), « *Ma feuille de route c'est de faire tenir un service qui doit remplir sa mission* » (CSA1). Cette dernière réponse montre que, pour certains cadres, l'action quotidienne semble découplée de la stratégie institutionnelle représentée par le PSIRMT.

Ce constat souligne un décalage entre la conception stratégique du PSIRMT et son intégration opérationnelle. Le concept de management par projet, tel que décrit par Picq (2022) et Garel (2011), repose sur une forme d'organisation spécifique qui privilégie une logique transversale et collaborative, rompant ainsi avec les logiques traditionnelles de fonctions et de métiers. Dans le cadre du PSIRMT, cette approche intégrative vise à coordonner les actions et à piloter les projets collectivement, au-delà des cloisonnements fonctionnels. Or, cette dimension transversale apparaît peu dans les pratiques actuelles, les cadres semblent percevoir le

PSIRMT comme une formalité administrative éloignée de leurs responsabilités opérationnelles.

Une incapacité à définir le PSIRMT par l'encadrement :

Une tendance marquante dans les réponses de l'encadrement est l'incapacité à définir précisément le contenu du PSIRMT. Cette difficulté semble généralisée, tant chez les CS que chez les CP. L'enjeu de « *donner du sens* » à travers le PSIRMT, porté par les 2 DS, semble peu incarné dans les réponses des cadres. Si certains parviennent à identifier vaguement quelques axes du projet, la plupart (6 sur 8) admettent leur méconnaissance du sujet, notamment les 4 cadres de l'établissement B (CHU). Ce constat s'explique probablement en partie par les modalités de construction et de pilotage du précédent PSIRMT (2019-2023) : « *J'étais avec la coordinatrice générale des soins quand on l'a fait, mais il ne représente rien [...] Elle ne s'est pas embêtée, ni à associer une commission des soins, ni à associer les cadres [...] On a fait un truc un peu de bric et de broc pour dire qu'il existe, mais ça n'a aucun sens* » (DSB). Dans l'établissement A (CH), le constat de la méconnaissance du contenu du PSIRMT (2021-2025) par l'encadrement est globalement le même. D'autres difficultés, en lien avec son élaboration, sont soulignées par la DS : « *On a eu même pas 3 mois pour l'écrire, puisque nous avions un consultant [...] En plus par rapport aux demandes que j'avais faites il a complètement dévié puisque ce consultant avait une représentation complètement différente du projet de soin* » (DSA). Cette situation a contribué à la déconnexion entre le projet formel et son appropriation par les cadres. La position défendue par CSA1 apporte un éclairage essentiel : « *Je ne connais pas plus que ça le projet d'établissement, mais simplement parce que je n'ai pas été associée à la réflexion et que moi je suis une pragmatique* ». La perception floue du PSIRMT par l'encadrement met en lumière un déficit de communication autour de ce projet stratégique, générant une très faible appropriation et une méconnaissance, tant sur le plan du contenu, des axes et des objectifs, que sur son intérêt général.

La mise en œuvre du PSIRMT sur le terrain semble également poser des difficultés importantes, notamment en ce qui concerne sa déclinaison en actions concrètes et opérationnelles. Une large majorité des cadres signale que le projet, tel qu'il est présenté dans ses grandes orientations, manque de précision pour être traduit en projets spécifiques dans les services : « *C'est des grandes orientations et c'est compliqué de les rendre concrètes* » (CSA2). Cette difficulté à traduire le PSIRMT en actions précises suggère un manque d'outils pour en assurer le suivi et la mise en œuvre au quotidien. Dans l'établissement B, CSB1 souligne également l'absence de mécanismes clairs pour décliner le projet en sous-projets opérationnels : « *Comment est-ce qu'on fait pour décliner les choses de manière opérationnelle ?* ». Cette question semble illustrer un manque de soutien méthodologique pour accompagner les cadres dans l'adaptation du PSIRMT à leurs réalités quotidiennes.

Les attentes des cadres en matière de co-construction du PSIRMT :

Une des attentes majeures des cadres interrogés est d'être davantage impliqués dans la construction du PSIRMT. Le sentiment de ne pas être associés dès les premières étapes d'élaboration du projet est récurrent et alimente une forme de déconnexion entre les orientations stratégiques et la réalité du terrain. DSB précise à ce sujet que « *réussir à embarquer tous les cadres, c'est déjà compliqué, mais alors si en plus tu ne les associes pas dans la réflexion de départ, autant te dire que tu les as perdus sans même commencer* ». Plusieurs cadres des 2 établissements, CS et CP, expriment le besoin de s'impliquer pour apporter leur expertise du terrain. « *En tant que cadre, il faut être associé, pas forcément dans le comité de pilotage, mais en tout cas à un endroit où cette question de la prise en charge et sa déclinaison est parlée* » (CSA1). Cette demande n'est pas isolée, comme le confirme CPA2 qui plaide pour un apport du « *pratico-pratique du terrain* » pour ajuster la vision stratégique portée par la direction.

La co-construction, telle que décrite par Foudriat (2019), suppose une implication forte des parties prenantes, favorisant un engagement actif et une réelle appropriation du sujet. Or, l'analyse montre que cette dimension de co-construction semble peu appliquée dans l'élaboration du PSIRMT. Les équipes d'encadrement se sentent insuffisamment impliquées dans ce processus, ce qui contribue à leur perception d'éloignement des décisions stratégiques. De façon plus générale, la demande des cadres de pouvoir « *être force de proposition à la genèse du projet* » (CPA2) illustre une attente forte de participation, non seulement pour transmettre leur connaissance des réalités opérationnelles, mais aussi pour contribuer à l'analyse des besoins et à la définition des priorités. Cette vision d'une co-construction, en phase avec l'approche de Foudriat, permettrait de donner au PSIRMT un sens concret et partagé.

3.2.2.2 Les modes de collaboration dans le pilotage du PSIRMT

La délégation de projets aux cadres et ses effets sur la collaboration :

La délégation de responsabilités aux cadres est une méthode utilisée par les DS des 2 établissements pour structurer le pilotage des sous-projets. Dans l'établissement A (CH) DSA insiste sur l'importance de désigner des pilotes, issus de l'équipe des cadres supérieurs, en fonction de leurs compétences et de leurs intérêts personnels : « *Après, quand on confie à quelqu'un un projet, en général on ne confie pas au hasard. On connaît les aptitudes, et il y a aussi ce que l'humain aime faire* » (DSA). Certains CS ont ainsi été plus largement impliqués : « *J'ai été pilote sur certaines actions, notamment le développement des IPA au sein de l'établissement [...] dans mes 2 pôles il y a plusieurs IPA, j'ai été choisie dans cette réflexion par rapport à ça et puis parce que c'est quelque chose qui m'intéressait aussi* » (CSA2). Cette approche reflète une forme de reconnaissance des compétences individuelles et semble créer

les conditions propices à une collaboration constructive et une participation plus active au pilotage du PSIRMT. Toutefois, cette approche ne garantit pas toujours une collaboration fluide et efficace. CSA1 exprime par exemple des frustrations quant à l'absence de directives précises : « *C'est gentil de me dire "Tu as une ligne du projet de soins", mais qu'est-ce que je fais de la ligne ? Comment je la fais vivre, avec qui, comment, avec qui je cause de tout ça ?* ». Cette absence de clarté sur les attentes et le cadre de collaboration semble affecter significativement l'efficacité des interactions.

Après « l'échec » du précédent projet de soins, la DS de l'établissement B (CHU) s'inscrit dans une autre dynamique pour la construction du futur PSIRMT : « *Donc là ça y est, la composition des groupes de travail est terminée, [...] ils vont être pilotés par un de nous [un des 2 DS] et le copilote ce sera un cadre sup ou un cadre. Et celui qui fera le reporting en réunion, ce ne sera pas nous, ce sera le copilote.* ». DSB souhaite laisser une place importante à ces cadres « copilotés », l'objectif étant de faire émerger leurs compétences, de les responsabiliser mais aussi de les faire « *sortir un peu d'une zone de confort* ». DSB espère que cette approche permettra « *d'embarquer* » les cadres vers une collaboration plus solide. A ce stade en effet, les cadres interrogés dans cet établissement sont unanimes : aucun n'estime avoir contribué à la déclinaison du PSIRMT.

Les manques et les attentes en matière d'implication :

Les cadres non impliqués dans la conception ou la gestion des sous-projets (5 sur 8) expriment un sentiment de déconnexion avec les objectifs du PSIRMT et une certaine frustration pouvant affecter la qualité de leur contribution. CPA1, par exemple, regrette de ne pas avoir été associée et identifie des bénéfices potentiels : « *Non, je n'ai pas été impliquée, mais je serais intéressée pour y participer, notamment dans l'évaluation [...] ça peut être intéressant justement pour que chaque cadre de santé puisse voir quelle est son implication et quelle est la résonance de ce projet de soin dans ses activités quotidiennes* ». CPB1 quant à elle s'appuie sur une expérience passée au sein d'un autre établissement pour mettre en avant les bénéfices d'une large association de l'encadrement dans le pilotage du projet de soins, notamment en matière de déclinaison : « *On nous demandait également de rédiger des projets de service et qu'ils soient en lien avec le projet de soins [...] la gestion de projets ça faisait quand même partie des missions qui m'ont donné envie de faire ce métier* ».

En complément de ces attentes exprimées, 3 cadres soulignent l'intérêt d'une collaboration continue dans le pilotage du projet de soins. CSB2 explique à ce titre : « *Il faut associer davantage l'encadrement dans le projet de soins, c'est quelque chose qui devrait être animé en continu pour lui donner un peu plus de valeur* ». Le fait d'inscrire le management du projet de soins dans cette dynamique, à travers des points d'étapes réguliers visant à valoriser l'état d'avancement, semble être un déterminant important pour soutenir la motivation des équipes

d'encadrement à collaborer efficacement dans sa déclinaison. Ces attentes d'implication continue rejoignent les observations de Fage-Moreel, Hirn et Jenner (2013). Une méthodologie participative, intégrant les parties prenantes à toutes les phases de mise en œuvre, permet de partager les objectifs et de garantir la transparence des décisions, tout en promouvant une démocratie des idées.

Les résultats du questionnaire viennent corroborer ces différentes observations. En effet, 78% des 120 répondants jugent insuffisante la collaboration entre les équipes d'encadrement et de direction en matière de gestion de projet. Ce résultat, particulièrement explicite, est renforcé par les remarques en texte libre de 18 répondants. Ils soulignent à la fois le manque d'implication des cadres dans la gestion de projet, le manque de transversalité et de communication sur l'avancée des projets.

3.2.2.3 Les difficultés de coordination dans la gestion de projet

Précisons en premier lieu que 67% des répondants au questionnaire ciblent les problèmes de coordination comme une difficulté en matière de gestion de projet, positionnant ainsi cet item à la première place des difficultés rencontrées. Ce chiffre montre toute l'ampleur de cette problématique, qui s'incarne à travers des contraintes variées pour mettre en cohérence les contributions des différents acteurs.

Des responsabilités diffuses et imprécises :

L'un des problèmes majeurs identifiés dans le pilotage du PSIRMT est la répartition floue des responsabilités entre les différents cadres. La difficulté réside notamment dans le manque de clarté sur les rôles attribués. Comme l'exprime DSA, « *il faut que chacun des pilotes soit cohérent sur les termes. C'est-à-dire qu'est-ce que c'est un projet ? Qu'est-ce que c'est un pilote ? Quel est son rôle ?* ». Cette citation illustre bien la confusion entourant les responsabilités et la difficulté à aligner les cadres sur une définition commune des rôles dans le pilotage des sous-projets. Mais au-delà des questions de définition émerge un besoin d'harmonisation plus générale en matière de pilotage de projet à l'échelle institutionnelle. DSA explique que même au sein de la direction, les approches ne sont pas uniformes : « *On n'a pas partagé la même approche dans l'équipe de direction sur la façon de décliner notre volet. Je ne dis pas que ça doit être uniforme, mais il faut qu'on harmonise certaines choses* ». Ce besoin d'harmonisation et de clarté est particulièrement prégnant dans le contexte du PSIRMT, un projet complexe incluant de multiples acteurs et se déclinant en une série de sous-projets interdépendants. Daniel (2010) identifie les relations complexes qui existent entre les différents projets comme des limites qu'il convient de traiter par des mécanismes de coordination robustes.

Il ressort de ce constat, dans les 2 établissements, des attentes en matière de clarification des responsabilités. S'appuyant sur une expérience positive dans un établissement antérieur, DSA explique : « *On avait structuré différemment et les pilotes avaient une lettre de mission du directeur d'établissement* ». Ce cadrage initial s'inscrivait dans une démarche plus globale de « *contractualisation* » entre les parties prenantes visant à préciser les engagements et les échéances. Dans ce contexte, le modèle de coordination décrit par Picq (2022) semble pertinent : il suggère que, pour atteindre une cohérence des contributions, les rôles et domaines d'expertise doivent être clairement définis. Les mécanismes de coordination qu'il recommande permettraient de « *mettre en cohérence des contributions isolées* » et de maintenir un cap stratégique dans le cadre du PSIRMT.

Le poids des urgences opérationnelles et le manque de continuité :

La gestion des projets se heurte souvent aux urgences opérationnelles qui prennent le pas sur le travail de fond, limitant ainsi la capacité des cadres à coordonner efficacement les sous-projets. Sur les 8 cadres interrogés, 5 font état de difficultés importantes pour conjuguer missions courantes et gestion de projet. Le manque de temps est souligné de manière appuyée et récurrente dans leur discours. Pour les CS il est question de « *tête dans le guidon* » (CSA2), ou encore « *d'éteindre les feux* » (CSB2), la conséquence étant que « *les urgences viennent à chaque fois prendre le dessus sur le travail de fond* » (CSA2). Pour les CP, le constat est identique, avec une déconnexion parfois totale avec le sujet du PSIRMT : « *Je n'ai absolument pas pu me pencher sur le sujet [...] j'étais sous l'eau bien 6 mois* » (CPB2). L'immersion dans le projet de soins semble représenter pour eux une priorité secondaire : « *J'avoue que depuis que je suis en poste, il y a eu beaucoup de mobilité, de chamboulement dans l'équipe de cadres du pôle [...] je n'ai pas pris le temps de me mettre dans le projet de soins* » (CPB1). Il découle de ce constat une forme de discontinuité délétère dans la gestion de projet : « *On fait ça de manière morcelée et du coup on perd un peu le fil. Il faudrait sûrement être dans un travail plus continu mais c'est compliqué par rapport à la masse de travail* » (CSA2).

3.2.2.4 Une planification et un suivi souvent négligés

Un manque de planification structurée :

La première difficulté réside dans le découpage du PSIRMT, qui doit faire l'objet d'une vigilance toute particulière : « *Il faut bien identifier dans le projet de soins ce qui relève vraiment d'un projet* » (DSA). Plusieurs témoignages de cadres ayant contribué à sa déclinaison opérationnelle, parfois en tant que pilote, révèlent des difficultés de lecture de ce découpage. Les notions « *d'axes* », de « *projets* », de « *sous-projets* » et « *d'actions* » sont mobilisées avec une certaine confusion, sans pouvoir expliquer et délimiter clairement les éléments concrets qui s'y rattachent. Pourtant ces éléments étaient bien définis dans « *un projet de*

soins écrit en format papier, bien décliné en axes, projets, actions, sous-actions » (DSA). Cette dichotomie, entre un projet initial parfaitement découpé « sur le papier » et le flou qui transparait dans le discours des cadres censés le mettre en œuvre, suggère des difficultés, voire une insuffisance de planification. Ainsi, en matière de pilotage du projet de soins des interrogations persistent dans les 2 établissements : « *Comment est-ce qu'on fait pour décliner les choses de manière opérationnelle justement ?* » (CSB1), ou encore « *C'est important sur le moment et puis les choses disparaissent, mais après, comment on fait vivre ?* » (CSA1).

Les conséquences de ce manque de planification semblent pourtant intégrées, ou du moins repérées, à tous les niveaux hiérarchiques. DSB souligne par exemple le risque de stagnation des projets : « *Quand tu portes plusieurs projets [...] si tu en oublies un, dès lors que tu le perds de vue, tu sais qu'il n'avancera pas* ». CSA2 évoque de son côté un travail par à-coups, sans réelle continuité : « *On a travaillé au fur à mesure de l'année, mais on se disait quand même de temps en temps "Ah ouais tiens, il faut peut-être qu'on donne un petit coup" [...] et puis il va se passer de nouveau 3-4 mois jusqu'au prochain point d'étape* ». Pour CPA2 les conséquences du manque de planification s'orientent davantage vers une forme de dispersion : « *On y allait, on faisait nos réunions, mais on n'avait pas forcément de deadline, on était assez large [...] finalement on est allé trop loin dans ce projet-là, on s'est un peu perdu* ». Ce manque de rigueur dans la gestion des échéances reflète l'absence d'une véritable méthodologie de planification, laissant les cadres face à des tâches souvent morcelées, voire inachevées. Enfin, un autre problème émerge dans la gestion des sous-projets du PSIRMT : la lenteur de la mise en œuvre, souvent liée à l'absence de délais clairement identifiés. Plusieurs cadres déplorent une mise en route parfois tardive et des retards dans l'exécution des projets. CPA2 illustre cette difficulté : « *J'aurais aimé que ça s'enclenche plus vite et qu'on arrive plus vite dans quelque chose de concret [...] on a mis 8 mois pour produire quelque chose* ». L'enquête quantitative confirme ce constat : 43 % des répondants pointent les délais non respectés et l'accumulation de retards comme une difficulté en matière de gestion de projet, positionnant cet item en 3^{ème} position des difficultés.

Un suivi irrégulier et informel :

Le suivi des projets, bien qu'évoqué dans certains entretiens, reste souvent peu structuré et irrégulier, avec peu de points d'étape formalisés pour évaluer l'avancement des actions. DSA décrit un suivi qui repose principalement sur des réunions informelles ou des entretiens annuels : « *Les objectifs sont suivis de façon informelle dès qu'une étape est franchie, soit en réunion, soit par des entretiens particuliers avec le pilote, soit lors de l'entretien d'évaluation* » (DSA). L'absence de points d'étape formalisés renforce la difficulté à maintenir un cap sur l'avancée des projets et à en évaluer les résultats de manière objective et surtout collective. Ce déficit dans le suivi complique également la réorientation des actions en cas de besoin : « *Il faudrait un suivi un peu plus régulier et faire des points d'étape en disant voilà, là on avance,*

là on n'avance pas, et pourquoi on n'avance pas, et comment on réoriente ou pas, comment on peut le décliner autrement » (CSA2). Sans un suivi méthodique, les ajustements nécessaires ne sont pas toujours réalisés, ce qui peut nuire à la performance des sous-projets et limite la capacité des cadres à atteindre les objectifs fixés.

Se projetant sur des améliorations potentielles pour le pilotage du prochain projet de soins, DSA souhaite combler ces lacunes. Il s'agira de « *mieux structurer l'aller-retour avec les pilotes* » à travers une formalisation du suivi dans une temporalité définie et adaptée à la complexité et aux enjeux des sous-projets. DSB se projette sur une ambition comparable, mettant en avant les méthodologies éprouvées de la gestion de projet pour améliorer le suivi : « *S'il existe des outils, des méthodes, les Gantt et autre chose, c'est bien parce qu'il a été prouvé que ça a une plus-value [...] je fais confiance à ceux qui ont réfléchi avant moi à tout ça et je me dis que s'ils l'ont fait c'est qu'il y a une raison et ils ont raison* ».

Les réponses au questionnaire apportent un éclairage complémentaire en soulignant l'impact potentiel d'un suivi défaillant. Ainsi, parmi les 120 répondants, 45 % ciblent la résistance au changement comme une difficulté en matière de gestion de projet, ce qui positionne cet item en 2^{ème} position des difficultés. Cette résistance pourrait être liée au manque de visibilité sur l'avancement des actions et à une difficulté à mobiliser les équipes sur des objectifs clairs.

3.2.2.5 L'hétérogénéité des compétences numériques (CN)

La diversité des perceptions et des définitions des compétences numériques :

Les cadres interrogés expriment des perceptions très variées de la notion de CN, allant de la considération positive de ces compétences comme des vecteurs de gains, à une perception plus sceptique voire résistante.

Soulignons en premier lieu que la notion de CN est indissociable de celle d'outil numérique. Une large majorité des répondants (8 sur 10) associe les deux notions sans pouvoir précisément les différencier. Les CN sont donc perçues et définies avant tout au travers des outils numériques, omniprésents dans le quotidien de l'ensemble des personnes interrogées. De nombreux verbatims convergent autour de ces outils, qui exigent notamment de solides « connaissances » et qu'il faut savoir utiliser avec « aisance ». Ce sont aussi des outils numériques « communs » et « partagés » qui doivent être utilisés « *au bon moment et de la bonne manière* » (DSB).

D'une manière générale les compétences numériques sont perçues unanimement comme indispensables, car « *aujourd'hui on ne travaille plus sans* » (CSA1). Mais il existe tout de même un contraste important de perception entre les moins aguerris qui semblent parfois subir ces technologies et ceux qui semblent plus à l'aise et qui ont réellement intégré ces outils dans leurs pratiques. CSA1 explique par exemple : « *C'est extrêmement contraignant parce que ça*

vous oblige à être sur un processus d'apprentissage ». Pour CSB2, « *c'est quelque chose que je subis plus qu'autre chose* ». Pour beaucoup de répondants il est tout de même question d'un effort particulier pour s'adapter à des choses qui ne sont « *pas innées* » (CSA1, CPB1). A l'opposé se situent les plus compétents, les habitués, ceux pour qui les outils numériques ne semblent représenter aucune difficulté particulière : « *Je fais partie de la génération qui a commencé à grandir avec l'informatique [...] c'est devenu un outil comme un autre* » (CPB2). Les plus aguerris passent ainsi parfois pour des « *extraterrestres* » (CPA2) incompris aux yeux de leurs collègues, parfois en décalage total avec leurs pratiques : « *Je vois par exemple des collègues prendre des notes de ce qui est écrit informatiquement, sur du papier... mais où est l'intérêt ?* » (CPB2). Une majorité des répondants se situe entre ces deux extrêmes. Ayant perçu l'intérêt des compétences et des outils numériques, ils acceptent ce « *tournant essentiel* » (CPA1), composent et cherchent à progresser pour en tirer des bénéfices concrets. Toutefois, DSB alerte : « *Il ne faut pas que l'outil remplace l'objectif ou la méthode* ».

Des attentes fortes autour des compétences numériques :

Les compétences numériques sont perçues unanimement comme des sources de gains réels ou potentiels, y compris parmi ceux qui semblent moins à l'aise. Les verbatims utilisés traduisent des attentes fortes en lien avec leur développement. Elles doivent ainsi être source de « *plus-value* » (CSA1, CPA1), permettre de « *faciliter* » le travail (CSA1, CSB2, CPB1), d'améliorer les « *interactions* » (CPA1) et la « *communication* » (CPA1, CPB2, CSA2). Mais l'attente la plus forte, qui ressort de façon quasi-unanime (8 sur 10), est celle du « *gain de temps* ». Parmi les plus aguerris, CPB2 s'appuie sur son expérience dans l'usage des outils numériques pour mettre en avant la notion de retour sur investissement, que beaucoup ne semblent pas percevoir à ses yeux : « *Je pense que les gens voient trop l'aspect investissement chronophage et sous-estiment, peut-être par méconnaissance de l'outil et de ses possibilités, l'aspect gain et le retour sur investissement* ». CPA2, utilisatrice confirmée des outils numériques, estime quant à elle que les CP jouent un rôle déterminant pour rendre ces bénéfices concrets, en se positionnant comme un « *accompagnateur* » des équipes opérationnelles pour développer leurs CN. Enfin, un point important émerge dans le discours d'une grande partie des répondants : il semble exister une tension entre compétences numériques et compétences relationnelles, les premières pouvant fortement dégrader les secondes. Il en résulte des attentes fortes en matière de maintien de relations directes, sans interface numérique. CSA2 explique à ce sujet : « *Il y a une chose sur laquelle il faut qu'on soit vigilant, c'est qu'il faut quand même qu'il y ait encore de la communication. C'est à dire que je ne dois pas avoir juste cet outil... enfin moi en tout cas j'ai besoin d'être avec les cadres et de discuter autour des projets [...] pour savoir le ressenti et les émotions* » (CSA2).

La triple hétérogénéité des compétences numériques :

Si l'hétérogénéité des compétences numériques ressort clairement dans l'exploitation des entretiens, à travers des perceptions et des niveaux d'intégration très variables, les résultats du questionnaire apportent un éclairage spécifique et riche sur le sujet. Nous proposons ainsi un focus spécifique sur ces données quantitatives. Pour rappel, la première partie du questionnaire est centrée sur l'auto-évaluation de 12 CN sélectionnées dans le cadre de référence des compétences numériques (CRCN) et présentant un intérêt particulier en matière de gestion de projet.

Le premier niveau d'hétérogénéité est général : L'auto-évaluation des CN montre une grande disparité et des niveaux de compétence très variables entre les cadres, d'une manière générale sur l'ensemble de l'échantillon, mais aussi au sein des 3 groupes de fonctions définis : FFCDS ou référents, CDS, CSS ou équivalent (Cf 3.1.4 Synthèse de l'échantillon). A titre d'exemple, la compétence C8 (Développer des documents textuels), compétence de base ayant obtenu le meilleur résultat général, se situe entre 2 (Débutant) et 5 (Expert) dans le groupe des CSS. Et le constat est identique pour la grande majorité des compétences au sein des différents groupes.

Le deuxième niveau d'hétérogénéité est lié aux compétences : D'une manière générale, sur l'ensemble de l'échantillon, le niveau d'auto-évaluation des 12 compétences est très variable, comme l'illustre la figure 1 ci-dessous.

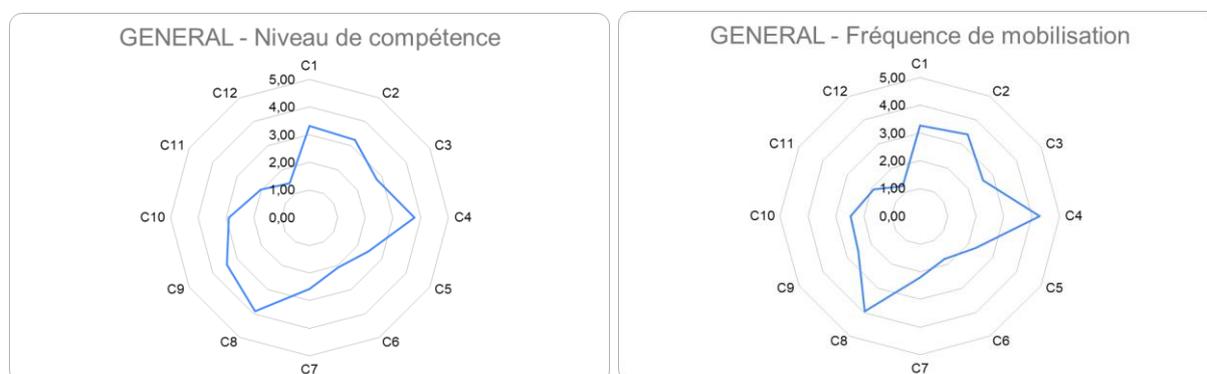


Figure 1 : Niveau général d'auto-évaluation des compétences numériques

Les compétences les mieux évaluées sont la C8 (Développer des documents textuels - ex : Word) avec une moyenne de 3.91 sur 5, puis la C4 (Interagir via des outils numériques – ex : e-mails, visio) avec 3.76, puis en troisième position la C9 (Développer des documents multimédias - ex : PowerPoint). Les compétences liées à l'utilisation des outils numériques dits « bureautiques » occupent sans grande surprise les premières places du classement. En ajoutant l'utilisation des moteurs de recherche à travers la C1 (Mener une recherche et une veille d'information) et l'utilisation de bases de données simples à travers la C2 (Gérer des données), nous obtenons la liste des 5 compétences qui dépassent le seuil de 3 sur 5,

correspondant au niveau « compétent ». Les 7 compétences restantes se situent donc entre 1 (Novice) et 2 (Débutant). A noter qu'aucune des compétences n'atteint le niveau 4 (Avancé), caractérisé par une compréhension approfondie et une capacité à gérer des situations imprévues et complexes.

Parmi les compétences les plus faibles on retrouve tout d'abord la C12 (Utiliser l'IA générative) qui obtient un score de 1.43 sur 5. Cette compétence, relativement récente, semble très faiblement intégrée dans le quotidien des cadres. La C11 (Programmer ou utiliser des formules avancées) obtient un score faible de 2.03 sur 5. L'utilisation avancée de macros et de formules complexes dans les tableurs semble réservée à quelques spécialistes (11 sur 120) qui s'auto-évaluent sur les niveaux « avancé » ou « expert ». Enfin, la C6 (Collaborer en ligne), particulièrement importante dans la gestion de projet, atteint à peine le niveau 2 (Débutant) avec un score de 2.08 sur 5. Ce résultat est conforté par la faible fréquence de mobilisation, qui n'atteint même pas le niveau 2 (Occasionnellement).

D'une manière générale, les courbes de niveau de compétence et de fréquence de mobilisation sont globalement superposables : les compétences les plus fréquemment mobilisées sont celles qui sont les plus maîtrisées. Ce constat est corroboré par les apports de plusieurs entretiens, CSA1 explique par exemple : « *un outil numérique si on ne l'utilise pas de façon soutenue on en perd vite le fil* ».

Le troisième niveau d'hétérogénéité est lié aux fonctions : des tendances apparaissent en matière de compétences numériques entre les différentes fonctions identifiées dans notre échantillon, comme l'illustre la figure 2 ci-dessous.

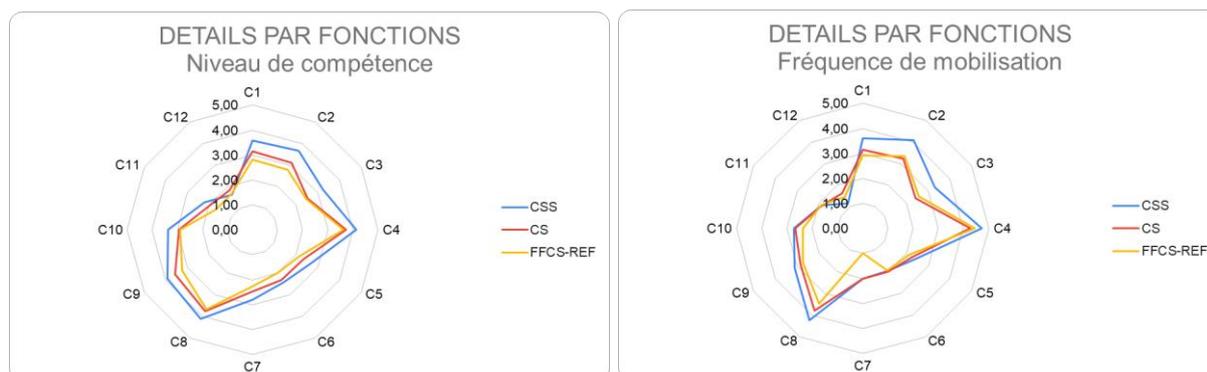


Figure 2 : Niveau d'auto-évaluation des compétences numériques par fonctions

Le niveau auto-évalué des CN augmente avec le niveau de fonction. Les FFCDs s'évaluent comme moins compétents que les CDS, qui s'évaluent à leur tour comme moins compétents que les CSS. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. D'une part, concernant le delta entre les FFCDs et CDS, nous pouvons supposer que les bénéficiaires de la formation en IFCS puissent se traduire dans ce constat. Précisons tout de même que le delta ne concerne pas toutes les compétences et qu'il est plus faible que celui identifié entre les CDS et les CSS.

Concernant ce dernier, on note à la fois un niveau de compétence plus important pour la quasi-totalité des CN, mais également une fréquence de mobilisation plus importante, en particulier pour les 3 compétences (C1, C2 et C3) qui composent la famille « Information et gestion des données ». Nous pouvons supposer que les missions spécifiques des CSS, souvent plus exigeantes en termes de coordination et de gestion de projet, les amènent vers une mobilisation plus fréquente des outils numériques et donc un niveau de compétence globalement supérieur. Toutefois, ces éléments ne ressortent pas clairement dans les entretiens, tous, CS et CP, décrivent une utilisation quotidienne, fréquente et parfois « *chronophage* » des outils numériques. L'hétérogénéité repose davantage sur les choix et l'usage des outils, que sur le temps consacré.

Les disparités en matière de compétences numériques observées parmi les cadres reflètent en partie un manque d'exigence publique en matière de formation au numérique, comme le souligne notre cadre théorique (2.1.4 Les compétences numériques, un sujet peu investi). Faute d'un cadre de formation structuré et d'une anticipation des besoins futurs, le développement des compétences numériques est inégal, souvent laissé à l'initiative des établissements. Cette faiblesse institutionnelle freine l'appropriation des outils numériques par les équipes et limite leur potentiel pour répondre aux exigences croissantes de la transformation digitale.

3.2.2.6 Une utilisation hétérogène des outils numériques pour la gestion de projet

Des usages variés selon les cadres et les contextes :

Les outils numériques utilisés par les cadres dans la gestion de projet varient fortement, tant en termes de types d'outils que de finalités. Dans l'établissement A (CH), la DS et les CS rapportent l'utilisation d'un logiciel institutionnel de gestion de projet, déployé dans leur établissement pour centraliser les données des projets et en suivre l'avancement. Toutefois, cette appropriation semble inégale : « *Pour la gestion de projet je l'utilise, par la force des choses, mais plutôt subi qu'autre chose* » (CSA2), ce qui illustre une adoption contrainte et parfois peu investie. Aucun des 2 CP du CH n'évoque ce logiciel, son usage semble limité aux CS. L'établissement B (CHU) utilise également un logiciel institutionnel dédié à la gestion de projet, mais seul DSB le cite lors de l'entretien, et de manière peu élogieuse : « *Nous avons un outil institutionnel de gestion de projet [...] mais je ne l'utilise pas dans ma gestion de projet, c'est une usine à gaz* ».

Les outils bureautiques plus classiques comme Word, Excel ou Power Point occupent une place très importante dans la gestion de projet pour une très large majorité des répondants. Beaucoup restent attachés à ces outils qu'ils perçoivent comme plus flexibles et adaptatifs : « *Excel m'a beaucoup aidé parce que derrière il y a des formules qui ne sont pas que des formules mathématiques, mais qui sont des formules qui traduisent la pensée* » (DSA).

Toutefois, de nombreux répondants (7 sur 10) décrivent en parallèle le développement de plus en plus marqué d'outils collaboratifs, tels que des espaces partagés de stockage, voire de production de fichiers, ou des outils plus élaborés comme Teams pour faciliter les échanges dans la gestion de projet. Ces usages restent néanmoins très disparates et sont intégrés de manière très hétérogène dans les pratiques courantes.

En excluant les logiciels métiers, RH et logistiques pour se concentrer sur la gestion de projet, les CP semblent utiliser les outils numériques de manière plus ponctuelle, souvent en lien avec des tâches spécifiques : « *Je fais beaucoup de questionnaires Google Forms en ligne* » (CPA1), ou encore : « *J'aime bien intégrer une Mind-map [...] pour décrire tous les tenants et les aboutissants* » (CPA2). L'utilisation de ces outils, souvent considérés comme plus « modernes », reste néanmoins circonscrite aux cadres les plus aguerris, en réponse à des besoins opérationnels immédiats, souvent en dehors des cadres formels de gestion de projet. Cette variété d'usages témoigne de la flexibilité des cadres dans leur appropriation des outils, mais également d'une absence d'uniformité dans les pratiques au sein des équipes. Ces constats illustrent, comme le souligne Martin (2022), une « utilisation » hétérogène d'outils variés, plus que des « pratiques » véritablement enracinées dans les routines professionnelles.

Sur le plan quantitatif, ces disparités sont confirmées : si 73 % des répondants se disent favorables à l'utilisation d'un outil numérique collaboratif de gestion de projet, seuls 16 % en utilisent déjà un de manière régulière. Ces éléments mettent en évidence un écart significatif entre l'intérêt perçu et l'adoption effective de ces outils.

Les principaux freins à l'adoption des outils numériques :

Les cadres identifient plusieurs freins majeurs à l'utilisation des outils numériques dans la gestion de projet, souvent liés à des facteurs culturels et organisationnels. La résistance au changement est fréquemment citée. Témoignant de la mise en place d'un nouvel outil dans l'établissement, CSA2 explique : « *On nous change nos habitudes, on nous met un logiciel de plus, alors forcément, on se dit que ça va être chronophage et qu'on ne comprend pas concrètement ce que ça va nous apporter* ». Ce témoignage illustre un rejet initial fréquent, parfois surmonté après une phase d'adaptation : « *Dans les 10 jours, ça a été adopté* » (CSA2), suite à la démonstration à travers l'usage de ses bénéfices concrets.

Par ailleurs, le manque de formation et d'accompagnement sont ciblés comme un frein central à l'adoption des outils numériques (7 sur 10) : « *Il faudrait qu'on soit tous soutenus pour avoir une formation continue et après des échanges de pratiques* » (CPA1). Les DS partagent ce constat, tant DSA qui identifie le manque de formation comme une « vraie problématique », que DSB qui cible des lacunes dans « *les compétences numériques en général* ». Ce manque de maîtrise des outils numériques crée des blocages, tant au niveau de la compréhension de leur fonctionnement que de leur appropriation réelle. Ce constat est partagé par une large

majorité des répondants, qui expriment des difficultés importantes avec certains outils qu'ils qualifient de « *trop complexes* » ou « *compliqués* ». Sans un accompagnement suffisant, les conséquences sont souvent un abandon de l'outil après une utilisation initiale peu concluante. Les résultats quantitatifs corroborent ces freins. Ainsi, 79 % des répondants identifient le manque de formation comme un obstacle à l'utilisation des outils numériques. S'ajoutent à cela le temps nécessaire pour apprendre et maîtriser les nouveaux outils (43 %) et la complexité perçue de leur utilisation (33 %) qui freinent considérablement l'adoption de ces outils au quotidien.

Les bénéfices réels issus de l'utilisation des outils numériques :

Bien que l'adoption des outils numériques soit inégale, plusieurs cadres rapportent des bénéfices réels lorsque ceux-ci sont bien utilisés et intégrés dans leurs pratiques. L'expérience de CSB2 illustre leurs bénéfices potentiels dans la gestion de projets complexes : « *C'est vrai que tous ces outils qu'on utilisait, qui nous permettaient de savoir où on en était au niveau des différentes choses [...] cet outil qu'utilisait le chef de projet, il était très intéressant et on l'a beaucoup utilisé. Je ne vois pas comment on aurait pu faire autrement pour suivre l'avancement* ». Cet exemple souligne comment un outil numérique structuré permet de centraliser les informations et de suivre efficacement l'avancement des projets. De même, CPA1 décrit comment l'utilisation de certains outils a facilité la gestion des projets de formation et de communication : « *Les outils numériques m'ont aidé à faire des affiches sympas* » et « *on a créé un challenge avec un quiz interactif avec Google Forms* ». Ces exemples montrent que les outils numériques peuvent apporter des bénéfices concrets en termes de réactivité, d'engagement des équipes et de simplification des processus.

L'utilisation des espaces numériques partagés est souvent mise en avant par les répondants comme un levier important pour améliorer l'efficacité et la collaboration. CSB1 souligne à quel point la gestion centralisée des documents dans des espaces collaboratifs permet de gagner du temps et d'éviter les erreurs : « *Nous, plus aucune cadre n'a une gestion documentaire individuelle [...] cette normalisation nous permet de retrouver extrêmement rapidement les documents et ça marche plutôt très bien* ». De même, CPA1 met en avant l'intérêt des documents partagés pour suivre l'évolution des projets : « *On peut travailler nous par exemple sur des documents partagés et on décline les tâches. C'est vrai que si on le faisait par mail, on n'avancerait pas du tout* ». En facilitant la mise à jour des informations en temps réel ces outils renforcent la transparence et la fluidité des échanges tout en réduisant le besoin de réunions en présentiel. Les résultats quantitatifs confirment ces données, les 3 principaux bénéfices des outils numériques ciblés par les répondants étant : la centralisation des informations et des documents de projet (87%), la facilitation de la communication instantanée (78%) et le suivi de l'avancement des tâches et le reporting (72%).

3.2.2.7 Les besoins et attentes en matière d'accompagnement et de formation

Les lacunes dans la formation initiale :

Les cadres de santé interrogés pointent un manque flagrant de formation numérique dans leur parcours initial, qu'il s'agisse de l'IFCS ou de Masters. Si certains ont pu bénéficier de modules sur des outils de base tels que Word, Excel ou PowerPoint, ces formations étaient souvent jugées insuffisantes et dépassées par les besoins actuels. CPA1 relate : « *Un peu à l'IFCS, mais pas assez à mon sens [...] c'était plutôt sur les logiciels de base Word, Excel et PowerPoint, mais vraiment des formations de base* ». Cette remarque souligne le caractère rudimentaire des compétences numériques acquises en formation initiale, sans véritable approche sur des outils plus avancés et adaptés à la gestion de projet.

Les témoignages montrent également que certaines formations initiales privilégient d'autres aspects, comme la communication ou l'empathie, au détriment de la maîtrise des outils numériques, pourtant essentielle : « *La formation infirmière, elle est très axée sur l'empathie, la capacité de se mettre à la place de l'autre et de mettre en place des actions pour le soulager [...] On en perd peut-être ce côté pratico-pratique* » (CPA2). Cette approche, si elle est essentielle pour le cœur du métier infirmier, laisse les cadres de santé parfois démunis face aux exigences numériques de leur rôle managérial.

Les résultats quantitatifs confirment ce constat : 65% des répondants affirment ne pas avoir reçu de formation spécifique aux compétences numériques durant leur parcours initial. Ceux qui en ont bénéficié mentionnent principalement des apports sur les outils bureautiques ou des aspects théoriques liés aux systèmes d'information, mais très peu ont été formés à des outils réellement utiles pour la gestion de projet.

Les limites de la formation continue et le rôle de l'auto-formation :

Si la formation continue permet de combler certaines lacunes elle est souvent jugée inadaptée et centrée, elle aussi, sur les outils de base, plutôt que sur les besoins spécifiques des cadres. Plusieurs témoignages reflètent cette inadéquation, à l'image de CPA1 qui indique : « *Ici dans notre établissement, on fait des formations de base sur des logiciels bureautiques* ». De même, CSB1 rapporte une frustration face à une formation Excel mal calibrée pour ses besoins : « *J'ai demandé une formation Excel à l'hôpital, mais elle n'est pas adaptée du tout à ce dont j'ai besoin* ». Les cadres font également état de la brièveté de certaines formations, ne permettant pas une véritable appropriation des outils : « *Toutes les formations étaient souvent trop courtes, parfois c'était même que 2h* » (CSA2), un format jugé insuffisant pour maîtriser des outils essentiels dans la gestion de projet. Un manque de suivi post-formation est aussi régulièrement cité, comme le mentionne CSA1 : « *Il n'y a jamais de retour, on n'y revient jamais* ». Ce manque d'accompagnement dans la durée limite l'impact des apprentissages.

Pour pallier les lacunes de la formation initiale et continue de nombreux cadres se tournent vers l'auto-formation et les expérimentations personnelles. L'auto-apprentissage devient un recours fréquent, souvent guidé par la curiosité ou la nécessité de maîtriser des outils au quotidien : « *Je me suis formée au fur et à mesure de l'apparition des outils* » (DSA). De même, plusieurs cadres mentionnent l'usage des tutoriels en ligne comme une solution pratique. CPB2 déclare : « *Je fonctionne au tutoriel YouTube, parce que c'est une compétence bien précise dont j'ai besoin et à un moment bien précis* », soulignant l'importance d'un apprentissage réactif et à la demande. Cet auto-apprentissage est souvent soutenu par l'entourage ou les collègues les plus expérimentés. Cependant, CPA2 se distingue par une démarche proactive bien plus avancée. Elle a suivi des formations certifiantes en ligne, dont des MOOC sur la cybersécurité et travaille activement sur la plateforme Pix pour améliorer ses compétences. Son cas est révélateur d'une volonté personnelle de combler les lacunes institutionnelles, mais également des limites d'un environnement où la formation est souvent laissée à l'initiative individuelle. A ce titre, 2 cadres se positionnent en faveur d'une approche plus contraignante : « *Moi je pense qu'aujourd'hui il devrait y avoir des attendus plus importants au niveau des compétences numériques de base pour les cadres, et qu'on devrait le soutenir, presque l'imposer* » (CPA1).

Les résultats quantitatifs corroborent ces différents constats : si 72% des répondants ont bénéficié de formations continues pour des outils bureautiques, seuls 5% en ont bénéficié pour des outils de gestion de projet. Pourtant, 70% souhaiteraient en bénéficier, ce qui témoigne d'un réel déficit de l'offre en la matière. En parallèle, 74% des répondants ont eu recours à l'auto-apprentissage, essentiellement via des recherches en ligne ou l'appui des collègues.

Ce constat d'insuffisance des formations aux outils numériques rejoint directement les objectifs de la feuille de route du numérique en santé 2023-2027. Ce plan ambitionne en effet de renforcer significativement les compétences numériques des professionnels de santé, tant en formation initiale qu'en formation continue, pour mieux anticiper les besoins futurs.

Des attentes fortes en matière d'accompagnement :

Au-delà des besoins de formation, les cadres interrogés expriment des attentes significatives en matière d'accompagnement dans l'intégration et l'utilisation des outils numériques. Si la formation permet de prendre en main certains outils, leur déploiement au sein des équipes nécessite un soutien continu pour garantir une adoption efficace : « *Pour les cadres il y a un accompagnement à faire pour que progressivement ça devienne des outils qu'ils partagent* » (DSB). Cette notion de progressivité semble également essentielle pour embarquer les moins aguerris : « *Il faut que ceux avec qui tu le partages ne soient pas complètement effrayés dès le départ* » (DSB). Cette approche rejoint la notion d'incrémentalisme défendue par Autissier,

Johson et Moutot (2014), qui estiment que l'intégration des technologies numériques doit se faire de manière progressive pour en assurer le succès.

De plus, une large majorité des répondants (7 sur 10) estime que la mise en place d'un cadre structuré, intégrant des règles précises d'utilisation, paraît nécessaire pour éviter certaines dérives : « *Dès lors qu'on met en place des espaces partagés ou des outils partagés, il faut des règles d'utilisation* » (DSA). En effet, beaucoup dénoncent la situation actuelle où « *c'est chacun fait comme il veut* » (CSA1). Ce manque de règles claires autour des modalités d'utilisation des outils numériques complexifie leur déploiement et leur appropriation par les équipes, surtout lorsque ces outils visent à faciliter la coordination et le partage d'informations.

Les cadres pointent également le besoin de mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun dans l'utilisation de ces outils numériques, en particulier dans les projets collaboratifs. La question de la gestion des droits, en faveur d'un accès fluide aux outils, devient ainsi centrale : « *Si on veut que les gens s'en saisissent et s'approprient l'outil, il faut leur donner des droits pour le compléter* » (CPA2), car « *un outil doit permettre de partager avec l'ensemble des personnes du projet* » (CSA2).

Ainsi, pour garantir une adoption réussie, il semble nécessaire d'aller au-delà de la formation ponctuelle et de proposer un accompagnement dans la durée, avec des retours d'expérience réguliers et une aide à la structuration des pratiques numériques au sein des équipes.

3.2.3 Synthèse et confrontation aux hypothèses

Confrontons à présent les résultats de notre enquête aux trois hypothèses formulées dans le cadre de notre question de recherche. Chaque hypothèse sera analysée à la lumière des données qualitatives et quantitatives recueillies, permettant ainsi de vérifier leur pertinence et leur applicabilité dans le contexte des hôpitaux étudiés. Cette analyse vise à comprendre comment les compétences et les outils numériques influencent la collaboration, la coordination et l'implication des cadres dans le pilotage du PSIRMT.

Hypothèse 1 : Le développement des compétences numériques des cadres favorise une meilleure collaboration dans la gestion de projet

Les résultats de notre enquête confirment en grande partie cette hypothèse. Les cadres de santé qui déclarent avoir des compétences numériques plus avancées rapportent une meilleure capacité à collaborer efficacement dans la gestion de projet. Les témoignages soulignent que l'utilisation d'outils numériques renforce cette dynamique collective, en permettant une plus grande fluidité des échanges et une meilleure circulation des informations entre les acteurs du projet, tout en améliorant la transparence et la réactivité. Les compétences numériques des cadres jouent ici un rôle central, car elles conditionnent leur capacité à mobiliser efficacement ces outils. La triple hétérogénéité décrite dans cette analyse freine cette

dynamique collaborative, notamment pour ceux qui peinent à s'approprier certains outils. Il apparaît donc que le développement des compétences numériques constitue un levier important pour améliorer la collaboration, à condition que celles-ci soient homogénéisées au sein des équipes.

Hypothèse 2 : L'intégration d'outils numériques transversaux de gestion de projet facilite le traitement des difficultés de coordination des projets

Les résultats de l'enquête tendent également à confirmer cette hypothèse. La coordination, en tant que processus visant à aligner les contributions de chaque acteur, est facilitée par l'utilisation d'outils numériques adaptés. Ceux-ci permettent non seulement de centraliser les informations, mais aussi d'assurer une communication fluide entre les différents membres de l'équipe projet, réduisant ainsi les risques de malentendus ou de flottements. Ces outils offrent également des solutions concrètes pour la gestion de sous-projets imbriqués et l'ajustement des priorités, des aspects cruciaux dans les projets complexes qui impliquent de multiples acteurs et de nombreux imprévus. Ils permettent en outre de structurer les processus de coordination, notamment en automatisant certaines tâches telles que le suivi de l'avancement ou la répartition des responsabilités, tout en assurant une traçabilité des actions. Toutefois, certains cadres rapportent que l'adoption de ces outils peut être freinée par un manque de formation et une complexité perçue, nécessitant ainsi un accompagnement renforcé pour garantir une appropriation effective par tous les membres de l'équipe. Malgré ces défis, il apparaît clairement que les outils numériques constituent des réponses efficaces aux difficultés de coordination, à condition qu'ils soient intégrés de manière harmonieuse et soutenue dans les pratiques managériales.

Hypothèse 3 : L'usage des outils numériques de gestion de projet par les cadres traduit leur implication et leur adhésion au projet

Les données recueillies apportent des éléments nuancés concernant cette hypothèse. L'utilisation des outils numériques par les cadres ne traduit pas systématiquement leur adhésion au projet. Si certains cadres perçoivent l'usage de ces outils comme une manière de s'impliquer activement dans le pilotage des sous-projets, d'autres, en revanche, évoquent un usage contraint, voire subi, sans pour autant exprimer un manque d'adhésion au projet. Le manque de formation ou de temps pour maîtriser les outils numériques limite parfois leur appropriation et, par conséquent, leur utilisation dans les projets. En dépit de ces nuances, il ressort que les cadres les plus à l'aise avec les outils numériques tendent à se montrer plus proactifs et impliqués dans la gestion de projet, renforçant ainsi l'idée que ces outils peuvent être un vecteur d'engagement, à condition d'être bien intégrés dans les pratiques quotidiennes. Le témoignage spécifique de CSA1 est éloquent et tend à confirmer un peu plus cette hypothèse : « *Pour moi la démarche projet c'est ça. C'est à dire que vous réfléchissez*

collectivement à partir d'un objectif, en tout cas d'une visée. L'objectif c'est de comprendre cette visée et du coup de la travailler ensemble [...] à un moment donné, il faut qu'on soit à certains endroits stratégiques pour participer à l'analyse et du coup si on me dit que le support c'est celui-là, bien sûr que je vais me le coltiner, parce que du coup vous allez l'utiliser dans tout l'ensemble du processus ».

En conclusion, les résultats de l'enquête confirment globalement les trois hypothèses, tout en révélant des nuances. Le développement des compétences numériques, bien qu'inégal, favorise indéniablement la collaboration entre les équipes. Les outils numériques, lorsqu'ils sont bien intégrés, permettent de surmonter les défis de coordination inhérents à la gestion de projet. Enfin, l'usage des outils numériques par les cadres peut refléter leur implication et leur adhésion au projet, sous réserve d'un accompagnement renforcé.

4 PRECONISATIONS

4.1 Sur le plan institutionnel et stratégique

Lors de ma future prise de fonction en tant que directeur des soins, je me projette dans le pilotage du prochain PSIRMT en intégrant les enseignements de ce mémoire sur l'importance du numérique comme levier stratégique pour la réussite de projets complexes.

4.1.1 L'Adoption d'une stratégie numérique intégrée

Pour mener à bien ce projet, il sera essentiel d'**adopter une stratégie numérique claire et intégrée** à l'échelle de l'établissement, un point souligné par Autissier, Johson et Moutot (2014). Toutefois, cette démarche ne pourra être unilatérale. Elle impliquera une collaboration étroite avec la Direction du Système d'Information (DSI) afin d'aligner les outils numériques sur les besoins opérationnels, tout en assurant leur cohérence avec les priorités stratégiques de l'établissement. Le soutien du CODIR sera également crucial, car l'engagement des différentes directions, notamment en matière de ressources humaines, d'allocation budgétaire et de validation des choix technologiques, devra être coordonné à travers une vision partagée et validée par la Direction Générale. Si l'objectif idéal est de piloter l'ensemble du projet d'établissement avec des outils numériques communs, le PSIRMT se prête particulièrement bien à cette approche. Ce projet rassemble de nombreux professionnels souvent répartis sur différents sites et nécessite une coordination étroite et constante. Numériser son pilotage permettrait ainsi de répondre aux besoins de centralisation des informations et de fluidification des échanges, tout en posant les bases d'un modèle qui pourrait ensuite être étendu aux autres volets du projet d'établissement.

L'objectif à moyen terme sera donc d'**intégrer pleinement le numérique dans le pilotage du PSIRMT**, de la conception à l'évaluation, en s'appuyant sur un large panel d'outils. Ces

derniers permettront non seulement de centraliser les informations et de coordonner les différents sous-projets, mais aussi d'assurer un suivi rigoureux des objectifs et des délais. Ils faciliteront la collaboration croisée entre toutes les parties prenantes, notamment le DS et les équipes d'encadrement, tout en rendant les processus de décision plus transparents et plus rapides. En centralisant les données, ces outils permettront une évaluation continue du PSIRMT, facilitant ainsi les arbitrages et les ajustements stratégiques.

Dans ce contexte, il est impératif pour le DS de **développer un leadership numérique** fort, à la fois stratégique et visionnaire. Cette approche s'inscrit dans une projection à moyen et long terme, où le numérique deviendra un outil clé pour favoriser l'innovation et la transversalité dans l'établissement. Le DS doit être en mesure d'identifier et de promouvoir des innovations numériques qui contribueront à la transformation organisationnelle, tout en facilitant la collaboration entre les services.

4.1.2 Le développement d'un laboratoire d'innovations numériques

Dans une perspective à long terme, la **création d'un laboratoire d'innovations numériques** dédié au management et à la gestion de projet constitue un levier stratégique pour renforcer l'usage des technologies numériques dans le pilotage des projets hospitaliers. Un laboratoire d'innovations est un espace structuré où les acteurs collaborent pour expérimenter et développer des solutions technologiques innovantes dans un environnement flexible et sans contraintes opérationnelles immédiates. Ce laboratoire offrirait aux équipes d'encadrement un dispositif qui leur permettrait de tester de nouvelles technologies et méthodologies avant de les intégrer de manière plus large dans les pratiques quotidiennes. Dans le contexte hospitalier, un tel laboratoire pourrait répondre aux besoins spécifiques des équipes projets en matière de collaboration, de coordination et d'optimisation des processus de gestion. Il s'agirait d'un espace de co-construction où les professionnels pourraient travailler ensemble pour imaginer, prototyper et tester des solutions numériques.

Le développement d'un laboratoire d'innovations numériques favoriserait ainsi **une culture d'expérimentation continue** et de transformation progressive au sein de l'hôpital, contribuant à l'alignement stratégique des outils numériques avec les besoins de gestion. Ce dispositif permettrait non seulement d'anticiper et de piloter les futures innovations, mais aussi de renforcer la position du DS en tant qu'acteur clé de la transformation numérique.

4.2 Sur le plan de la formation et de l'accompagnement

L'implémentation d'outils numériques pour le pilotage du PSIRMT nécessite un accompagnement managérial fort et un investissement dans la formation des équipes encadrantes. L'une des clés du succès de ce projet réside dans l'engagement des acteurs du projet et des cadres en particulier, ainsi que dans le développement de leurs compétences

numériques, qui conditionnent leur capacité à adopter pleinement ces outils et à enraciner ces pratiques dans leurs habitudes de travail.

4.2.1 Le renforcement et la valorisation des compétences numériques

Comme le souligne Martin (2022), le développement des compétences numériques est essentiel pour que l'utilisation des technologies se traduise en pratiques professionnelles ancrées. Le déploiement d'un pilotage du PSIRMT plus numérisé s'accompagnera donc d'un programme de formation continue, destiné aux équipes d'encadrement, visant à combler les lacunes identifiées. Ce programme sera construit sur la base d'**un diagnostic établi à court terme** à partir d'un travail d'enquête mêlant données qualitatives et quantitatives. L'évaluation des compétences pourra s'appuyer sur des outils existants, tel que le cadre de référence des compétences numériques (CRCN), afin de bien délimiter les forces et faiblesses des équipes.

Le diagnostic ainsi établi permettra de structurer **un parcours de formation spécifique, gradué et personnalisé**. Spécifique, car il s'agira de dépasser les formations « classiques » à l'utilisation des outils bureautiques pour fixer des ambitions plus larges en matière d'utilisation du numérique dans le management et la gestion de projet. Gradué, car le développement des compétences numériques ne peut être envisagé que de manière progressive et par paliers. Enfin, personnalisé, en réponse à l'hétérogénéité des niveaux de compétences, mais aussi des besoins. Le délai parfois important entre la formation suivie et l'usage effectif des outils associés peut s'avérer délétère et contre-productif. Il convient donc de proposer un dispositif souple et réactif, s'appuyant sur des grandes familles de compétences et d'outils, en proposant des modules qui couvrent à la fois l'utilisation des outils de gestion de projet, la collaboration en ligne, la gestion documentaire ou encore la communication numérique. Ces modules permettront d'aligner les pratiques sur les exigences de la transformation numérique, tout en offrant aux cadres les compétences nécessaires pour piloter des sous-projets dans un environnement de plus en plus digitalisé.

Il est également essentiel de **valoriser les compétences numériques acquises** par les cadres en les intégrant dans leur parcours de développement professionnel. Un dispositif d'évaluation des compétences pourrait être envisagé, tel que le dispositif Pix+ Professionnel de santé qui permet de certifier les compétences numériques. Cette reconnaissance formelle contribuerait à renforcer l'engagement des cadres et à faire du numérique un levier de valorisation des carrières. Elle montrerait également que la direction des soins s'investit dans un management innovant et inclusif, où les compétences numériques sont considérées comme un vecteur de progression et de réussite.

Cette stratégie de valorisation des compétences numériques pourrait être également introduite **dans les processus de recrutement** des cadres. Elle pourrait constituer un critère de

sélection, ou à minima une attente exprimée, signalant l'importance que l'établissement accorde à la maîtrise des outils numériques pour le pilotage et la gestion des projets. En parallèle, la valorisation conjointe des dispositifs de formation et d'accompagnement proposés soulignera la forte dynamique managériale portée par la direction sur le sujet du numérique. En positionnant les compétences numériques comme un levier de développement et de progression de carrière, l'établissement renforcerait non seulement son attractivité auprès des cadres, mais attirerait aussi des profils motivés par l'innovation et l'intégration des nouvelles technologies dans leurs pratiques.

4.2.2 L'accompagnement au changement et le traitement des résistances

L'intégration des outils numériques dans le pilotage du PSIRMT nécessitera **un accompagnement managérial spécifique** pour répondre aux résistances éventuelles et soutenir l'appropriation des nouvelles pratiques. La résistance au changement est un phénomène bien documenté dans les processus de transformation organisationnelle, particulièrement lorsque les pratiques de travail se digitalisent. Comme le soulignent Autissier, Johson et Moutot (2014), il est essentiel de mener un « change digital » par l'écoute active des besoins des utilisateurs, la transparence des objectifs de transformation et la valorisation de leurs retours d'expérience. L'approche recommandée consiste à mettre en place une stratégie d'accompagnement progressive, visant à répondre aux appréhensions, souvent légitimes et à lever les freins à l'appropriation.

L'enquête a également mis en lumière l'importance du **maintien d'un équilibre entre les réunions en présentiel et l'usage des outils numériques** comme un facteur crucial pour réduire les résistances et favoriser une intégration harmonieuse du numérique dans les pratiques de gestion de projet. Les cadres expriment un besoin essentiel, celui de maintenir des moments de réunion physique pour renforcer la cohésion, le dialogue direct et créer du lien. Cette alternance entre les interactions physiques et numériques permet d'assurer une continuité dans les échanges tout en préservant la dimension humaine des relations de travail. D'une manière générale il est important de reconnaître que certains membres de l'encadrement peuvent éprouver des réticences à l'usage des nouvelles technologies. Bobillier Chaumon (2023) explique que c'est l'usage des technologies, plus que leurs caractéristiques intrinsèques, qui détermine leur impact. Cela souligne l'importance d'un accompagnement managérial ciblé sur l'usage concret des outils dans les situations quotidiennes.

Dans cette optique, **un dispositif de soutien aux cadres** pourrait être instauré, combinant des sessions de sensibilisation aux enjeux de la transformation numérique, des ateliers participatifs de mise en application des formations suivies, voire un coaching personnalisé s'appuyant sur un réseau de référents expérimentés, convaincus et volontaires. Ces initiatives auront pour but de rendre les cadres acteurs de la transformation, de manière à renforcer leur

sentiment de contrôle et d'implication dans ce processus. En complément, des espaces de discussion dédiés permettraient aux équipes de partager leurs retours d'expérience, d'identifier collectivement les leviers de réussite et de formuler des propositions pour adapter les outils et les pratiques aux réalités de leur travail.

Une évaluation continue de la satisfaction et des freins rencontrés par les cadres permettrait d'ajuster les actions d'accompagnement et de renforcer la dynamique de changement. A travers cette démarche, l'objectif est de développer une culture numérique participative, dans laquelle les innovations ne sont plus perçues comme une contrainte, mais comme un levier d'amélioration des pratiques et d'autonomisation professionnelle.

4.2.3 Le développement du télétravail et de la collaboration à distance

Le développement du télétravail et de la collaboration à distance constitue une opportunité stratégique pour renforcer la flexibilité organisationnelle et répondre aux évolutions des pratiques professionnelles dans le secteur hospitalier. Les technologies numériques offrent de nouvelles possibilités pour accompagner ce changement, à condition d'établir un cadre clair et structuré favorisant l'adhésion et l'autonomie tout en responsabilisant les équipes d'encadrement. **Le télétravail, bien que contraint par la spécificité des missions hospitalières, peut apporter une alternative intéressante** pour certaines fonctions de coordination et de gestion, en facilitant la réalisation de tâches administratives ou de planification en dehors du site hospitalier. Dans la gestion du PSIRMT, par exemple, le télétravail pourrait être structuré pour les activités nécessitant davantage de concentration et de réflexion stratégique, telles que l'analyse des données, la préparation de réunions de suivi ou encore la coordination de sous-projets impliquant des équipes réparties sur plusieurs sites. En offrant une plus grande flexibilité pour organiser ces tâches à distance, le télétravail pourrait réduire les déplacements, optimiser le temps de travail et renforcer l'efficacité des cadres dans leurs fonctions de pilotage.

La collaboration numérique permet également de pallier les problèmes de distances géographiques en rendant la communication et la coopération plus fluides, même entre des équipes localisées sur des sites différents. Les outils numériques facilitent en effet les échanges instantanés, le partage de documents et la coordination des actions, permettant aux équipes de rester alignées et réactives, quelle que soit leur localisation. Dans un établissement multi-sites, cette approche contribue à préserver une dynamique de travail collaborative, même en dehors des réunions en présentiel, et permet aux cadres de maintenir une cohésion de groupe et un suivi rigoureux des projets.

En intégrant des pratiques de télétravail autour de la gestion de projet, l'établissement pourra ainsi concilier les exigences d'une présence en équipe avec la flexibilité nécessaire pour des

fonctions de coordination. Cette approche hybride pourrait, à terme, encourager une culture de travail plus adaptable et répondre aux attentes croissantes des cadres, tout en assurant un suivi de proximité des projets stratégiques essentiels.

4.3 Sur le plan technique et technologique

Le déploiement du PSIRMT dans un environnement numérisé nécessite une approche technique et technologique robuste. Cela inclut non seulement les outils numériques, mais également les infrastructures, les équipements et les dispositifs de sécurité pour garantir une gestion fluide et sécurisée du projet.

4.3.1 L'optimisation des infrastructures techniques

Pour que les outils numériques deviennent un levier optimal de transformation dans le cadre du PSIRMT, **la solidité et la résilience des infrastructures numériques de l'établissement sont essentielles**. À court terme, une collaboration étroite avec la DSI sera cruciale pour garantir que les exigences spécifiques du projet soient prises en compte dans les choix d'optimisation des infrastructures, tant en matière de connectivité que de sécurité. En effet, pour renforcer la fluidité des échanges entre sites, il est nécessaire de développer une couverture réseau fiable et continue, permettant une connectivité adaptée aux exigences de la collaboration multi-sites. L'amélioration de la capacité des serveurs et des capacités de stockage doit pouvoir supporter les volumes croissants de données. Dans ce contexte, le DS, en lien avec le DSI, jouera un rôle déterminant pour aligner les investissements techniques avec les besoins opérationnels, s'assurant que les équipes disposent des infrastructures leur permettant de travailler de manière optimale.

Cette étape inclut également **une évaluation initiale des équipements disponibles** (ordinateurs, tablettes, systèmes de visioconférence, etc.) afin de mesurer leur adéquation aux exigences des outils numériques envisagés. Ce diagnostic technique, réalisé en collaboration avec la DSI, permettra d'identifier les éventuelles lacunes et de définir les besoins à court terme pour garantir aux équipes d'encadrement un accès optimal et sans entraves aux premières solutions numériques envisagées. **Un plan d'investissement** à moyen et long terme pourra être élaboré afin d'anticiper les besoins futurs, en tenant compte des évolutions technologiques et des priorités stratégiques de l'établissement. Ce plan permettra de programmer la modernisation des équipements et des systèmes de manière progressive et durable, en cohérence avec les objectifs de performance et d'innovation numérique.

4.3.2 Le choix des outils numériques

Le développement des outils numériques pour le pilotage du PSIRMT nécessite d'abord **une cartographie initiale des solutions existantes et des modalités d'utilisation** par les

équipes d'encadrement. Ce diagnostic permettra de mesurer les écarts entre les besoins du projet et les outils actuellement en place, facilitant ainsi la priorisation des investissements technologiques. A court terme, cette cartographie servira de base pour optimiser l'usage des outils existants, avant l'introduction d'outils supplémentaires.

Pour les nouvelles acquisitions, **un cahier des charges précis sera établi**, définissant des critères de sélection adaptés aux besoins spécifiques de chaque type d'outil. L'ergonomie et la simplicité d'utilisation seront des critères prioritaires pour les outils de communication et d'idéation, afin de garantir une prise en main rapide et un usage fluide par les équipes. A l'inverse, les outils de gestion de projet nécessiteront des fonctionnalités avancées pour permettre une planification détaillée, un suivi précis des actions et un contrôle rigoureux des ressources allouées. L'objectif est de proposer un panel d'outils complémentaires, chacun répondant à des objectifs distincts mais alignés sur les exigences du PSIRMT, tout en assurant une cohérence fonctionnelle entre ces solutions dans un environnement harmonisé.

L'implication des équipes d'encadrement dans le processus de sélection et de mise en place des outils numériques est essentielle pour garantir leur adoption et leur pertinence opérationnelle. En s'appuyant sur des dispositifs de consultation, tels que les espaces de discussion et le laboratoire d'innovations numériques, il sera possible de recueillir les retours d'expérience des cadres, d'identifier leurs attentes et de mieux ajuster les choix technologiques aux réalités du terrain. Cette approche collaborative renforce l'adhésion des équipes, tout en assurant que les solutions retenues répondent aux objectifs de performance et d'ergonomie.

4.3.3 La gestion de la sécurité numérique et de la conformité

Le déploiement de technologies numériques pour le PSIRMT doit impérativement être accompagné de **dispositifs garantissant la sécurité et la conformité en matière de gestion des données**. La protection des informations relatives aux projets constitue une priorité stratégique pour assurer un usage serein des outils numériques. En collaboration avec la DSI, des mesures de cybersécurité devront être mises en place, incluant le contrôle d'accès aux données, le chiffrement des échanges et le stockage sécurisé. Cette démarche vise également à lutter contre les dérives actuelles observées au sein des équipes. L'utilisation d'outils non sécurisés en libre accès semble généralisée, allant jusqu'à des comportements totalement déconnectés des critères élémentaires de sécurité : « *J'ai un médecin qui nous propose de mettre en place un groupe WhatsApp, pour nous dire par exemple "je programme Monsieur Untel, en 2ème ou en 3ème au bloc [...] ça devient la boîte à outils à tout faire ces groupes WhatsApp* » (CPA1), ou encore « *J'ai aussi GoogleKeep en collaboratif actuellement [...] dans la planification, je mets "rappeler Madame Machinette", je mets le numéro, le motif de son truc et je dis "la première qui a le temps le fait" »* (CSB1). Ce constat renforce l'urgence

de sensibiliser les équipes d'encadrement aux bonnes pratiques de sécurité numérique et de fournir des alternatives sécurisées répondant aux besoins d'instantanéité et de simplicité.

A moyen terme, la **mise en place d'un système de sauvegarde et de continuité des activités** sera essentielle pour pallier les incidents éventuels, afin de garantir la pérennité et la résilience des projets engagés. Ce système devra intégrer des protocoles rigoureux de sauvegarde des données et prévoir des solutions de reprise rapide pour limiter toute interruption des projets en cas de défaillance technique. Les critères d'export de données seront également inclus dans le cahier des charges afin de permettre des sauvegardes et des transferts sans perte d'informations essentielles, facilitant ainsi la continuité des activités, même en cas de changement d'outil ou de support. Cette approche garantit que les données restent accessibles et exploitables, indépendamment des éventuels obstacles technologiques ou des incidents de sécurité.

CONCLUSION

Ce mémoire a exploré les enjeux et opportunités d'une intégration accrue des outils numériques dans le pilotage des projets au sein des hôpitaux, avec pour objectif d'optimiser la gestion des ressources, la coordination des équipes et l'évaluation des résultats. A travers l'analyse du PSIRMT, projet emblématique par sa transversalité, cette recherche a cherché à montrer comment le numérique peut devenir un levier stratégique pour le DS, visant à renforcer l'efficacité managériale et organisationnelle.

Les résultats de cette étude ont permis de valider les hypothèses de départ, en mettant en lumière trois constats principaux. D'abord, le développement des compétences numériques des cadres, essentiel pour faciliter l'appropriation des technologies, est apparu comme un facteur déterminant pour optimiser la collaboration dans les projets. Ensuite, l'adoption d'outils numériques adaptés au contexte hospitalier se révèle indispensable pour surmonter les défis de coordination des équipes, permettant de centraliser les informations et de structurer les processus de suivi. Enfin, la participation des équipes d'encadrement à toutes les étapes du projet, de sa conception à son évaluation, s'impose comme un moteur de cohésion, renforçant leur engagement et facilitant l'usage des technologies pour le partage d'informations.

Néanmoins, ce travail présente certaines limites, liées notamment à la taille et à la spécificité de l'échantillon, qui ne permettent pas de généraliser certains constats à tous les établissements hospitaliers. De plus, l'intégration des outils numériques se heurte à des contraintes d'appropriation différenciées, chaque cadre ayant des habitudes et un niveau de maîtrise technologique propres. Ces différences soulignent l'importance d'un

accompagnement personnalisé, structuré en étapes progressives et appuyé par des relais internes, tels que des référents numériques. La mise en œuvre effective des préconisations impliquera une planification réaliste et concertée avec la DSI et le CODIR, afin de garantir que les initiatives numériques puissent s'inscrire de manière pérenne dans la culture de l'établissement.

Dans une perspective à moyen et long termes, cette étude propose ainsi une feuille de route en trois axes : (1) l'adoption d'une stratégie numérique intégrée visant à harmoniser les outils numériques et les pratiques, en les alignant avec les besoins institutionnels ; (2) un dispositif continu de formation et d'accompagnement visant à traiter les résistances et à répondre aux besoins de montée en compétences des cadres ; (3) une infrastructure technique et technologique solide, soutenue par des protocoles de sécurité et de continuité d'activité. Cette approche permet de positionner le DS en acteur clé de la transformation numérique. Son rôle consiste à faire émerger une véritable culture numérique, mobilisatrice et fédératrice.

Enfin, il convient de s'interroger sur les perspectives qu'offre l'intelligence artificielle (IA) pour enrichir les pratiques de gestion de projet dans les hôpitaux. Si les outils numériques actuels permettent une centralisation des données et une meilleure coordination, les technologies de l'IA pourraient à terme aller plus loin, notamment en facilitant l'analyse prédictive, le traitement des données massives, l'automatisation de certaines tâches de coordination ou encore l'anticipation des besoins en ressources humaines et matérielles. Toutefois, ces technologies nécessitent une réflexion éthique rigoureuse ainsi qu'un cadre de gestion de la sécurité renforcé afin de garantir le maintien de la sécurité des données en toutes circonstances.

Bibliographie

Articles

- Autissier, D., Johnson, K., & Moutot, J.-M. (2014, Septembre). La conduite du changement pour et avec les technologies digitales. *Question(s) de management*(7), pp. 79-89. doi:10.3917/qdm.143.0079
- Barlatier, P.-J. (2016). Management de l'innovation et nouvelle ère numérique : Enjeux et perspectives. *Revue française de gestion*(254), pp. 55-63. doi:10.3166/rfg.2016.00009
- Béjean, M., Kletz, F., & Moisdon, J.-C. (2018). Création de valeur organisationnelle et technologies de l'information à l'hôpital : le cas du dossier patient informatisé. *Gestion et management public*, 6(4), pp. 9-24. doi:10.3917/gmp.064.0009
- Daniel, P. (2010). Pilotage stratégique de projets et management des systèmes dynamiques. *Innovations*(31), pp. 51-80. doi:10.3917/inno.031.0051
- Dujardin, P.-P., Reverdy, T., Valette, A., & François, P. (2016, Juin). Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 46-60. doi:10.3917/rsi.125.0046
- Inthavong, K. (2007, Décembre). Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 29-60. doi:10.3917/rsi.091.0029
- Jacquet, M.-A. (2019, Janvier). Le virage numérique à l'hôpital : un processus de transformation globale. *Gestion & Finances Publiques*(1), pp. 37-43. doi:10.3166/gfp.2019.00007
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII*, pp. 67-82. doi:10.3917
- Martin, L. (2022, Décembre). Recherche descriptive qualitative sur le niveau d'utilisation de l'environnement numérique de travail chez le cadre de santé de proximité en France. *Recherche en soins infirmiers*(151), pp. 75-98. doi:10.3917/rsi.151.0075

Ouvrages et sections d'ouvrages

- Baumard, P., & Ibert, J. (2014). Quelles approches avec quelles données ? Dans R.-A. Thiétart, *Méthodes de recherche en management* (éd. 4e, pp. 105-128). Paris: Dunod.
- Bobillier Chaumon, M.-E. (2023). *Psychologie du travail digitalisé. Nouvelles formes du travail et clinique des usages*. Malakoff: Dunod.
- Fage-Moreel, V., Hirn, P., & Jenner, A. (2013). Revisiter les principes de management classiques pour déployer l'innovation managériale. Dans T. Nobre, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre* (pp. 243-256). Paris: Dunod.
- Foudriat, M. (2019). *La co-construction, une alternative managériale* (éd. 2e). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Froman, B., & Gourdon, C. (2003). *Dictionnaire de la qualité*. Saint-Denis-La-Plaine: AFNOR.
- Garel, G. (2011). *Le management de projet (Collection : Repères)*. Paris: La Découverte.
- Jancourt, D., & Simart, M. (2015). Le management par projets, un défi pour les établissements de santé. Dans B. Fermon, & P. Grandjean, *Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 167-184). Paris: Dunod.
- Néré, J.-J. (2021). *Le management de projet* (éd. 5e). Paris: Presses Universitaires de France.
- Picq, T. (2022). *Manager une équipe projet : l'humain au cœur de la performance (Collection Management / Leadership)*. Paris: Dunod.

Rapports et référentiels

- Battaglia, E., Lebrun, A., & Gautier, P. (2012). *Piloter et manager les projets au sein d'un pôle*. ANAP. Consulté le Avril 20, 2024, sur <https://www.anap.fr/>
- Claris, O. (2020). *Rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le mars 20, 2024, sur <https://sante.gouv.fr/>
- De Singly, C. (2009). *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. Ministère de la Santé et des Sports. Consulté le mars 20, 2024, sur <https://sante.gouv.fr/>
- Délégation ministérielle au numérique en santé. (2023). *Feuille de route du numérique en santé 2023-2027*. Consulté le Avril 2, 2024, sur <https://esante.gouv.fr/>

DGOS. (2012). *Programme Hôpital numérique*. Consulté le Avril 21, 2024, sur <https://sante.gouv.fr/>

DGOS. (2012). *Référentiels d'activités et de compétences relatives au diplôme de cadre de santé*. Consulté le Mai 10, 2024, sur www.ancim.fr/

DITP. (2019). *Transformation numérique : dessinons les métiers publics de demain*. Direction interministérielle de la transformation publique. Consulté le mars 30, 2024, sur <https://www.modernisation.gouv.fr/>

Ministere de la santé et de la prévention. (2022). *Bilan de la feuille de route du numérique en santé 2019-2022*. Consulté le Mai 12, 2024, sur <https://esante.gouv.fr/>

Textes de législatifs et réglementaires

Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière*. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002.

Ministère de la santé et de la prévention. *Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé*. Journal officiel, n°0262 du 11 novembre 2022.

Ministère de la santé et de la prévention. *Arrêté du 7 septembre 2022 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2023 à 2025*. Journal officiel, n°0209 du 9 septembre 2022.

Ministère des solidarités et de la santé. *Circulaire N° DGOS/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS*.

Article L6143-2 du Code de la Santé Publique

Article R6146 du Code de la Santé Publique

Mémoires et travaux universitaires

Martin, L. (2021). *De l'appropriation de l'environnement informatique à l'environnement numérique de travail chez les cadres de santé de proximité : influence des environnements capacitants et des facteurs de conversion*. Normandie Université.

Saint-Honoré, I. (2007). *Le projet de soins : outil de management du directeur des soins*. EHESP.

Sites internet

FRANCE compétences. *Répertoire national des certifications professionnelles, DE – Diplôme de cadre de santé*, juillet 2020 [page consultée le 12 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34818/>

Agence du numérique en santé. *Les 50 ans d'histoire de la e-santé* [page consultée le 30 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://esante.gouv.fr/les-50-ans-dhistoire-de-la-e-sante>

Ministère de la santé et de la prévention. *Etude sur la Formation Continue au Numérique en Santé - rapport de synthèse*, 21 mars 2023 [page consultée le 22 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://gnius.esante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Etude%20formation%20continue%20au%20numérique%20en%20santé.pdf>

ANFH. *Les Actions de Formation Nationales (AFN)* [page consultée le 22 mai 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.anfh.fr/etablissements/les-actions-de-formation-nationales-afn>

Ministère de l'éducation nationale. *L'évaluation des compétences numériques* [page consultée le 10 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.education.gouv.fr/l-evaluation-des-competences-numeriques-6989>

PIX. *Pix+ Professionnels de santé* [page consultée le 10 avril 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.education.gouv.fr/l-evaluation-des-competences-numeriques-6989>

Liste des annexes

ANNEXE I	Référentiel socle et transversal de compétences du numérique en santé.....	p. II
ANNEXE II	Grille entretien DS.....	p. IV
ANNEXE III	Grille entretien CS/CSS.....	p. V
ANNEXE IV	Résultats du questionnaire.....	p. VI

ANNEXE I : Référentiel socle et transversal de compétences du numérique en santé

 Référentiel socle et transversal de compétences du numérique en santé V1.1.2022			
N°	Compétences	Capacités	Heures
1. Données de santé			6
1.1	Identifier un usager ou un professionnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les enjeux et critères liés à l'identitovigilance vis à vis d'un usager [Identité Nationale de Santé (INS), référentiels nationaux d'identité des personnes physiques] - connaître les enjeux et critères liés à l'identification d'un professionnel ou d'un établissement [répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) pour les professionnels personnes physiques, Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) pour les établissements et personnes morales] 	
1.2	Caractériser et traiter la donnée à caractère personnel de santé en appliquant la réglementation	<ul style="list-style-type: none"> - connaître la Loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 (LIL) et le Règlement UE 2016/679 général de protection des données du 27 avril 2016 (RGPD) - définir la donnée de santé au sens du RGPD et savoir distinguer donnée à caractère personnel, donnée anonyme et donnée pseudonyme - comprendre le cycle de vie de la donnée de santé numérique - connaître le régime du traitement de données à caractère personnel de santé - distinguer les modalités de traitement de données de santé des modalités de traitement de données à caractère personnel et les sanctions encourues - savoir rester en conformité au RGPD 	
1.3	Accéder aux données de santé en respectant les exigences professionnelles et légales	<ul style="list-style-type: none"> - identifier les critères d'accès aux données des usagers : connaître le cadre réglementaire et la notion d'équipe de soins - connaître les spécificités du stockage des données de santé [Système national des données de santé (SNDS) et les entrepôts de données de santé] - comprendre ce qu'est un cloud, un hébergeur et la plateforme de données de santé - connaître les responsabilités pénale et civile encourues - respecter le secret professionnel appliqué aux professions médicales et de santé, la protection du professionnel et de l'utilisateur et le secret médical partagé - respecter le droit des usagers et les obligations liées à l'information des patients : savoir être et savoir faire - utiliser les outils d'accès aux données de l'utilisateur [Identité Nationale de Santé (INS), Carte de Professionnel de Santé numérique (CPS), identifiant e-CPS, Carte de Professionnel en Formation (CPF), Pro santé Connect] - faire preuve d'éthique dans l'accès aux données de santé 	
1.4	Exploiter les données de santé pour l'évaluation, la recherche et l'innovation	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les grands enjeux liés à l'intelligence artificielle, aux algorithmes, aux biais et aux systèmes d'aide à la décision ainsi que les principes éthiques associés aux traitements des données de santé - connaître les instituts et grands programmes de recherche - connaître les principales codifications utilisées pour les pathologies, actes, produits de santé, nationales et internationales (SNOMED CT) - connaître le régime spécifique de traitement des données à des fins de recherche (Recherches Impliquant la personne humaine, Loi Jardé, RGPD, LIL) - partager ses données et participer à un programme de recherche scientifique ou d'innovation 	
2. Cybersécurité en santé			5
2.1	Concevoir et maintenir sécurisé son environnement numérique de travail	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les référentiels de référence en cybersécurité [notamment la Politique Générale de sécurité des systèmes d'information (PGSSI) et le Guide d'hygiène informatique de l'ANSSI] - sécuriser le lieu d'accès physique (verrouillage des sessions) - configurer son poste de travail et son téléphone portable (gestion de l'antivirus et des mises à jour, chiffrement et sauvegarde des données, utilisation de logiciels conformes aux règles de sécurité et de confidentialité) - gérer des périphériques amovibles et l'utilisation nomade de son matériel - connaître les différents principes d'authentification, l'intérêt de l'authentification forte et à double facteurs et la gestion de mots de passe robustes - sécuriser sa messagerie et respecter les bonnes pratiques pour l'envoi et la réception de courriel et de messages - comprendre les enjeux de l'identification électronique appliquée au secteur de la santé - mettre en place les bonnes pratiques pour sécuriser son environnement 	
2.2	Se prémunir et réagir face aux incidents	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les différents types d'action malveillantes - sécuriser sa navigation sur internet, savoir reconnaître les sites de confiance - savoir se prémunir contre les virus et actes malveillants - identifier une violation de données personnelles au sens du RGPD - réagir en cas d'incident de cybersécurité en santé 	

N°	Compétences	Capacités	Heures
3.	Communication en santé		5
3.1	Utiliser les outils permettant d'interagir avec les usagers pour une transmission efficace de l'information	<ul style="list-style-type: none"> - connaître le cadre réglementaire régissant les bonnes pratiques de communication avec l'ensemble des acteurs [Identité Nationale de Santé (INS), secret médical, codes de déontologie...] - maîtriser la notion de responsabilité professionnelle - identifier les moyens de communication numérique (MSSanté, MSS-C) 	
3.2	Interagir de manière adaptée entre professionnels, avec l'utilisateur, avec les aidants et accompagnants et avec les institutions et administrations	<ul style="list-style-type: none"> - connaître la gouvernance et les acteurs du numérique en santé (DNS, ANS, GRADeS, CNIL, CERT santé, ...) - adopter un savoir être - adopter des principes éthiques - identifier et accompagner une situation de précarité numérique ou un trouble lié au numérique - renseigner, sensibiliser et accompagner les étudiants ou stagiaires 	
		<ul style="list-style-type: none"> - renseigner l'utilisateur dans ses démarches - adopter les bonnes pratiques et les bons outils pour interagir et partager des données de santé - utiliser les services numériques des institutions et des administrations 	
3.3	Interagir sur internet en maîtrisant son identité numérique	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les enjeux liés à la e-réputation (référencement, diffamation, ...) - connaître les bonnes pratiques en cas de connexion à des plateformes - interagir en tant que professionnel de santé - gérer et supprimer une identité numérique 	
4.	Outils numériques en santé		6
4.1	Maîtriser les logiciels métiers et les services numériques	<ul style="list-style-type: none"> - savoir définir la e-santé - identifier les outils métiers (logiciels et plateformes) qui composent l'écosystème du professionnel (Bouquet de Services aux Professionnels de santé [BSP]) - connaître le marché de la e-santé et les grands programmes de transformation numérique (Ségur numérique, Hop'en, ESMS numérique, ...) - être sensibilisé à l'impact environnemental du numérique en santé - connaître la responsabilité associée à la décision médicale - se repérer dans les mentions légales, les droits de propriété, et les droits de l'utilisateur - identifier les fonctionnalités et les outils nécessaires à sa pratique (interopérabilité, sécurité, échange de données de santé, sauvegarde, stockage, signature, SaaS ou On Premise) 	
4.2	Utiliser un objet connecté ou une application mobile et analyser leur fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les différentes catégories d'objets connectés et applications de santé [référentiel(s) de la Haute Autorité de Santé (HAS), catégorisation, marquage CE des dispositifs médicaux, ...] - identifier les outils numériques adaptés aux attentes et aux besoins de soins des usagers et les risques associés - comprendre comment évaluer la fiabilité d'un objet connecté ou d'une application mobile - utiliser et paramétrer les objets connectés et les applications de santé 	
4.3	Utiliser les outils et services socles adaptés et identifier leur articulation avec d'autres dossiers partagés	<ul style="list-style-type: none"> - connaître la doctrine technique du numérique en santé - utiliser les services associés au Dossier Médical Partagé (DMP) et à Mon Espace Santé (MES) - connaître les différents dossiers partagés [dossier pharmaceutique (DP), le Dossier Patient Informatisé (DPI) et le Dossier Usager Informatisé (DUI), ...] - connaître et mettre en œuvre les règles de bon usage de la e-Préscription - utiliser les services numériques de coordination et d'orientation (e-Parcours, Via trajectoire) 	
4.4	Chercher de l'information probante en santé	<ul style="list-style-type: none"> - connaître les sites de références fiables et savoir reconnaître un site frauduleux - réaliser une recherche (définir sa recherche, équation de recherche, ...) - chercher des données scientifiques publiées et savoir les interpréter, produire une bibliographie pertinente - identifier et évaluer la source de l'information - identifier un contenu de désinformation - être capable de donner les bonnes ressources aux usagers (MES) 	
5.	Télesanté		6
5.1	Maîtriser la réglementation de la télésanté	<ul style="list-style-type: none"> - connaître le cadre légal, réglementaire et conventionnel de la télésanté - connaître les rôles et distinguer les responsabilités des différents acteurs dans un parcours de soin (protection de la vie privée et respect du secret médical, ...) - être en mesure de distinguer téléconsultation, téléassistance, télésurveillance, télé expertise et télé soin - identifier les risques inhérents à la pratique de la télésanté - savoir identifier les enjeux éthiques et de déontologie de la télésanté 	
5.2	Pratiquer la télésanté en lien avec l'équipe de soin et l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> - mettre en œuvre les bonnes pratiques pour garantir la qualité et la sécurité des soins - personnaliser et conduire un projet médical ou de soin de télésanté (conception, déploiement, évaluation) - choisir les outils de télésanté adaptés à sa pratique et selon les préférences des patients et des usagers - informer et accompagner au mieux le patient et ses aidants 	
Total des heures			28
Nombre de crédits ECTS alloués			2

ANNEXE II : Grille entretien DS

Déterminer la connaissance et l'importance accordée au projet de soins	Q1 : Pouvez-vous décrire le projet de soins de votre établissement, ses objectifs et ses grandes orientations ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle importance accordez-vous au projet de soins dans votre rôle de DS ? - Comment le projet de soins influence-t-il votre travail au quotidien ? - Avez-vous élaboré le projet de soins ou l'avez-vous pris en cours de route ?
Identifier l'implication dans le pilotage du projet de soins	Q2 : Comment pilotez-vous le projet de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> - Comment assurez-vous la coordination et la déclinaison des actions du projet de soins avec les CS et CSS ? - Quelles sont leurs attentes selon vous ? - Avez-vous confié le pilotage de certains axes ou objectifs ? Si oui, comment le choix s'est-il opéré ? - Comment organisez-vous le reporting ? - Comment évaluez-vous le projet de soins ? - Rencontrez-vous des difficultés dans le pilotage ? - Comment s'organise la gestion de projet au niveau institutionnel ?
Evaluer les compétences numériques	Q3 : Comment définiriez-vous la notion de compétences numériques ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles catégories de compétences ?
	Q4 : Comment avez-vous acquis ces compétences ?	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale, continue, auto-apprentissage... - Comment évaluez-vous votre niveau de compétence dans l'utilisation des outils numériques ?
	Q5 : Quels sont les principaux défis liés à l'acquisition de compétences numériques dans votre poste ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quels domaines ces compétences sont-elles le plus utiles ?
Explorer les modalités d'utilisation des outils numériques	Q6 : Quels outils numériques spécifiques utilisez-vous pour le pilotage du projet de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour quelles tâches utilisez-vous principalement ces outils (planification, communication, coordination, évaluation...) ? - Rencontrez-vous des difficultés dans leur utilisation ? - Quels sont les avantages et les inconvénients de ces outils ? - Quels sont les freins à l'utilisation de ces outils ?
	Q7 : Ces outils affectent-ils les modalités de collaboration avec les équipes d'encadrement ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quels bénéfices / limites de ces outils ? - Quelles difficultés ? Comment les surmonter ? - Avez-vous des suggestions ou des remarques en lien avec l'utilisation des outils numériques dans la gestion de projet ?

ANNEXE III : Grille entretien CS/CSS

Déterminer la connaissance et l'importance accordée au projet de soins	Q1 : Pouvez-vous décrire le projet de soins de votre établissement, ses objectifs et ses grandes orientations ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle importance accordez-vous au projet de soins dans votre pratique quotidienne ? - Comment le projet de soins influence-t-il votre travail au quotidien ? - Pouvez-vous donner des exemples concrets ?
Identifier l'implication dans la mise en œuvre du projet de soins	Q2 : Comment contribuez-vous au projet de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous été impliqué(e) dans la conception, la déclinaison ou l'évaluation du projet de soins ? - Si oui, comment ? - Participez-vous au reporting ? Quel intérêt ? Quelles difficultés ? - Comment aimeriez-vous être associé(e) à ces différentes étapes du projet de soins ? - Quelles améliorations suggèreriez-vous ?
Evaluer les compétences numériques	Q3 : Comment définiriez-vous la notion de compétences numériques ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles catégories de compétences ?
	Q4 : Comment avez-vous acquis ces compétences ?	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale, continue, auto-apprentissage... - Comment évaluez-vous votre niveau de compétence dans l'utilisation des outils numériques ?
	Q5 : Quels sont les principaux défis liés à l'acquisition de compétences numériques dans votre poste ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dans quels domaines ces compétences sont-elles le plus utiles ?
Explorer les modalités d'utilisation des outils numériques	Q6 : Quels outils numériques spécifiques utilisez-vous dans le cadre de la gestion du projet de soins ? (ou à défaut d'un autre projet)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour quelles tâches utilisez-vous principalement ces outils (planification, communication, reporting, évaluation...) ? - Rencontrez-vous des difficultés dans leur utilisation ? - Quels sont les avantages et les inconvénients de ces outils ? - Quels sont les freins à l'utilisation de ces outils ?
	Q7 : Ces outils affectent-ils les modalités de collaboration avec vos collègues ? Avec le DS ?	<ul style="list-style-type: none"> - Quels bénéfices / limites de ces outils ? - Quelles difficultés ? Comment les surmonter ? - Avez-vous des suggestions ou des remarques en lien avec l'utilisation des outils numériques dans la gestion de projet ?

Synthèse des réponses au questionnaire

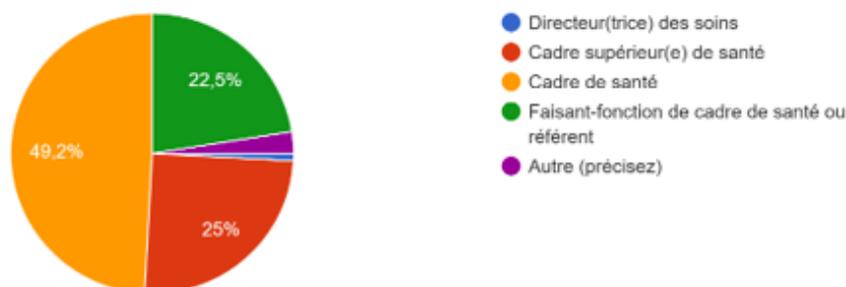
1 INFORMATIONS GENERALES

Poste occupé :

- Directeur(trice) des soins
- Cadre supérieur(e) de santé ou équivalent
- Cadre de santé
- Faisant-fonction de cadre de santé (FFCS) ou référent
- Autre (précisez)

Poste occupé :

120 réponses

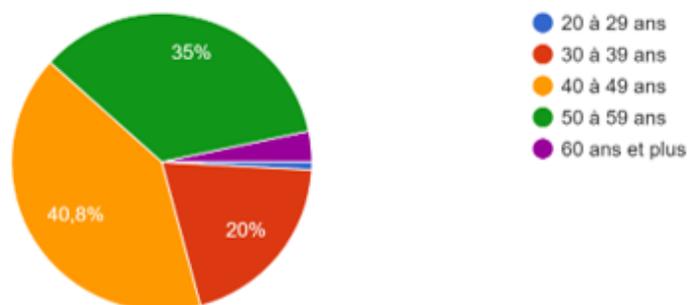


Age :

- 20 à 29ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans et plus

Age :

120 réponses

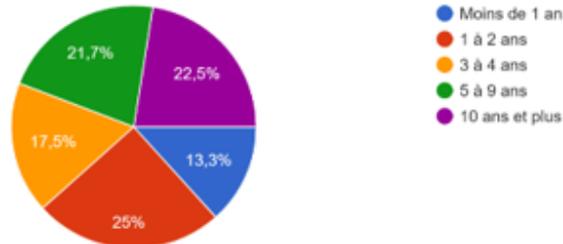


Ancienneté dans le poste :

- Moins de 1 an
- 1 à 2 ans
- 3 à 4 ans
- 5 de 9 ans
- 10 ans et plus

Ancienneté dans le poste :

120 réponses

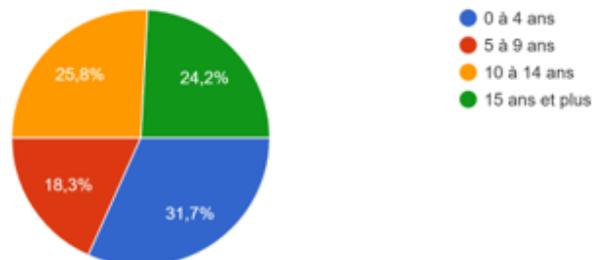


Ancienneté dans les fonctions managériales :

- 0 à 4 ans
- 5 à 9 ans
- 10 à 14 ans
- 15 ans et plus

Ancienneté dans des fonctions managériales :

120 réponses



2 AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES NUMERIQUES

Échelle d'évaluation des compétences :

1. **Novice** : Connaissances théoriques de base sans expérience pratique
2. **Débutant** : Expérience limitée et supervision nécessaire
3. **Compétent** : Capable d'effectuer des tâches de manière autonome
4. **Avancé** : Compréhension approfondie et capacité à gérer des situations imprévues, complexes ou avancées
5. **Expert** : Maîtrise complète et capacité à innover

Échelle de fréquence de mobilisation :

1. **Jamais** : Vous ne mobilisez jamais cette compétence dans votre travail
2. **Occasionnellement** : Vous mobilisez cette compétence plusieurs fois par an, mais moins fréquemment que chaque mois
3. **Régulièrement** : Vous mobilisez cette compétence plusieurs fois par mois, mais pas forcément chaque semaine
4. **Fréquemment** : Vous mobilisez cette compétence plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours
5. **Très fréquemment** : Vous mobilisez cette compétence quotidiennement ou presque chaque jour dans votre travail.

Compétences sélectionnées :

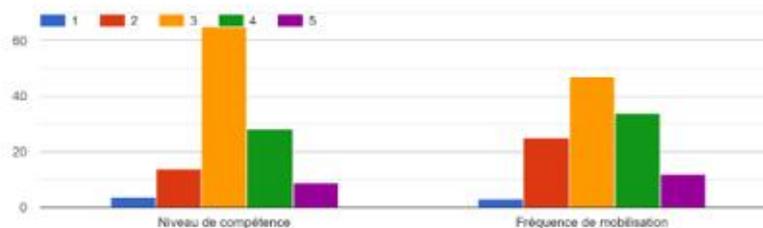
CATEGORIES	COMPETENCES	EXEMPLES
INFORMATIONS ET GESTION DES DONNEES	C1 Mener une recherche et une veille d'information	Utiliser des moteurs de recherche, suivre des flux RSS, consulter des bases de données en ligne...
	C2 Gérer des données	Organiser des fichiers, utiliser des feuilles de calcul pour stocker des informations, créer des bases de données simples...
	C3 Traiter des données	Utiliser des fonctions de base dans Excel pour analyser des données, créer des graphiques et des tableaux croisés dynamiques...
COMMUNICATION ET COLLABORATION	C4 Interagir via des outils numériques	Envoyer des e-mails, participer à des réunions en ligne, utiliser des chats professionnels (ex : Outlook, Teams) ...
	C5 Partager et publier des informations	Utiliser des plateformes pour partager des documents (ex : SharePoint), publier des informations sur des réseaux internes...
	C6 Collaborer en ligne	Co-éditer des documents en temps réel (ex : SharePoint, Google Docs), gérer des projets collaboratifs via des outils numériques...
	C7 S'insérer dans le monde numérique	Utiliser les réseaux sociaux professionnels, participer à des forums de discussion en ligne, maintenir un profil LinkedIn...
CREATION DE CONTENUS	C8 Développer des documents textuels	Ex : Word : Rédiger des rapports, créer des lettres, utiliser des styles et des formats...
	C9 Développer des documents multimédias	Ex : PPT : Créer des présentations, intégrer des images et des vidéos dans des documents...
	C10 Adapter les documents à leur finalité	Modifier des documents pour différents publics, ajuster le format pour l'impression ou la publication en ligne...
	C11 Programmer ou utiliser des formules avancées	Ex : Excel : Utiliser des macros, des formules complexes, ou des scripts pour automatiser des tâches...
	C12 Utiliser des outils d'IA générative	Ex : ChatGPT : Générer des textes, des images ou des idées pour des projets...

2.1 INFORMATIONS ET GESTION DES DONNEES

C1 Mener une recherche et une veille d'information

Par exemple : Utiliser des moteurs de recherche, suivre des flux RSS, consulter des bases de données en ligne...

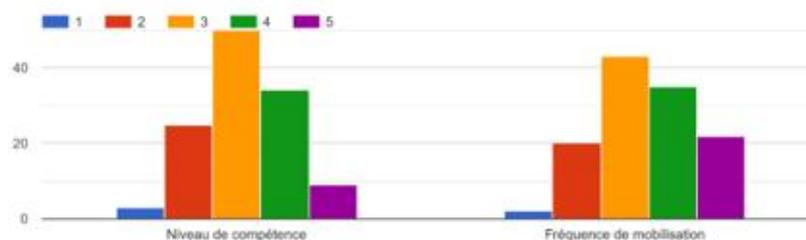
C1 Mener une recherche et une veille d'information



C2 Gérer des données

Par exemple : Organiser des fichiers, utiliser des feuilles de calcul pour stocker des informations, créer des bases de données simples...

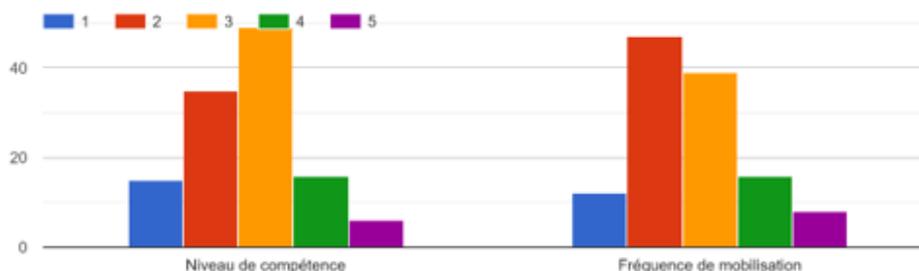
C2 Gérer des données



C3 Traiter des données

Par exemple : Utiliser des fonctions de base dans Excel pour analyser des données, créer des graphiques et des tableaux croisés dynamiques...

C3 Traiter des données

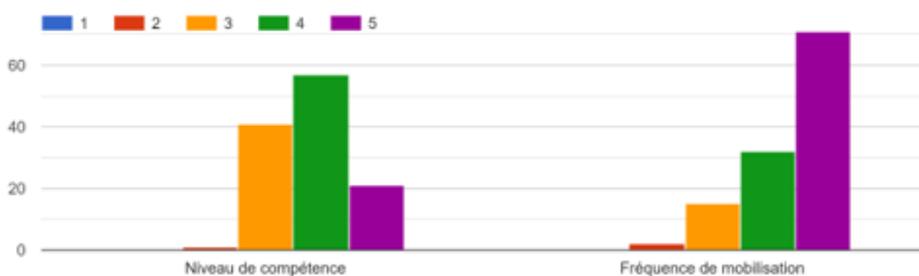


2.2 COMMUNICATION ET COLLABORATION

C4 Interagir via des outils numériques

Par exemple : Envoyer des e-mails, participer à des réunions en ligne, utiliser des chats professionnels (ex : Outlook, Teams) ...

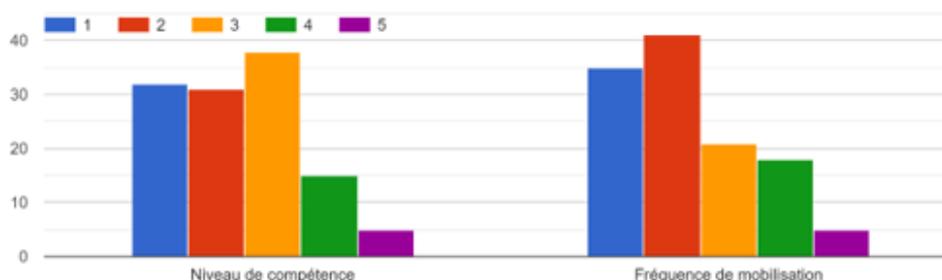
C4 Interagir via des outils numériques



C5 Partager et publier des informations

Par exemple : Utiliser des plateformes pour partager des documents (ex : SharePoint), publier des informations sur des réseaux internes...

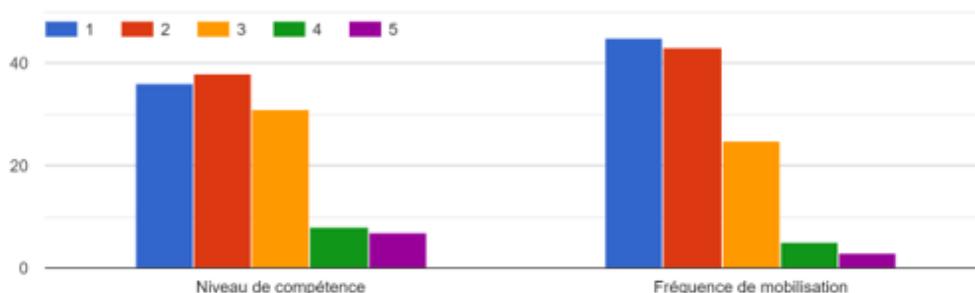
C5 Partager et publier des informations



C6 Collaborer en ligne

Par exemple : Co-éditer des documents en temps réel (ex : SharePoint, Google Docs), gérer des projets collaboratifs via des outils numériques...

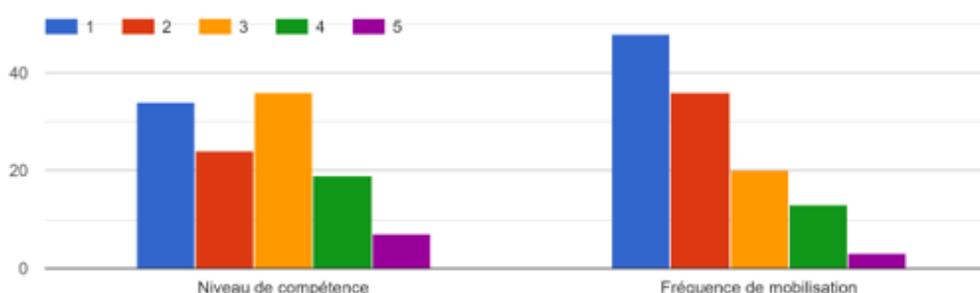
C6 Collaborer en ligne



C7 S'insérer dans le monde numérique

Par exemple : Utiliser les réseaux sociaux professionnels, participer à des forums de discussion en ligne, maintenir un profil LinkedIn...

C7 S'insérer dans le monde numérique

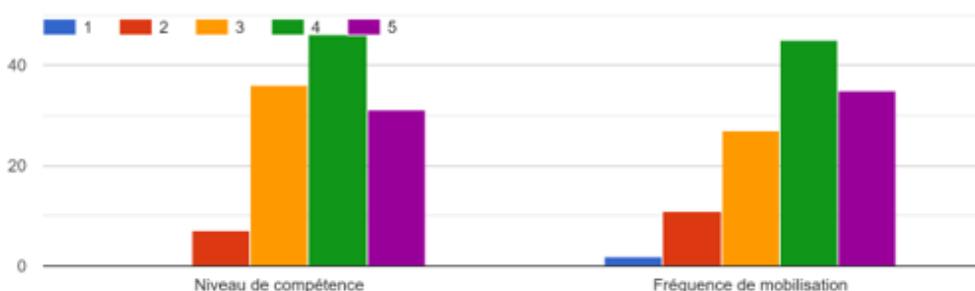


2.3 CREATION DE CONTENUS

C8 Développer des documents textuels (ex : Word)

Par exemple : Rédiger des rapports, créer des lettres, utiliser des styles et des formats...

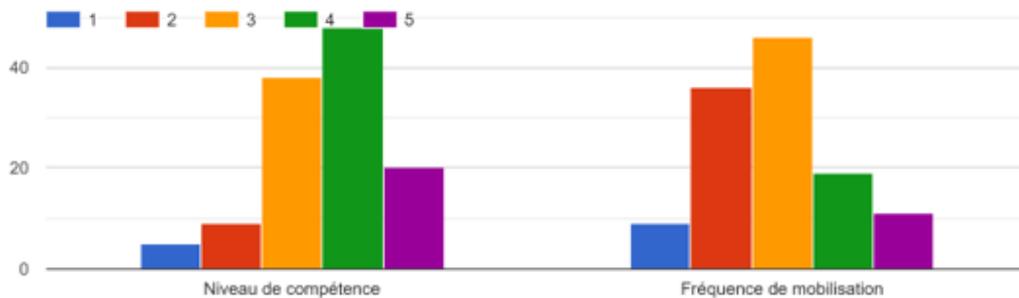
C8 Développer des documents textuels (ex : Word)



C9 Développer des documents multimédias (ex : PowerPoint)

Par exemple : Créer des présentations, intégrer des images et des vidéos dans des documents...

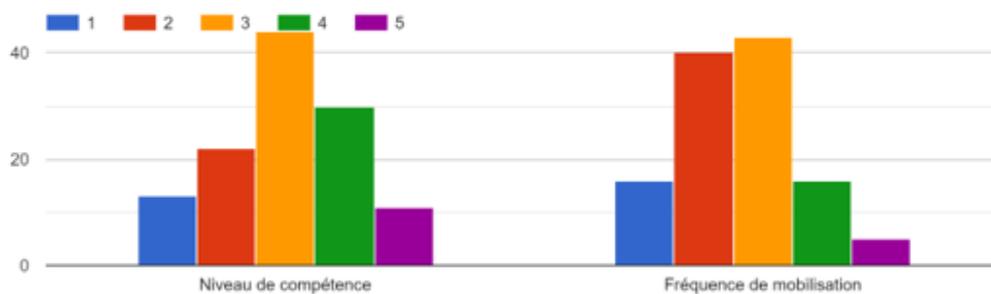
C9 Développer des documents multimédias (ex : PowerPoint)



C10 Adapter les documents à leur finalité

Par exemple : Modifier des documents pour différents publics, ajuster le format pour l'impression ou la publication en ligne...

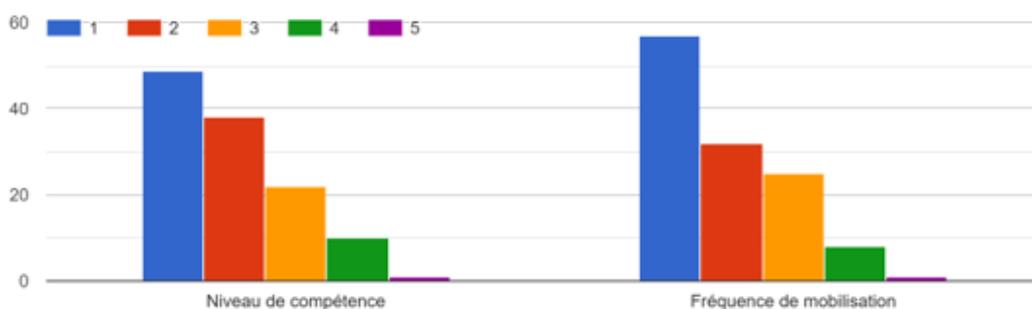
C10 Adapter les documents à leur finalité



C11 Programmer ou utiliser des formules avancées (ex : Excel)

Par exemple : Utiliser des macros, des formules complexes, ou des scripts pour automatiser des tâches...

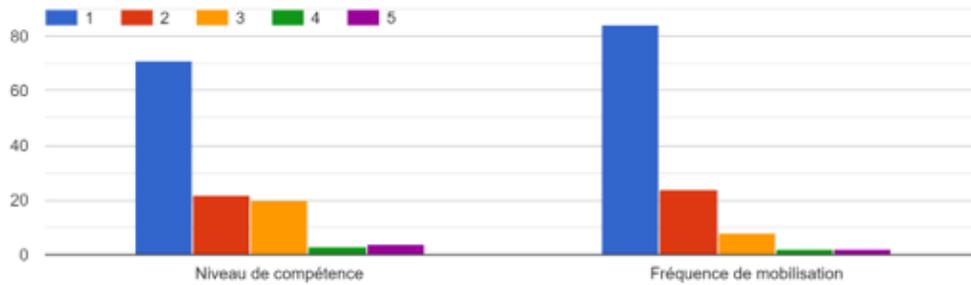
C11 Programmer ou utiliser des formules avancées (ex : Excel)



C12 Utiliser des outils d'IA générative (ex : ChatGPT, DALL-E)

Par exemple : Générer des textes, des images ou des idées pour des projets...

C12 Utiliser des outils d'IA générative (ex : ChatGPT, DALL-E)



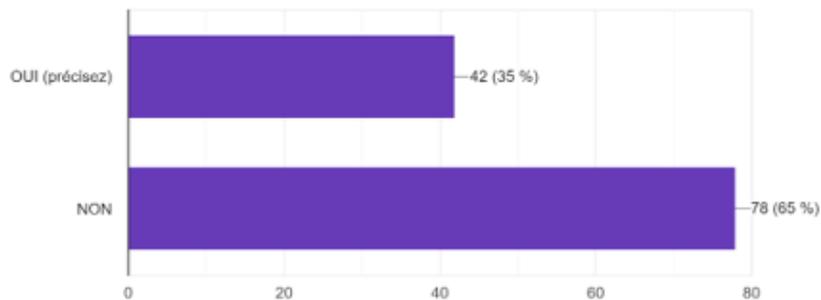
3 FORMATION ET ACQUISITION DES COMPETENCES NUMERIQUES

13. Avez-vous bénéficié de formation(s) visant le développement de vos compétences numériques durant vos formations initiales (IFCS, Master, EHESP...)?

- OUI
 NON

13. Avez-vous bénéficié de formation(s) visant le développement de vos compétences numériques durant vos FORMATIONS INITIALES (IFCS, Master, EHESP...)?

120 réponses



Précisions :

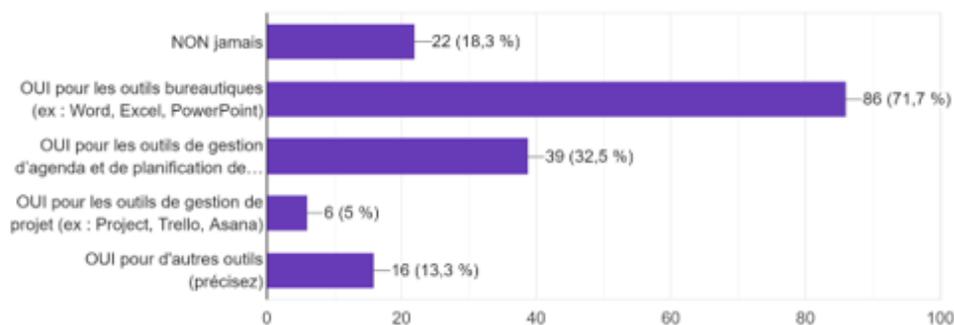
- Formation à l'IFCS pour 14 personnes
- 1 personne précise que la formation aux outils numérique à l'IFCS n'a duré qu'une ½ journée
- Formation en Master pour 7 personnes
- 15 personnes précisent que la formation était centrée sur la suite Office® (Word®, Excel®, Powerpoint®)
- 2 personnes formées à Outlook®
- 1 personne formée à MS Project® (logiciel de gestion de projet)

14. Avez-vous bénéficié de formation(s) à l'utilisation d'outils numériques dans le cadre de la formation continue ?

- NON jamais
- OUI pour les outils bureautiques (ex : Word®, Excel®, PowerPoint®)
- OUI pour les outils de gestion d'agenda et de planification des tâches (ex : Outlook®, To Do®)
- OUI pour les outils de gestion de projet (ex : Project®, Trello®, Asana®)
- OUI pour d'autres outils : [précisez]

14. Avez-vous bénéficié de formation(s) à l'utilisation d'outils numériques dans le cadre de la FORMATION CONTINUE ?

120 réponses



Précisions :

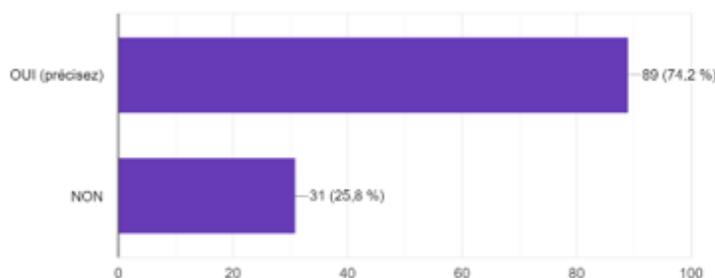
- Teams® : 2
- Canva®, Wooclap®, Klaxoon® : 1
- Ariane® : 2
- Project® (logiciel de gestion de projet) : 1
- Divers logiciels métier (Octime®, GeoSoin®, DPI 4D®, GestForm®...) : 6
- Outil de gestion documentaire : 1

15. Avez-vous exploité l'auto-apprentissage pour développer vos compétences numériques ?

- OUI
- NON

15. Avez-vous exploité l'AUTO-APPRENTISSAGE pour développer vos compétences numériques ?

120 réponses



Précisions :

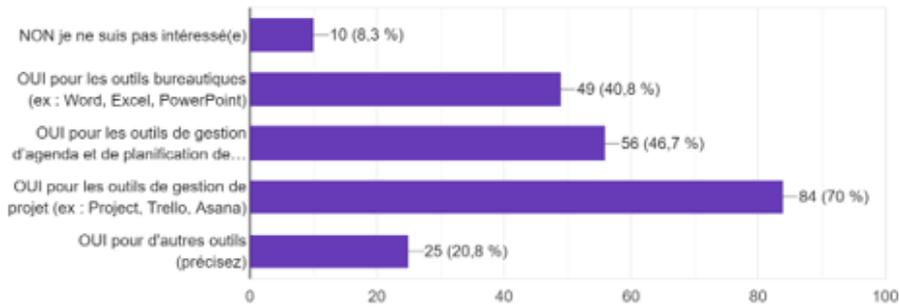
- Via des recherches en ligne (tutoriels, forums, blogs...) : 28
- Via du compagnonnage avec des collègues : 16
- Via la famille : 3
- Via l'onglet "Aide" des logiciels : 3
- Sur l'IA : 3
- Sur les outils Office® : 8

16. Seriez-vous intéressé(e) par une formation en lien avec le développement des compétences numériques ?

- NON je ne suis pas intéressé(e)
- OUI pour les outils bureautiques (ex : Word, Excel, PowerPoint)
- OUI pour les outils de gestion d'agenda et de planification des tâches (ex : Outlook, To Do)
- OUI pour les outils de gestion de projet (ex : Project, Trello, Asana)
- OUI pour d'autres outils (précisez)

16. Seriez vous intéressé(e) par une FORMATION en lien avec le développement des compétences numériques ?

120 réponses



Précisions :

- IA : 5
- Teams® : 5
- Planification de tâches : 2
- Outils de communication : 2
- Besoin d'un développement continu : 2
- Création d'outils personnels : 3
- Formation ciblée : 1
- Valorisation et partage des outils créés par les cadres : 1

4 TRAVAIL COLLABORATIF ET GESTION DE PROJET

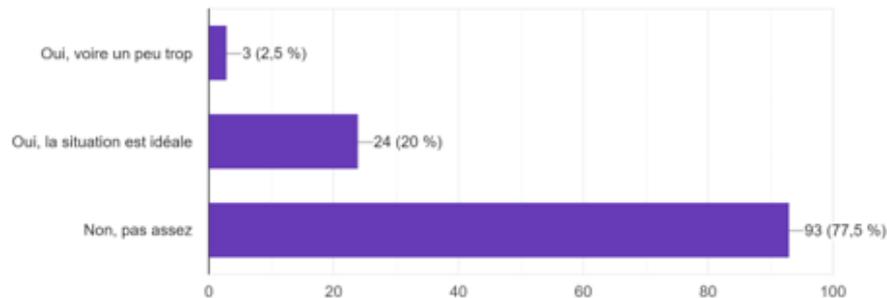
17. A vos yeux, les équipes d'encadrement et de direction travaillent elles de façon suffisamment collaborative en matière de gestion de projet ?

[Choix unique]

- Oui, voire un peu trop
- Oui, la situation est idéale
- Non, pas assez

17. A vos yeux, les équipes d'encadrement et de direction travaillent elles de façon suffisamment collaborative en matière de gestion de projet ?

120 réponses



Précisions :

- Manque d'**implication des CS** dans la GDP (plutôt CSS) : 8
- Manque de **communication** (projets subis car découverts au moment de la mise en œuvre) : 5
- Manque de **lien** entre encadrement et direction dans la GDP : 3
- Manque d'**utilisation** d'outils numériques : 3
- Manque de **transversalité** : 3
- Manque de **coordination** : 2
- Manque de **cohérence** (vision / objectifs) : 2
- Manque d'**autonomie** de l'encadrement dans la GDP : 2
- Manque de **cohésion** : 1
- Manque de **visualisation** globale : 1
- Manque d'**interactions** : 1
- Manque de **diversité** dans les GDT (toujours les mêmes) : 1

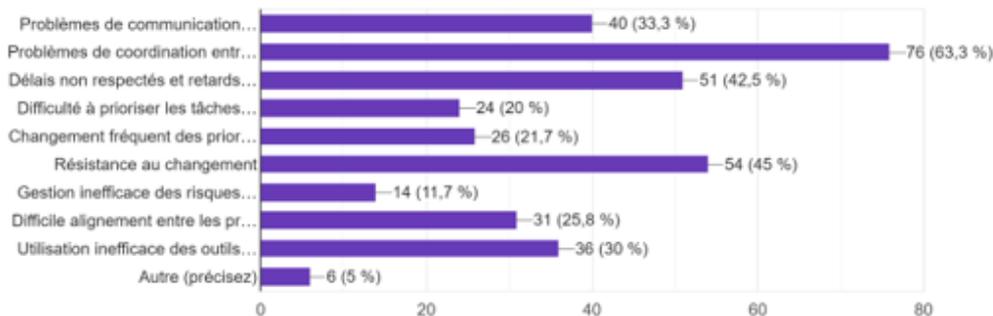
18. Quelles sont les principales DIFFICULTES que vous rencontrez en matière de gestion de projets ?

[Choix multiples]

- Problèmes de **communication** entre les membres de l'équipe
- Problèmes de **coordination** entre les différents services/projets
- Délais** non respectés et retards accumulés
- Difficulté à **prioriser** les tâches et les objectifs
- Changement** fréquent des priorités ou des objectifs de projet
- Résistance** au changement
- Gestion inefficace des **risques** et des **imprévus**
- Difficile **alignement** entre les projets et les objectifs stratégiques
- Utilisation** inefficace des outils de gestion de projet
- Autre : [Précisez]

18. Quelles sont les principales DIFFICULTES que vous rencontrez en matière de GESTION DE PROJET ?

120 réponses

**Précisions :**

- Manque d'**implication collective** dans la GDP : 1
- Manque de temps : 1111
- Problème de reports importants : 1
- Manque de clarté : 1
- Difficulté de priorisation des projets : 1
- Manque de formation aux outils de GDP : 1
- Toujours dans l'urgence : 1
- Manque de communication : 1
- Ouvrir l'outil de GDP aux CS et élargir son utilisation : 1
- *Manque un plan annuel, un fil rouge auquel pourrait se raccrocher les projets et éviter de se disperser*
- Gestion de mail chronophage : 1

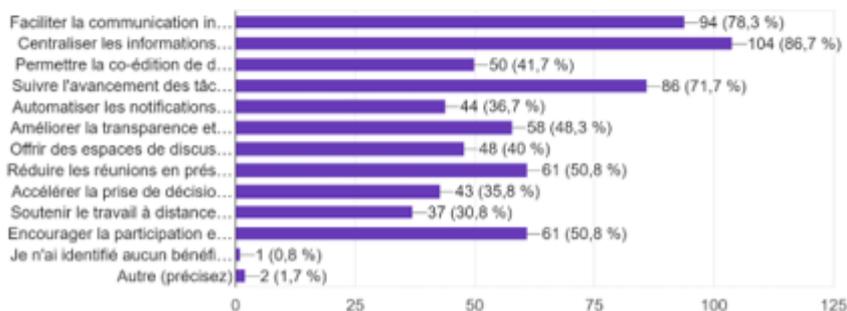
19. Selon vous, quels sont les principaux BENEFICES des outils numériques en matière de collaboration dans la gestion de projet ?

[Choix multiples]

- Faciliter la **communication** instantanée entre les membres participant au projet
- Centraliser** les informations et les documents de projet
- Permettre la **co-édition** de documents en temps réel
- Suivre** l'avancement des tâches et des projets et faciliter le **reporting**
- Automatiser les **notifications** et les rappels
- Améliorer la **transparence** et la **visibilité** sur les responsabilités de chacun
- Offrir des espaces de **discussion** et de **brainstorming** en ligne
- Réduire les réunions en présentiel grâce aux **visioconférences**
- Accélérer la prise de **décision** grâce à l'accès rapide aux données
- Soutenir le **travail à distance** et la flexibilité des horaires
- Encourager la **participation** et l'**engagement** de tous les membres de l'équipe
- Je n'ai identifié **aucun bénéfice** en matière de collaboration
- Autre : [Précisez]

19. Selon vous, quels sont les principaux BENEFICES des OUTILS NUMERIQUES en matière de collaboration dans la gestion de projet ?

120 réponses



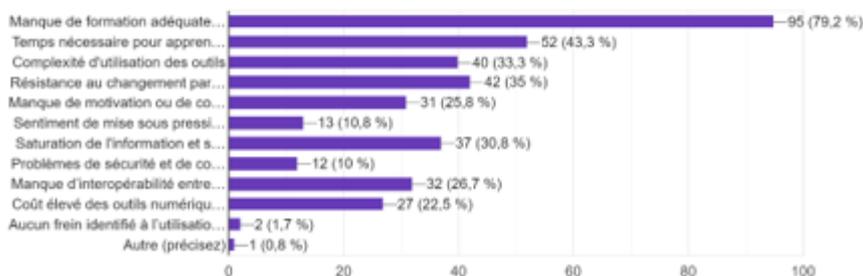
20. Selon vous, quels sont les principaux FREINS à l'utilisation des outils numériques dans la gestion de projet ?

[Choix multiples]

- Manque de **formation** adéquate sur les outils numériques
- Temps** nécessaire pour apprendre et maîtriser les nouveaux outils
- Complexité** d'utilisation des outils
- Résistance** au changement parmi les membres de l'équipe
- Manque de **motivation** ou de compréhension des bénéfices
- Sentiment de mise sous pression et de **contrôle**
- Saturation** de l'information et surcharge de notifications
- Problèmes de **sécurité** et de confidentialité des données
- Manque d'**interopérabilité** entre les différents outils et systèmes
- Coût** élevé des outils numériques et des licences
- Aucun frein** identifié à l'utilisation des outils numériques
- Autre / remarques : [Précisez]

20. Selon vous, quels sont les principaux FREINS à l'utilisation des OUTILS NUMERIQUES dans la gestion de projet ?

120 réponses



Précisions :

- Importance du maintien de réunions en présentiel : 4
- Manque d'implication de certains (« cachés » derrière leur écran) : 1
- Manque d'interopérabilité des outils : 1
- Manque d'exploitation des outils (agendas partagés, planification de réunion dans Teams...) : 1

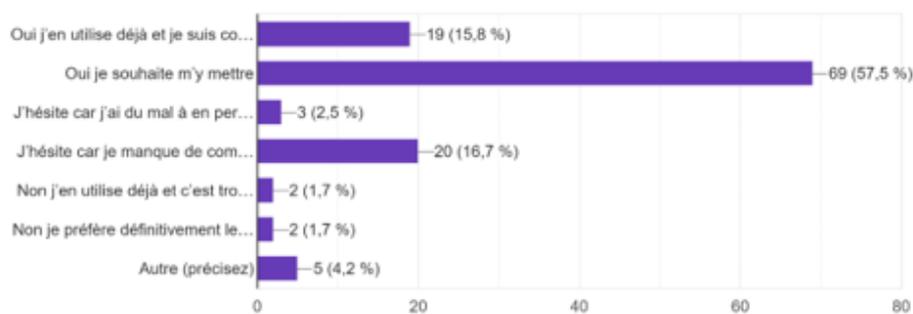
21. Seriez-vous favorable à l'utilisation d'un outil numérique collaboratif de gestion de projet ?

[Choix unique]

- Oui j'en utilise déjà et je suis convaincu de leur intérêt
- Oui je souhaite m'y mettre
- J'hésite car j'ai du mal à en percevoir l'intérêt
- J'hésite car je manque de compétences
- Non j'en utilise déjà et c'est trop contraignant
- Non je préfère définitivement le papier et les échanges verbaux
- Autre : [Précisez]

21. Seriez vous FAVORABLE à l'utilisation d'un Outils Numériques Collaboratif de gestion de projet ?

120 réponses

**Précisions :**

- Besoin de formation : IIII
- Besoin de temps dédié : I
- Besoin de règles d'utilisation des outils : I
- Besoin d'adhésion : I
- Mettre à disposition l'outil pour tous (CS et CSS) : I
- Un même outil pour tous : II
- Articulation avec des réunions en présentiel : III
- Motivant : II
- Permet de structurer le projet : I

22. Avez-vous des suggestions ou des remarques complémentaires à apporter ?

[Texte libre]

Précisions :

- Retard des hôpitaux en matière d'utilisation des outils numériques de GDP : I
- Manque d'outils mobiles pour les cadres (PC portable, smartphone) : II
- Charte de bonne conduite pour les visioconférences : I
- Rendre les formations aux outils numériques obligatoires : I
- Problème de la disparité des compétences entre cadres : I
- Manque de valorisation des compétences individuelles : II

WYMANN

Alexis

Décembre 2024

Directeur des Soins
Promotion Théo Curin 2024

**L'usage du numérique au service du pilotage du projet de soins :
entre contraintes et opportunités**

Résumé :

Dans un secteur hospitalier en mutation permanente, où la gestion de projet devient de plus en plus exigeante et centrale, le numérique s'impose comme un levier stratégique incontournable.

Ce mémoire s'intéresse particulièrement à l'intégration des outils numériques dans le pilotage du Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et aux défis que cette transformation engendre. A partir d'une enquête menée auprès de directeurs des soins et de cadres hospitaliers, il explore les freins et leviers de cette transition numérique, en s'appuyant sur trois hypothèses autour du développement des compétences numériques, de l'adoption d'outils adaptés au contexte hospitalier et de l'implication des cadres dans une co-construction stratégique.

Au-delà de l'aspect technologique, ce travail met en avant l'importance d'un accompagnement humain et d'une formation continue pour faciliter l'appropriation des outils numériques et renforcer la dynamique collaborative. Enfin, il formule des préconisations concrètes et structurées pour une transformation numérique progressive, alliant stratégie institutionnelle, management et innovation technologique, au service des établissements hospitaliers.

Mots clés : Transformation numérique - Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques - Directeur des soins - Management hospitalier - Compétences numériques - Gestion de projet hospitalier - Collaboration numérique - Stratégie numérique hospitalière - Outils numériques - Innovation numérique

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