



HAL
open science

Éléments constitutifs, genèse, barrières et leviers de l'innovation organisationnelle en santé (IOS) : les enseignements de l'article 51

Sabrina Grandclaude

► **To cite this version:**

Sabrina Grandclaude. Éléments constitutifs, genèse, barrières et leviers de l'innovation organisationnelle en santé (IOS) : les enseignements de l'article 51. Gestion et management. Université de Strasbourg, 2024. Français. NNT : 2024STRAB002 . tel-04641753

HAL Id: tel-04641753

<https://theses.hal.science/tel-04641753v1>

Submitted on 9 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE : Augustin Cournot (ED 221)

UR 7308

THÈSE présentée par :

Sabrina Grandclaude

soutenue le : 10 janvier 2024

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sciences de gestion

TITRE de la thèse

**Éléments constitutifs, Genèse, Barrières et Leviers
de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) :
Les enseignements de l'Article 51**

THÈSE dirigée par :

Monsieur NOBRE Thierry

Professeur des Universités, université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Madame BERTEZENE Sandra
Arts et Métiers

Professeur des Universités, Conservatoire National des

Monsieur BARET Christophe

Professeur des Universités, université d'Aix-Marseille

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Madame GEORGESCU Irène

Professeur des Universités, université de Montpellier

Monsieur HUSSON Julien

Professeur des Universités, université de Lorraine

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pu être menée sans l'accompagnement et le soutien de mon directeur de thèse, le professeur Thierry Nobre. Je tiens à lui exprimer ma plus grande gratitude pour avoir guidé ma démarche dans la confiance, la bienveillance, l'engagement et le conseil pendant toutes ces années. Je le remercie de m'avoir laissé cette chance de pouvoir réaliser cette recherche et de m'avoir guidée vers un domaine aussi passionnant que le management des organisations de santé.

J'adresse également mes remerciements les plus sincères à l'ensemble des membres du jury pour le temps et l'attention qu'ils consacrent à l'étude de cette thèse. Les professeurs rapporteurs, Madame Sandra Bertezene et Monsieur Christophe Baret, ainsi que les professeurs suffragants, Madame Irène Georgescu et Monsieur Julien Husson, me font l'honneur de bien vouloir composer ce jury. Je leur exprime mon plus profond respect.

Le terrain de recherche a débuté au sein de l'hôpital de Lunéville, dans le service pharmacie, dirigé par Edith Dufay. Je tiens à la remercier pour m'avoir ouvert ses portes tous les mercredis afin de partager avec moi les contours de son expérimentation. Cette première approche m'a permis de pouvoir comprendre le mode de fonctionnement de l'article 51 et d'entrevoir les barrières et les leviers qu'elle a rencontrés dans la phase de décision. La démarche m'a également permis de formuler les différentes questions posées au sein de cette recherche.

L'étude n'aurait pu être menée sans la volonté des acteurs à échanger, à exprimer leur vécu lors de nos entretiens. Ils ont partagé avec moi leurs aventures. Je tiens à les remercier particulièrement pour le temps alloué. J'ai parfaitement conscience que ces acteurs, pour la plupart professionnels de santé, sont contraints par le temps nécessaire à l'exercice de leur profession. J'ai été particulièrement touchée par leur engagement, au quotidien, pour faire vivre et mettre en œuvre des expérimentations qui contribuent à améliorer l'accès et l'organisation des soins.

La recherche n'aurait pu être conduite sans le précieux soutien de l'Ecole de Management de Strasbourg. Plus généralement, mes remerciements vont à l'ensemble des équipes pédagogiques et administratives de l'école, qui contribuent à générer un contexte favorable et dynamique pour la recherche.

L'appartenance au laboratoire HuManiS ayant constitué un soutien social, moral et logistique, je tiens à remercier ses équipes. Je tiens à remercier tous les membres du laboratoire, qui par leurs présentations, remarques et suggestions, contribuent à développer une ambiance harmonieuse pour mener à bien un travail de recherche.

La recherche n'aurait pu être conduite sans le support de personnes extérieures à l'école. Je tiens à remercier toute l'équipe enseignante du second degré, l'équipe de BTS du lycée Frédéric Chopin. Elle a su m'accueillir et m'intégrer. Je suis heureuse d'évoluer auprès d'eux depuis plusieurs années. Merci pour cet accueil et pour la bonne humeur qui règne au sein de notre lycée. Un remerciement en particulier pour Emmanuelle, Cathy et Marie-Jeanne, qui ont eu la gentillesse de vérifier l'orthographe, la grammaire et la syntaxe de certains chapitres.

Je tiens à remercier mes amis, Cathy et Christophe, pour leur soutien et leur fidèle amitié.

Une petite pensée à Havane, ma « petite boule de poils tachetée », mon dalmatien, qui est restée fidèle, toutes ces longues heures, à attendre sous mon bureau pendant ce travail.

Enfin, je tiens à remercier Didier, mon époux, qui est mon socle, ma famille et mon amour.

Sommaire

Remerciements	5
Sommaire	7
Introduction générale	9
Chapitre 1 : Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé	35
Chapitre 2 : Cadre épistémologique de la recherche	119
Chapitre 3 : MEDISIS, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51	177
Chapitre 4 : Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) expérimentées dans le cadre de l'article 51	213
Chapitre 5 : Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé	273
Chapitre 6 : Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS)	309
Chapitre 7 : Redéfinir l'accès aux soins par la télésanté : les enseignements des IOS de l'article 51	373
Chapitre 8 : Développer et encourager l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : vers un entrepreneuriat médical ?	407
Conclusion Générale	445
Références Bibliographiques	467
Liste des sigles et des acronymes	497
Liste des tableaux	499
Liste des figures	503
Liste des encadrés	505
Table des matières	507

Introduction générale

Introduction

Le système de santé français dans son ensemble et les organisations de santé en particulier font face à de nombreux défis en raison des transitions démographiques, épidémiologiques et sociales. Ces évolutions se traduisent concrètement par une chronicisation des maladies, un vieillissement de la population, des inégalités sociales, territoriales, et des exigences croissantes des usagers, qui aspirent à des prises en charge globales et individualisées (Stratégie Nationale de Santé 2018-2022¹ ; Ma Santé 2022²).

Pour faire face à ces enjeux, il est impératif de transformer les organisations de santé et, dans cette perspective, un maître mot semble être l'Innovation Organisationnelle (IO) (Rapport FHF 2018³ ; Rapport Aubert 2019⁴ ; Ma Santé 2022). La crise de la Covid 19 a d'ailleurs été particulièrement révélatrice de ce besoin de transformation des organisations de santé par l'innovation, ce qui est souligné dans plusieurs travaux récents (Nobre, 2020 ; Woolliscroft, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021).

Dans l'optique d'accélérer le développement des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS), les pouvoirs publics se sont dotés, depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018, d'un outil catalyseur de l'Innovation Organisationnelle en Santé, nommé article 51.

Dans ses finalités, ce dispositif est singulièrement ambitieux puisqu'il s'agit de répondre, pour le moins partiellement, aux défis énoncés du système de santé. L'objectif de l'article 51 est ainsi de promouvoir des innovations organisationnelles qui contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Dans ses modalités, ce dispositif présente également plusieurs originalités. Toute personne morale — organisation de santé, cabinet libéral, Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), établissement médico-social, association, entreprise privée... — peut déposer un projet innovant, dont les critères d'éligibilité sont les suivants : faisabilité, reproductibilité, caractère innovant et efficience. Comme le souligne un premier bilan de l'article 51 dressé fin 2018 sur ce qu'est un projet de l'article 51 : un

¹ <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf

³ https://www.maisondeskines.com/upload/ressources/ka/pdf/rapport_fhf_mars_2018.pdf

⁴ <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-reforme-des-modes-de-financement-et-de-regulation>

projet qui a besoin d'une dérogation aux règles actuelles de financement ou à certaines règles d'organisation, un projet à vocation de transformation organisationnelle et de reproductibilité, un projet avec une dimension collective, qui rassemble de multiples acteurs et diverses parties prenantes.

Le dispositif de l'article 51 est considéré comme une véritable opportunité pour tester de nouvelles approches organisationnelles⁵. Les Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) qui sont autorisées bénéficient effectivement de moyens concrets de mise en œuvre. Le cadre expérimental de l'article 51 est d'abord associé à la création du Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS), qui favorise l'émergence de structures et de pratiques alternatives faisant appel à des modes de financement et d'organisation inédits⁶. Autrement dit, les Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) sont financées par des moyens dédiés. Par ailleurs, non seulement ces IOS sont soutenues financièrement, mais les porteurs de projet sont également accompagnés par des référents institutionnels pour initier, puis mettre en œuvre leurs Innovations Organisationnelles en Santé (IOS).

Cette recherche prend appui sur l'observation de ce dispositif institutionnel innovant. Elle repose sur l'analyse des documents institutionnels de 96 projets d'IOS intégrés dans le dispositif de l'article 51 et sur la conduite de 52 entretiens, menés auprès des porteurs de projet de ces IOS.

Soutenu par ce matériau, ce travail doctoral a pour objectif de développer des connaissances sur les Innovations Organisationnelles en Santé (IOS). Face aux nombreux défis et aux contraintes du système de santé, améliorer cette connaissance des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) devrait permettre de développer et d'encourager leur processus de génération et d'implémentation. Outre cet enjeu managérial et sociétal majeur, cet objectif de connaissance présente plusieurs autres intérêts, notamment théoriques.

Tout d'abord, l'innovation organisationnelle est beaucoup moins étudiée que l'innovation technologique, ce qui est souligné dans de nombreux travaux de synthèse (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Armbruster *et al.*, 2008 ; Crossan et Apaydin, 2010 ; Keupp *et al.*, 2012 ;

⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/article-51-innovation-organisationnelle>

⁶ <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-pour-l-innovation-du-systeme-de-sante-fiss>

Khosravi *et al.*, 2019). Bien que la dynamique de recherche sur l'innovation organisationnelle se soit récemment accrue (Khosravi *et al.*, 2019), les recherches sur l'innovation organisationnelle dans certains contextes particuliers, notamment les organisations de santé, demeurent à approfondir (Damart, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016 ; Albert-Cromarias et Dos Santos, 2020). Par conséquent, les conférences académiques cherchent à initier et à renforcer cette dynamique de production de connaissances sur les Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) (ARAMOS 2020⁷ ; EHMA, 2020⁸ ; ICHSM 2020⁹). A ce titre, le congrès ARAMOS 2020 présentait pour thématique centrale : « *L'innovation organisationnelle et managériale en santé : Cadre théorique, analyse d'impact sur les pratiques professionnelles et l'organisation des soins* ».

Mieux connaître les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS), mieux les définir et les conceptualiser, appréhender les spécificités de ce type d'innovation constitue ainsi un enjeu majeur, qui rejoint pleinement les ambitions de cette recherche doctorale.

Ensuite, comme énoncé plus haut, cette recherche porte sur les IOS qui sont expérimentées dans le cadre de l'article 51. Or, au-delà du terrain de recherche fourni, l'article 51 constitue surtout un changement de paradigme important dans la façon d'appréhender l'innovation.

En général, les IOS sont introduites massivement et de façon descendante par les autorités de tutelles et par catalyse réglementaire (Damart, 2013 ; Nobre, 2013 ; Bloch et Hénaut, 2014). Dans ce cadre, les IOS sont développées à partir d'une ingénierie très centralisée, lourde et leur mise en œuvre repose sur une production importante de textes (législatifs, réglementaires, ordonnances etc.) (Nobre, 2020). Au contraire de cette perspective, l'article 51 constitue une approche beaucoup plus originale et spontanée, davantage centrée sur les initiatives des acteurs non institutionnels, ce qui rend cet objet particulièrement digne d'intérêt, d'autant que la démarche est très récente et ne bénéficie pas encore, à ce jour, d'un retour d'expérience précis et détaillé. Certes, des rapports au parlement sont rendus et des travaux de recherche sont produits (Dezest, 2023), mais il

⁷ <https://aramos.sciencesconf.org/>

⁸ <https://2020.ehmaconference.org/>

⁹ <http://www.ichsm.org/2020.html>

n'y a pas encore d'analyse fouillée du processus d'innovation, tel qu'il peut être initié dans le cadre de ce changement de paradigme.

Finalement, un autre intérêt de produire des connaissances sur les IOS se situe dans le paradoxe observé entre leurs enjeux, qui sont cruciaux, et leurs difficultés de mise en œuvre, qui demeurent importantes.

Malgré l'intérêt des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS), peu d'entre elles parviennent à une mise en échelle et il en résulte une déperdition considérable de ressources et un éparpillement d'innovations sans lendemain (Stevens *et al.*, 2022 ; Grenier et Oiry, 2021). Lorsqu'un intérêt est porté sur les raisons pour lesquelles une innovation organisationnelle est adoptée ou non, la littérature sur les barrières et les leviers de l'innovation organisationnelle permet d'identifier quels éléments empêchent le processus. Sur le plan particulier des organisations de santé, il convient de souligner que ce contexte est souvent décrit comme une bureaucratie professionnelle, hermétique au changement, et par conséquent, à l'introduction des innovations (Mintzberg, 2004 ; Nobre, 1999 ; Milella *et al.*, 2021).

Pour conclure cette introduction du chapitre zéro et avant d'énumérer son plan, il convient de souligner l'intérêt du développement des connaissances sur les IOS, qui s'adresse à une pluralité d'acteurs. Pour les chercheurs en sciences de gestion, il s'agit de mieux comprendre le contenu et le processus de développement de ce type d'innovation. Pour les professionnels de santé, la connaissance des IOS peut encourager les vocations, les projets, et faciliter leur implémentation par l'appréhension de leurs composantes organisationnelles. Les décideurs publics, comme les gestionnaires d'établissements, peuvent être stimulés par la connaissance des freins aux IOS pour pouvoir mieux encourager leur développement au sein du système et des organisations de santé. Enfin, les patients peuvent, eux-mêmes, être intéressés par les connaissances développées sur les nouvelles possibilités offertes par les IOS pour améliorer leur prise en charge et leur parcours de soins.

Cette introduction générale se structure de la façon suivante. Dans une première section, la problématique, les questions de recherche et les objectifs de ce travail doctoral sont présentés (0.1.). Dans une seconde section est développé l'ancrage de la recherche, du point de vue social, théorique et disciplinaire (0.2.). Le cadre théorique est développé

ensuite, dans une troisième section, préalablement à la présentation du positionnement épistémologique et du dispositif méthodologique de la recherche (0.3. ; 0.4.). Finalement, l'architecture générale de la thèse et la façon dont s'articule ses différents chapitres constitutifs, sont présentées (0.5). Sur la forme, ce chapitre peut être considéré comme le chapitre zéro de cette thèse, ce qui explique les numérotations de section employées.

0.1. Problématique et questions de recherche

Comme indiqué dans l'introduction de ce chapitre, produire de la connaissance sur les IOS est essentiel pour répondre aux nombreux défis posés au système de santé et aux organisations de santé. En effet, l'évolution des besoins de santé, de la disponibilité des ressources, des attentes des patients et des professionnels de santé appelle, et, entraîne, le développement de nombreuses innovations (Stevens *et al.*, 2022). Pourtant, malgré cet intérêt majeur des innovations, elles peinent parfois à être générées, implémentées et à se diffuser au point qu'elles sont ralenties ou stoppées (Grenier et Oiry, 2021 ; Stevens *et al.*, 2022). Pour Stevens *et al.* (2022), cette impasse s'impose particulièrement aux innovations organisationnelles, qui sont complexes à mettre en œuvre (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Craig *et al.*, 2008 ; Dubouloz, 2014 ; Cambon *et al.*, 2019). Partant de ce double constat, un intérêt fondamental de l'innovation organisationnelle pour les populations de patients, les professionnels de santé, la société au sens large, mais qui est contraint par des difficultés de mise en œuvre, cette recherche doctorale pose la question de recherche principale suivante :

Quelles sont les conditions facilitantes de la génération et de l'adoption des IOS qui peuvent être développées pour encourager l'innovation en santé ?

Le cas de l'article 51.

En intégrant les notions de génération et d'adoption, cette recherche s'inscrit dans les perspectives théoriques qui portent sur la diffusion des innovations (Damanpour, 1991 ; Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017). Selon, ces approches, plusieurs phases ponctuent le processus d'innovation, notamment la génération, l'adoption et la diffusion. Pour Rogers (1995 : 5), la génération, l'adoption et la diffusion de l'innovation sont des concepts distincts, qui marquent les différentes séquences du processus d'innovation. La génération de l'innovation concerne sa genèse, d'où elle vient et comment cette origine influence l'adoption et la diffusion des innovations. L'adoption implique, quant à elle, la

décision d'utiliser et d'implémenter l'innovation. La diffusion est, troisièmement, le procédé par lequel une innovation est communiquée, par l'intermédiaire de certains canaux, au sein d'un système social. Dans le cadre de cette recherche, comme les innovations de l'article 51 n'en sont pas encore au stade de la diffusion puisqu'elles sont toujours en cours d'évaluation, nous nous intéresserons particulièrement aux phases de génération et d'adoption.

Cette problématique se décline en quatre questions de recherche, dont les fondements sont décrits dans les pages suivantes.

QR1 : Quelles sont les principales composantes et caractéristiques constitutives des IOS dans le cadre de l'article 51 ?

Comme le rappelle les thématiques développées dans plusieurs congrès internationaux (ARAMOS 2020 ; EHMA, 2020 ; ICHSM 2020), il est important de mieux comprendre et de mieux connaître les éléments constitutifs des IOS. Par ailleurs, une innovation répond, par principe, à un problème, un besoin, une opportunité (Schumpeter, 1934 ; Damanpour, 1991 ; Rogers, 1995 ; Dubouloz, 2014 ; Damanpour, 2017). En proposant de s'intéresser aux composantes et aux caractéristiques des IOS de l'article 51, cette recherche vise à mettre au jour les problèmes, les besoins, les opportunités, qui sont identifiés dans le contexte particulier des organisations de santé et à mieux appréhender également les solutions qui sont apportées pour répondre à ces problèmes et à ces besoins.

QR2 : Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ?

Cette seconde sous-question complète la précédente et cible la phase de génération de l'IOS. Il s'agit d'identifier, à partir des IOS de l'article 51, les phénomènes qui contribuent à la naissance des IOS. Pour les chercheurs en sciences de gestion et en innovation, le processus de génération inclut la reconnaissance des opportunités, des activités de recherche, de design, de pilotage de projets et de phases de tests, des activités de production, de marketing, de distribution, de développement commercial (Tornatzky et Fleischer, 1990 ; Damanpour 2017). Cette question, et la réponse qui lui sera apportée, visent à identifier ces différents phénomènes à la genèse des IOS.

QR3 : Quels sont les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans le cadre de l'article 51?

La littérature sur l'innovation montre qu'il existe de nombreuses barrières et de nombreux leviers à l'adoption des innovations organisationnelles (Greenhalgh *et al.*, 2004 ; Dubouloz, 2013 ; 2014 ; Auschra, 2018 ; Cinar *et al.*, 2019). Les barrières à l'innovation organisationnelle sont entendues comme les problèmes qui empêchent d'innover, qui font que le processus d'innovation stoppe prématurément, ou, pour le moins, est sérieusement ralenti (Piatier, 1984 ; Mohnen, *et al.*, 2008, Tourigny et Le, 2004 ; Dubouloz, 2013). Au contraire de ces barrières, les leviers constituent les conditions qui facilitent et accélèrent le processus d'innovation. Dans le cadre particulier des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS), cette troisième question de recherche vise à mettre en lumière les barrières et les leviers à l'adoption de l'innovation.

QR 4 : quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager les IOS ?

Pour conclure cette présentation des questions de recherche, cette dernière question privilégie une dimension prescriptive. Elle vise à proposer, à partir des réponses apportées aux questions précédentes, des pistes d'action pour encourager la génération et l'implémentation des IOS. Ces pistes sont importantes dans un cadre académique, puisque l'innovation organisationnelle en santé fait l'objet de nombreuses interrogations, notamment pour les difficultés d'implémentation et d'adoption énumérées plus haut (Cutler, 2011 ; Thakur *et al.*, 2012 ; Stevens *et al.*, 2022). Elles sont également importantes pour le décideur public et les managers des organisations de santé, qui tentent de nouvelles expériences, particulièrement avec l'article 51, pour catalyser l'innovation.

Finalement, l'ensemble de ces questions de recherche permettent d'assigner cet objectif à ce travail doctoral :

Produire de la connaissance sur le contenu et les conditions facilitantes du processus de génération et d'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé pour, à terme, encourager leur développement

Comme indiqué plus haut, ce travail de recherche est circonscrit dans l'analyse des différentes séquences de l'innovation, puisqu'il se limite aux phases de génération et d'adoption, notamment en raison de l'incapacité à observer la phase de diffusion. Pour ces

raisons, cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche plus large et longitudinal, qui vise, sur un plus long terme, à proposer une approche complète de la génération, de l'adoption et de la diffusion des IOS.

0.2. Ancrage social, théorique et disciplinaire de la recherche

Les fondations de cette recherche s'appuient sur un triple ancrage, social, théorique et disciplinaire.

0.2.1. Ancrage social

La crise sanitaire a rappelé combien les défis posés à l'ensemble des systèmes de santé, en France comme à l'étranger, sont nombreux et importants. Le financement et la régulation des dépenses de santé, le manque de coordination entre médecine de ville et hôpital, le déficit de prévention, les inégalités sociales et d'accès aux soins constituent, toutes choses étant égales par ailleurs, des défis majeurs posés au système de santé, et, par conséquent, un ensemble de raisons fondamentales pour initier un processus d'innovation.

Des dépenses de santé importantes nécessitant le besoin d'IOS

Les derniers rapports publiés sur les budgets de santé montrent une hausse sans précédent des dépenses de santé. Les rapports produits par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) indiquent que la Dépense Courante de Santé au Sens International (DCSI), qui correspond à la consommation finale effective de services sanitaires et de biens médicaux, individuels ou collectifs est à un point très haut, notamment en raison des conséquences de la crise sanitaire. 4 600 euros par habitant, soit 307,8 milliards sont dépensés en 2021 pour assumer la DCSI, avec une augmentation de +9.8% par rapport à 2020, année elle-même en augmentation de +3.7%. Cette dynamique vertigineuse est, certes, liée à la crise de la Covid-19, mais elle s'inscrit également dans un cycle d'augmentation constante, depuis plusieurs années, des coûts liés à la santé (OCDE, 2013)¹⁰. Un premier défi pour les systèmes et les organisations de santé consiste donc à faire face à l'augmentation rapide des dépenses de santé. Dans cette optique, l'innovation est essentielle puisque le développement de technologies innovantes

¹⁰ OCDE (2013), "Quel avenir pour les dépenses de santé ? ", OCDE, Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n° 19, juin 2013.

et les transformations organisationnelles peuvent être potentiellement à l'origine de retombées économiques.

Le Décloisonnement Ville-Hôpital engendrant un besoin d'IOS

Le Décloisonnement Ville-Hôpital (DVH) et l'organisation de réseaux de santé constituent des enjeux fondamentaux dans l'ensemble des pays industrialisés (Bourret, 2008, Bloch et Hénaut, 2014). En France, ces défis sociétaux et managériaux sont identifiés, particulièrement depuis les années 2000, dans les différentes lois et plans stratégiques de santé gouvernementaux (FHF, 2018, Plan de santé 2018 ; Plan de santé 2022). Ces rapports soulignent la nécessité de développer la coopération entre les différents acteurs de santé d'origine hospitalière et libérale. Ils insistent sur le besoin de résoudre l'épineuse question du cloisonnement et des clivages, à savoir les séparations très marquées qui peuvent exister entre des organisations et des acteurs qui pourraient et devraient mieux coopérer (Nobre, 2013 ; Bloch et Hénaut, 2014). Même si la crise de la Covid-19 a, au moins pour un temps, permis de dépasser les silos (Nobre, 2020 ; Morris *et al.*, 2021), il reste à observer si ces changements sont pérennes. Dans la perspective de décloisonner la médecine de ville et la médecine hospitalière, de développer la coopération entre les acteurs, l'innovation semble également s'imposer comme une impérieuse nécessité.

Améliorer la prévention, un terreau fertile pour l'IOS

Un troisième défi posé au système de santé se situe dans la prévention. Ce n'est qu'en 2018 qu'est accordée une priorité à la prévention par la présentation d'un premier plan en faveur de la prévention en santé, le système étant trop longtemps resté cloisonné et centré sur les soins. En 2019, le Comité Interministériel pour la Santé (CIS) fait le constat d'une trop légère prise en compte des actions de prévention en santé, qui se traduit par d'importantes inégalités d'espérance de vie en fonction du milieu social : un retour de pathologies que l'on croyait disparues et d'une façon générale, la présence de facteurs de risques, comme le tabac ou l'obésité, à des niveaux élevés¹¹. Concrètement, des pistes sont donc développées pour favoriser la prévention et l'accent est mis sur l'alimentation, l'activité physique et sportive. La prévention, comme les défis présentés précédemment, constitue un terreau particulièrement fertile pour que des innovations puissent être développées.

¹¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cis_2019_vdef_pages.pdf

Renforcer l'accès, territorial et social, aux soins

Finally, the last point of social anchoring of Organizational Innovations in health is situated in the existence of territorial and social inequalities of access to care. On the plan of the territory, a recent report (Rojouan, 2022), rendered to the Senate, highlights the magnitude of territorial inequalities and access to care, drawing alarming conclusions¹². 1.6 million of French people would give up care each year, 30% of the population would live in a « medical desert », the number of generalist doctors would have declined by 1% per year between 2017 and 2021. Paralleling these territorial inequalities, social inequalities are also the object of a worrying dynamic, for several years. For Lombrail and Pascal (2005), social inequalities are observed in addictive practices, in the fact that certain diseases are only present in disadvantaged quarters, that pathologies such as obesity and vision disorders are much more frequent in Priority Education Zones (ZEP).

All these challenges are as many reasons to innovate, since innovation constitutes a powerful engine to improve life expectancy, the quality of care, the diagnostic and treatment options, and, more generally, to reduce costs and strengthen the effectiveness of the health system (Omachonu and Einspruch, 2010 ; Thakur *et al.*, 2012).

0.2.2. Ancrage théorique

This thesis focuses on Organizational Innovation in Health, its constituent elements, its genesis, its barriers and its levers. Its theoretical foundations articulate around four main approaches, for which choices are made: the types of innovations, the innovation process, the barriers and levers to the adoption of innovation, Organizational Innovations in Health (IOS).

Les types d'innovations

Innovation is defined, among others, as the adoption, of a product, of a service, of an apparatus, of a system, of a process, of a program, of a policy, which are new for the adopting organization and which are, either generated internally, or purchased (Damanpour, 1991). Taking into account its different forms and its various categories,

¹² <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

l'innovation a fait l'objet de nombreuses approches typologiques (Schumpeter, 1934 ; Evan, 1966 ; Cinar *et al.*, 2022). Dans ce cadre, une distinction est classiquement opérée entre les innovations technologiques et les innovations organisationnelles. Les innovations technologiques s'inscrivent dans le système technique de l'organisation et peuvent être de produits, de services, de procédés (Evan, 1966 ; Dubouloz, 2014). Les innovations organisationnelles, quant à elles, se définissent par l'adoption de nouvelles pratiques managériales, procédures de travail, techniques, formes ou structures organisationnelles (Armbruster, *et al.*, 2008, Birkinshaw, *et al.*, 2008, Damanpour et Aravind, 2012, Dubouloz, 2013).

Cette recherche porte principalement sur l'innovation organisationnelle, même si la recherche montrera que la frontière est parfois ténue, à l'ère du numérique, entre innovation organisationnelle et innovation technologique. L'innovation organisationnelle englobe de nombreuses terminologies, notamment innovations managériales et administratives, qui sont, et peuvent être employées, de façon interchangeable dans les travaux académiques (Adam-Ledunois et Damart, 2017).

Dans le cadre précis de cette recherche, seul le concept et le terme d'innovation organisationnelle est mobilisé, puisque c'est le principal terme qui est retenu par le ministère de la santé et de la prévention et qui est également utilisé pour qualifier les innovations expérimentées dans le cadre du dispositif de l'article 51.

Le processus d'innovation

Le processus d'innovation a fait l'objet de nombreux travaux et est souvent appréhendé de façon séquentielle, incluant la reconnaissance de problèmes et d'opportunités, le développement, la production, la commercialisation, l'adoption, l'implémentation (Rogers, 1995 ; Damanpour, 1991 ; Damanpour, 2017). Comme énoncé en amont, selon Rogers (1995), la génération, l'adoption et la diffusion de l'innovation constituent des phases de l'innovation qui sont conceptuellement distinctes. Compte tenu du terrain de cette recherche, du fait que les innovations sont encore en cours d'évaluation dans le cadre du dispositif de l'article 51, ce travail ne peut porter que sur les phases de génération et d'adoption, la diffusion faisant l'objet d'un programme de recherche plus large.

Les barrières et les leviers à l'adoption de l'innovation

La littérature académique relative aux barrières et aux leviers à l'adoption de l'innovation se répartit régulièrement entre des travaux qui analysent les déterminants et les leviers de l'adoption de l'innovation (Greenhalgh *et al.*, 2004 ; Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013) et des travaux qui analysent les barrières à l'adoption de l'innovation (Auschra, 2018 ; Cinar *et al.*, 2019). Plusieurs auteurs considèrent les barrières et les leviers à l'innovation comme deux faces d'une même pièce, c'est-à-dire qu'il suffit de mettre « une absence de » avant la barrière, elle devient un levier, et réciproquement (Ling *et al.*, 2012 ; Ausschra, 2018). Dans cette recherche, le choix est de considérer que les barrières ne sont pas strictement et nécessairement l'opposé des leviers de l'adoption de l'innovation. Par conséquent, les deux concepts, barrières et leviers, sont étudiés.

Les Innovations Organisationnelles en Santé

L'analyse des Innovations Organisationnelles en Santé est fondamentale pour faire face aux défis précédemment énumérés. Sur un plan théorique, l'étude des IOS est également importante puisque, comme cela a été souligné, en dépit d'un intérêt majeur, les IOS sont délicates à mettre en œuvre (Grenier et Oiry, 2021 ; Stevens *et al.*, 2022). Par ailleurs, l'étude des IOS est aussi essentielle parce que les IOS, jusqu'à présent, ne sont pas considérées comme un objet de recherche en soi, avec un ensemble de caractéristiques distinctives et d'éléments constitutifs propres à observer. En effet, les travaux qui analysent les innovations organisationnelles mobilisent les définitions de l'innovation organisationnelle (ou managériale) pour les étudier dans le contexte spécifique des organisations de santé (Kimberly *et al.*, 2008 ; Damart, 2013 ; Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016). Par exemple Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas (2013) mobilisent la définition de l'innovation organisationnelle telle qu'elle est proposée dans le manuel d'Oslo (2018), relative au contexte de l'entreprise et l'appliquent au contexte de l'organisation de santé. Dans le cadre de ce travail de recherche, le dispositif de l'article 51, son étendue en matière de diversité de projets développés, permet de dépasser cette vision et de considérer l'Innovation Organisationnelle en Santé comme un objet de recherche en soi. Même si de nombreuses définitions de l'innovation organisationnelle seront balayées dans le cadre de la revue de littérature de cette thèse, cette recherche porte bien sur l'Innovation Organisationnelle en

Santé, avec ses spécificités, et non pas sur l'innovation organisationnelle dans le contexte et sur le terrain des organisations de santé.

0.2.3. Ancrage disciplinaire

Cette recherche doctorale se situe au croisement de plusieurs champs disciplinaires. Par son terrain, cette recherche s'inscrit d'abord dans le champ disciplinaire du management des organisations de santé. L'enjeu de cette thèse est de développer des connaissances sur les IOS pour encourager leur développement, et, finalement contribuer à une transformation des organisations de santé. La recherche s'inscrit donc, presque naturellement, dans le champ disciplinaire du management des organisations de santé. Ensuite, par son objet, cette recherche peut aussi s'inscrire dans le champs disciplinaire du management de l'innovation et de la créativité. En effet, cette thèse porte bien sur la génération, l'implémentation et l'adoption d'une innovation particulière, l'IOS. Enfin, par ces résultats, cette thèse s'inscrit également dans le champ de l'entrepreneuriat, ce qui fera l'objet du dernier chapitre de ce travail doctoral.

0.3. Cadre théorique

Le cadre théorique est présenté dans la figure 0.1. Ce cadre théorique s'appuie sur une synthèse de la littérature. La revue de littérature permet tout d'abord de déterminer quelles sont les composantes de la génération des IOS. Pour les auteurs, les innovations sont générées par la proposition de solutions et la saisie d'opportunités imaginées pour répondre à des problèmes et à des besoins (Damanpour, 1991 ; Rogers, 1995 ; Damanpour et Aravind, 2012 ; Damanpour, 2017). Cette solution implique, ou non, une complémentarité organisationnelle et technologique et induit des effets attendus (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Dubouloz, 2014). Dans le cadre de cette recherche, les chapitres qui portent sur le contenu et la génération des IOS identifieront les problèmes adressés, les solutions apportées, les effets attendus, les composantes organisationnelles et technologiques de ces innovations.

Ensuite, la revue de littérature permet d'identifier les principales barrières et les principaux leviers à l'adoption des IOS. Cette démarche permet de proposer une grille d'analyse des barrières et des leviers à l'adoption des IOS, fondée sur 5 niveaux d'observation, de nano à supra. Cette grille d'analyse est proposée dans le tableau 0.1. Elle est également développée dans la figure 0.1. Dans le cadre du chapitre portant sur les

barrières et les leviers à l'adoption des IOS, cette grille de lecture est mobilisée pour catégoriser les barrières et les leviers des IOS identifiés auprès des porteurs de projet.

Tableau 0.1. : Grille d'analyse des barrières et des leviers à l'adoption des IOS

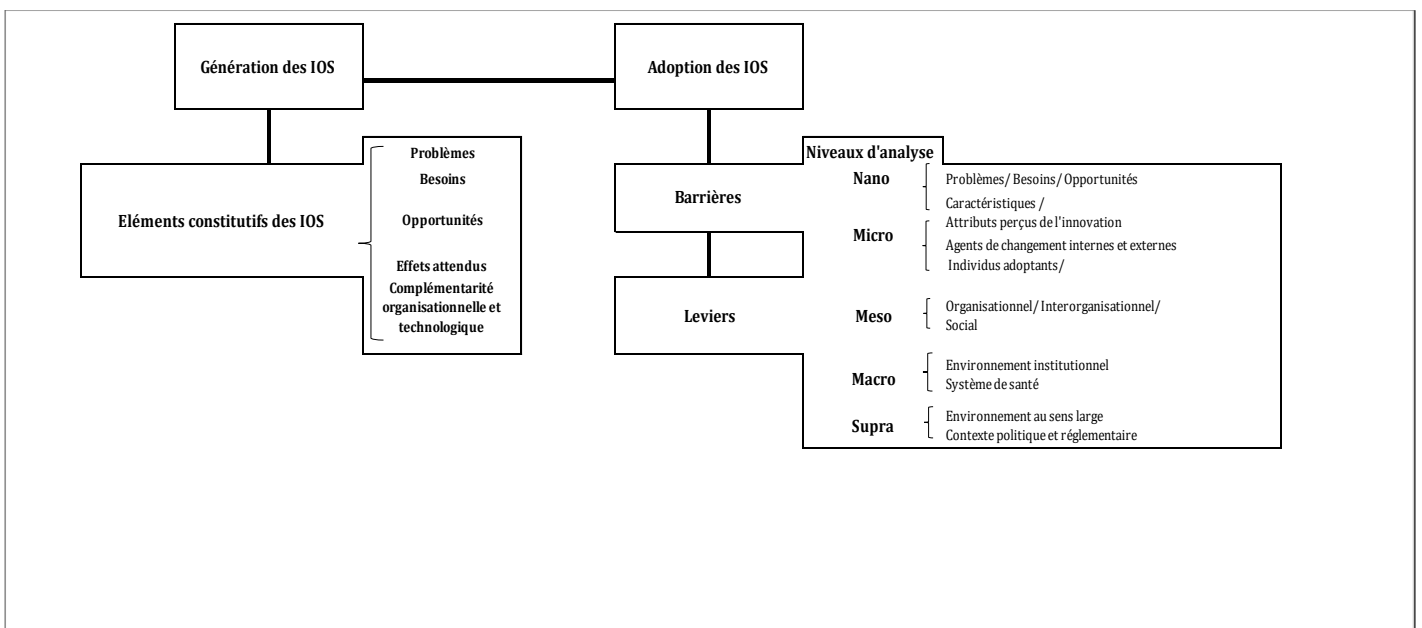
Niveau	Conceptualisation	Auteurs
Nano	<i>Ce niveau correspond tout d'abord aux problèmes et aux besoins auxquels l'innovation s'adresse. Ces phénomènes motivent la génération de l'innovation et la décision de la mettre en œuvre.</i>	Schumpeter (1934) ; Rogers (1995) ; Damanpour et Aravind (2012)
Micro	<i>Ce niveau évoque l'innovation et ses principaux acteurs. Interviennent à ce niveau des barrières et des leviers liés aux caractéristiques et aux attributs de l'innovation, à ses acteurs de changements externes et internes, à ses utilisateurs, à ses adoptants. Les barrières et les leviers sont, au sein de cet espace, liés aux individus, à leur degré de connaissances, de compétences, de formation, de leadership</i>	Rogers (1995) ; Greenhalgh et al. (2004) ; Birkinshaw et al. (2008)
Meso	<i>Ce niveau agrège les éléments organisationnels, inter-organisationnels et sociaux en lien avec l'innovation. Les barrières et les leviers sont, au sein de ce niveau, liés à la structure, aux ressources et aux compétences de l'organisation. Ils sont également liés aux difficultés relatives à la collaboration, résistance au changement, confiance, ajustement, et aux influences sociales</i>	Greenhalgh et al. (2004) ; Dubouloz,(2014) ; Auschra (2018) ; Cinar et al. (2019).
Macro	<i>Ce niveau porte sur l'environnement institutionnel et sur le système de santé. Les barrières et les leviers portent alors sur les règlements, la capacité à soutenir l'innovation, à débloquer des fonds</i>	Greenhalgh et al. (2004) ; Dubouloz,(2014) ; Auschra (2018) ; Cinar et al. (2019).
Supra	<i>Le niveau supra évoque l'environnement au sens large et le contexte politique et réglementaire. Les barrières et les leviers peuvent être relatifs à l'existence de frontières, à certaines directives politiques, à des événements contextuels importants. Le cas de la pandémie de Covid 19 peut être considéré comme un exemple du niveau supra qui peut agir, soit comme une barrière, soit comme un levier à l'innovation organisationnelle</i>	Nobre (2020)

Dans le corps du manuscrit, la présentation du cadre théorique est associée aux raisons pour lesquelles nous ne mobilisons pas certaines théories. Plus particulièrement, deux théories, mobilisées régulièrement dans les sciences de gestion, ne sont pas employées dans le cadre de ce travail doctoral. Premièrement, cette recherche ne mobilise pas la théorie de la traduction pour observer l'innovation (Akrich *et al.*, 1988 ; Callon et Latour, 1991). Les raisons pour lesquelles la théorie de la traduction n'est pas mobilisée sont principalement méthodologiques. En mobilisant l'analyse de documents institutionnels et des entretiens, cette recherche s'inscrit dans une approche transversale, or, la

Chapitre 0. Introduction générale

mobilisation de la théorie de la traduction implique une analyse fine et longitudinale (Collin *et al.*, 2023). Nous ne mobilisons pas non plus, ou seulement marginalement, les approches relatives à l'entrepreneuriat institutionnel (DiMaggio, 1988 ; Battilana, 2006). En effet, les innovations qui sont déployées dans le cadre de l'article 51 ne poursuivent pas nécessairement un objectif de transformation des institutions. Dans le corps du manuscrit, ces éléments sont, également, dûment détaillés et motivés.

Figure 0.1. Cadre théorique



0.4. Positionnement épistémologique et dispositif méthodologique de la recherche

La présentation du positionnement épistémologique (0.4.1.) précède celle du dispositif méthodologique de la recherche (0.4.2.).

0.4.1. Positionnement et risques épistémologiques

Ce projet de recherche s'inscrit dans une démarche interprétativiste. Il s'agit de développer une compréhension des intentions, des perceptions, des situations des acteurs participant à la création de leur réalité sociale et de comprendre la façon dont ils font sens de cette réalité (Schwandt, 1994 ; Allard-Poesi et Maréchal, 2007 ; Perret et Séville, 2007). Le projet de connaissance est de mettre en lumière l'Innovation Organisationnelle en Santé, son contenu, sa genèse, ses barrières et ses leviers, tels que ces phénomènes sont perçus par les individus qui les conçoivent (les innovations), les surmontent (les barrières), les actionnent (les leviers). Dans ce cadre épistémologique, cette recherche vise également à éviter les trois risques épistémologiques décrits par Dumez (2013) : le risque des acteurs abstraits, le risque de circularité, le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité.

Les acteurs abstraits

Pour Dumez (2013), une recherche qualitative n'a de sens que si elle montre et analyse les intentions, les discours, les actions et interactions, de leur point de vue et du point de vue du chercheur. Une recherche qualitative décrit et narre.

Tout au long de cette recherche, parce que le matériau collecté de données, en outre, le permet, nous tenterons de « *donner à voir* » les acteurs agissants, en l'espèce les porteurs de projet des IOS de l'article 51.

La circularité

Le risque de circularité consiste à trouver, dans un matériau de données, tout ce qui confirme une théorie en laissant de côté ce qui pourrait la remettre en cause ou la nuancer. Les données ne sont jamais brutes, les chercheurs trouvent facilement dans le matériau les éléments pour confirmer l'interprétation vers laquelle ils penchent (Dumez, 2013 : 18).

Dans le cadre de cette recherche, le cadre théorique, proposé en amont, de même que les éléments relatifs aux entretiens, s'appuient sur des catégories suffisamment larges pour

pouvoir maximiser le processus de découverte et gérer, par conséquent, le risque de circularité.

Le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité

Pour un même phénomène, il faut toujours explorer plusieurs explications possibles, plusieurs types d'enchaînements ou de mécanismes ayant pu aboutir à ce phénomène, par des cheminements différents (Dumez, 2013 : 21). Dans cette perspective, il est important de spécifier les théories et le matériau qui sont mobilisés dans une recherche qualitative (Dumez, 2013 : 24).

Cette recherche s'inscrit dans le courant théorique de la diffusion et de l'adoption de l'innovation. Les raisons pour lesquelles la Théorie de l'Acteur Réseau (TAR), de même que la théorie néo-institutionnelle, ne sont pas mobilisées sont expliquées dans le cadre de ce travail. Dans une même optique de spécification, une attention accrue est portée pour décrire rigoureusement chacune des étapes constitutives du dispositif méthodologique.

0.4.2. Dispositif méthodologique

Cette recherche évoluant temporellement conjointement au contexte sanitaire, elle a connu de profondes évolutions dans son dispositif méthodologique. Envisagée initialement sous la forme d'une étude de cas unique (0.4.2.1.), elle a été réorientée vers une double approche complémentaire d'analyse de données primaires et secondaires (0.4.2.2.).

0.4.2.1. Une étude de cas unique abrégée abruptement par le contexte sanitaire

Contrainte par le contexte sanitaire, cette recherche a connu une profonde évolution de son design. Originellement, une étude de cas unique était envisagée, conduite au sein du Centre Hospitalier (CH) de Lunéville, dans son service de pharmacie hospitalière. La particularité de ce service était d'avoir initié l'implémentation d'une innovation organisationnelle, nommée le parcours de soins MEDISIS, portant sur la conciliation médicamenteuse. Ce projet MEDISIS s'était, par ailleurs, porté candidat pour intégrer le dispositif de l'article 51. Au démarrage du processus de thèse, la recherche, qui n'a pas encore d'objet dûment matérialisé, présente alors comme thème de recherche principal la coordination inter-organisationnelle en vue du Décloisonnement Ville-Hôpital (DVH).

De février 2019 à mars 2020, c'est ainsi un premier parcours doctoral qui s'engage, privilégiant la perspective d'une étude de cas unique.

Le premier confinement, débuté en mars 2020, a eu raison de cette approche. Le chercheur ne peut plus se déplacer et les professionnels de santé sont sollicités par des urgences plus importantes qu'un projet d'innovation de coordination inter-organisationnelle portant sur le long terme. En accord avec le directeur de cette thèse, une réorientation sur l'ensemble des projets de l'article 51 est envisagée et effectuée.

0.4.2.2. Une réorientation sur l'ensemble des innovations implémentées dans le cadre du dispositif de l'article 51

Le ministère de la santé et de la prévention a introduit au sein du plan de santé 2018-2022, la nécessité d'innover en santé en prenant en compte le patient « *Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant le place des usagers* » (Plan de santé 2018-2022, page 32). Cette dynamique d'innovation contribue à ce que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2018 (loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017), introduise un dispositif favorisant l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : l'article 51.

Il y a déjà eu, dans le passé, de nombreux dispositifs visant à expérimenter de nouvelles organisations ou de nouveaux modèles de financement dans le système de santé (Lemaire *et al.* 2020). Pour autant, l'article 51 diffère des expériences précédentes puisqu'il porte une nouvelle approche, par la confiance accordée aux acteurs dans la conduite des expérimentations, pour en faire réellement des leviers de changement à grande échelle des organisations et des pratiques. Comme énoncé précédemment, en accordant la confiance aux acteurs, ce dispositif est, en lui-même, innovant car historiquement, l'innovation en santé était souvent une initiative descendante, prise par les instances et par catalyse réglementaire (Nobre, 2013).

Le dispositif de l'article 51 fournit un terrain de recherche particulièrement riche pour observer les IOS et répondre, par conséquent, aux questions posées dans ce travail doctoral. Dans le cadre de cette recherche, 96 projets d'innovation implémentés dans le cadre de l'article 51 ont été étudiés par une analyse de données secondaires. Parallèlement, 52 entretiens ont été conduits auprès des porteurs de projet de l'article 51.

Collecte et analyse des données secondaires

La période de confinement coïncide avec l'initiation de la collecte des données secondaires. Cette collecte de données s'est arrêtée au moment du démarrage de la démarche d'entretiens, fin avril 2022. Comme l'ensemble des données relatives aux expérimentations de l'article 51 sont disponibles sur le site du ministère de la santé et de la prévention¹³, le confinement a été propice pour accéder à de nombreuses données secondaires. Le contenu de 96 IOS a ainsi pu être analysé grâce à leur cahier des charges et aux avis du Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS), des documents disponibles sur le site du ministère. Dans le cadre de cette recherche, 5099 pages de matériau constitué par les données secondaires ont donc été analysées, réduites sous forme de matrices, comme le suggèrent Miles et Huberman (2010). Dans le corps de ce manuscrit, le processus d'élaboration des matrices est décrit rigoureusement et de façon détaillée. Par ailleurs, plusieurs matrices élaborées sont disponibles, soit dans le corps du texte, soit dans la partie annexe (Annexe 1).

Collecte et analyse des données primaires

Dans le cadre de cette recherche, 52 entretiens ont été conduits. 50 entretiens sont menés avec des chefs de projet d'IOS initiées par les acteurs. 1 entretien est conduit auprès d'un chef de projet d'une expérimentation ministérielle. Cet entretien n'était pas ciblé initialement mais a été apporté par bouche à oreille. 1 entretien est conduit auprès d'un référent article 51 institutionnel. Les 52 entretiens conduits représentent une durée totale de 56h10 pour une durée moyenne de 65 mn. Chaque entretien est enregistré et retranscrit. Le matériau de cette retranscription représente 1478 pages. La plupart des entretiens ont été conduits en visioconférence. La nature « en temps réel » de la conduite d'entretiens vidéo offre une même honnêteté que les entretiens sur sites, en préservant la qualité des interactions, la spontanéité des répondants, l'accès aux signaux verbaux et aux signaux non verbaux (Sullivan, 2012 ; O'Connor et Madge, 2017 ; Howlett, 2022).

Pour l'analyse des entretiens, outre le chapitre présentant le dispositif méthodologique, chaque chapitre montrera les listes de codes qui ont été mobilisés pour développer les résultats de cette recherche. Compte tenu de l'ampleur du matériau collecté, il était impossible de proposer une unique grille d'analyse dans le chapitre présentant la

¹³ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

méthodologie. Le choix retenu a donc été de présenter, au sein de chaque chapitre de résultats, une grille de codage des données.

0.5. L'architecture de la recherche

Cette recherche est déclinée en 8 chapitres, qui constituent autant de sous-sections au sein de cette introduction générale.

0.5.1. Premier chapitre, cadre conceptuel : les défis de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)

Ce premier chapitre est divisé en 4 sections principales, séparées entre elles par des propos d'étape. Au sein de ce chapitre, la revue de littérature est articulée selon une forme d'entonnoir, du général au particulier. Tout d'abord, la section 1.1., un cadre général pour définir l'innovation et ses composantes propose d'appréhender l'innovation dans une acception élargie, telle qu'elle peut être entendue en management de l'innovation et de la créativité. La seconde section, 1.2., se rapproche de l'objet de la recherche en proposant une analyse des principaux enjeux d'adoption de l'innovation organisationnelle. La troisième section, 1.3., porte sur le cas particulier de l'Innovation Organisationnelle en Santé. Cette section montre que l'IOS constitue une impérieuse nécessité, mais qui est soumise à des difficultés de mise en œuvre. Finalement, ce chapitre se conclut par le rappel des questions de recherche et par la proposition d'un cadre théorique. Comme indiqué en amont, cette section 1.4., explique également les raisons pour lesquelles nous renonçons à la mobilisation de certaines théories.

L'utilisation de propos d'étape entre chaque section de ce chapitre est motivée par la densité de la revue de littérature. Dans le cadre des chapitres suivants, cette approche n'est pas exploitée.

0.5.2. Deuxième chapitre, cadre épistémologique et méthodologique de la recherche

Ce second chapitre se décline en deux sections principales. La première, 2.1., expose les choix épistémologiques et méthodologiques de la recherche. La seconde, 2.2., développe les aspects méthodologiques concrets de la recherche, le terrain, la collecte et l'analyse des données. Dans une perspective d'intégrité académique, ce chapitre tente de montrer au mieux l'ensemble des démarches qui ont été conduites sur le terrain par le chercheur,

de l'étude de cas initiale abrégée par la contrainte sanitaire, à l'analyse des données secondaires puis à la démarche de prospection et de conduite des entretiens auprès des porteurs de projet.

0.5.3. Troisième chapitre, MEDISIS, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51

Ce premier chapitre de résultats présente l'étude de cas à l'origine de cette recherche doctorale. Sa contribution se situe moins dans ses résultats, par essence moins aboutis que les autres puisque la recherche est abrégée, que dans ses apports au cheminement de ce travail doctoral. Comme indiqué dans le corps du texte, ce chapitre est donc hétéroclite, mais assumé. Hétéroclite, parce qu'il est difficile de présenter des résultats qui n'ont pas été approfondis compte tenu du contexte sanitaire. Assumé, parce que ce chapitre constitue avant tout un cheminement qui a permis d'évoluer d'une étude de cas unique vers une approche plus globale de l'ensemble des IOS de l'article 51. Assumé également, parce que cette étude de cas abrégée a nourri les réflexions permettant la formulation des questions posées dans cette recherche.

0.5.4. Quatrième chapitre, les éléments constitutifs des IOS expérimentées dans le cadre de l'article 51

Ce chapitre répond à la première question posée dans cette recherche : *Quelles sont les principales composantes et caractéristiques constitutives des IOS dans le cadre de l'article 51 ?*

D'un point de vue méthodologique, ce chapitre s'appuie uniquement sur l'analyse des données secondaires pour décrire le contenu des 96 IOS observées. Ce chapitre permet ainsi d'identifier des éléments tels que le couple problèmes/solutions proposées par l'IOS. Il montre également à quels défis de l'organisation des soins et du système de santé, ces IOS s'adressent. Ce chapitre appréhende aussi quels sont les problèmes de santé et les pathologies visées par les IOS, de même que les profils de patients qui sont ciblés. Par ailleurs, ce chapitre analyse quels sont les acteurs, professionnels de santé, qui sont impliqués dans les IOS et les étapes du parcours patients au sein desquelles ces professionnels interviennent. Les effets attendus des IOS, comme certains éléments connexes, sont également identifiés. L'ensemble de ces résultats permet de proposer, dans le dernier temps de ce chapitre, une conceptualisation intégratrice, hybride et

multidimensionnelle de l'innovation organisationnelle en santé, qui souligne sa complexité.

0.5.5. Cinquième chapitre, Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé

Ce chapitre répond à la seconde question posée dans le cadre de cette recherche : *Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ?*

Il complète le précédent chapitre portant sur le contenu des IOS en proposant une approche plus analytique, soutenue par la démarche d'entretiens. Dans ce chapitre, nos résultats permettent d'identifier quels phénomènes sont à la genèse des IOS et ils soulignent également quelles sont les différentes formes de processus de recherche et de développement qui peuvent être identifiés pour générer des IOS.

0.5.6. Sixième chapitre, Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS)

Ce chapitre répond à la troisième question posée dans le cadre de cette recherche : *Quels sont les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans le cadre de l'article 51 ?*

Comme le chapitre précédent, ce chapitre analyse les entretiens conduits auprès des porteurs de projet pour identifier les barrières et les leviers à l'adoption des IOS, dans les phases d'initiation, comme dans les phases d'implémentation de l'innovation. Il montre la complexité et les multiples difficultés que rencontrent les porteurs de projet pour faire vivre leurs innovations. Ce chapitre souligne également quelles sont les conditions qui facilitent l'initiation et l'implémentation des IOS.

0.5.7. Septième chapitre, Redéfinir l'accès aux soins par la télésanté : les enseignements des IOS de l'article 51

Comme le chapitre 3, ce chapitre tient une place à part dans cette recherche doctorale. Au cours de la recherche, l'influence des outils numériques et la complémentarité organisationnelle et technologique ont été observées, que ce soit au sein des documents institutionnels ou dans les échanges avec les porteurs de projet. Simultanément, un appel à contributions a été proposée dans la revue *Gestion et Management Public*, cet appel à contributions portant sur la thématique de la transformation digitale des territoires. Par conséquent, ce chapitre est né de l'opportunité d'inscrire notre travail au sein de cette thématique particulière. Il ne répond pas, ainsi, à une question de recherche spécifique de

ce travail doctoral, mais permet plutôt d'appréhender une question connexe : *Quelles peuvent être les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté ?*

Le choix qui a été opéré a été de maintenir la présentation de ce chapitre sous la forme d'un article, ce qui permet de préserver une cohérence. Les résultats de ce chapitre montrent, comment, à l'ère du numérique, il est essentiel de redéfinir la notion d'accès aux soins.

0.5.8. Chapitre 8, Développer et encourager l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : vers un entrepreneuriat médical ?

Le dernier chapitre répond à la quatrième question posée dans le cadre de cette recherche : *Quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager les IOS ?*

A partir de l'analyse des résultats précédemment développés, mais également des entretiens conduits auprès des porteurs de projet des IOS, ce chapitre défend l'idée selon laquelle le dispositif de l'article 51 a su générer une nouvelle forme d'entrepreneuriat, l'entrepreneuriat médical, qui se distingue de l'entrepreneuriat institutionnel et de l'entrepreneuriat en santé, tel qu'il peut être entendu dans la littérature.

Le tableau 0.2., présente l'architecture de la thèse.

Tableau 0.2. Architecture de la thèse

Objet	Chapitres	Contenu/Thèmes	Pages
Cadre conceptuel	Chapitre 1 Cadre conceptuel : les défis de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)	Management de l'innovation/Innovations organisationnelles/Innovations Organisationnelles en Santé/Proposition d'un cadre théorique	35-117
Dispositif méthodologique	Chapitre 2 Cadre épistémologique et méthodologique de la recherche	Positionnement et risques épistémologiques/Choix méthodologiques/Description du terrain de recherche/Méthodes de collecte et d'analyse des données	119-175
Résultats	Chapitre 3 MEDISIS, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51	Etude de cas/Décloisonnement Ville Hôpital/Stratégie d'acteurs/Formulation des questions de recherche	177-211
	Chapitre 4 Les éléments constitutifs des IOS expérimentées dans le cadre de l'article 51	Problèmes et solutions apportées par les IOS/Organisation des soins/Défis du système de santé/Professionnels de santé impliqués/Effets attendus des IOS/Définition des IOS	213-272
	Chapitre 5 Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé	Empathie patient/Inspiration académique, internationale, technologique/Volonté de transformation organisationnelle/Innovation <i>ex materia</i> par incrémentalisme périmétrique et processuel/Innovation <i>ex nihilo</i>	273-307
	Chapitre 6 Barrières et leviers à l'adoption des IOS	Barrières et leviers à l'initiation des IOS Barrières et leviers à l'implémentation des IOS	309-372
	Chapitre 7 Redéfinir l'accès aux soins par la télésanté : les enseignements des IOS de l'article 51	Télésanté/Télémédecine/Télésoin Accès aux soins/Sensibilisation	373-405
	Chapitre 8 Développer et encourager l'IOS : vers un entrepreneuriat médical ?	Entrepreneuriat institutionnel/Entrepreneuriat médical et entrepreneur médical/Ecosystème d'entrepreneuriat médical	407-443

Chapitre 1

Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé

Introduction

Ce chapitre développe les fondements théoriques de cette recherche. Dans cette perspective, une approche en entonnoir, du général au particulier, est proposée. Ce chapitre s'articule ainsi selon trois niveaux principaux, séparés, dans le corps du manuscrit, par un propos d'étape : l'innovation, telle qu'elle peut être entendue en management de l'innovation, l'Innovation Organisationnelle (IO), puis l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)¹⁴.

Le premier temps (1.1) de ce panorama montre tout d'abord comment la conceptualisation de l'innovation a évolué d'une approche principalement centrée sur les questions économiques et de dynamique de marché (Schumpeter, 1934 ; 1942), vers une approche beaucoup plus élargie et intégratrice (Van de Ven, 1986 ; Damanpour, 1991 ; Damanpour et Evan, 1984 ; Rogers, 1995). Dans cette acception, l'innovation se caractérise surtout par une idée nouvelle, qu'elle porte sur une pluralité de dimensions : un produit, un service, un dispositif organisationnel, un processus administratif, une politique, un plan, un programme. Ce constat conduit d'ailleurs plusieurs auteurs et organismes (Hartley, 2005 ; Bekkers *et al.*, 2006 ; Manuel d'Oslo, 2018) à proposer des typologies d'innovation, lesquelles catégorisent l'innovation selon son appartenance : de produit, de service, d'organisation, de process, stratégique, de commercialisation... Dans le cadre de cette recherche, l'accent est mis sur une classe de ce vaste ensemble, l'Innovation Organisationnelle (IO).

Le second temps de ce chapitre (1.2), propose ainsi de mieux définir l'innovation organisationnelle à partir de travaux pionniers (Kimberly, 1981 : 86 ; Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Hamel, 2008) et, surtout, par-delà la conceptualisation, d'identifier les défis et les difficultés de mise en œuvre de cette catégorie particulière d'innovation. Dans cette optique est donc abordée la question des barrières à l'innovation organisationnelle, entendues comme les problèmes qui empêchent d'innover ou qui font que le processus d'innovation stoppe prématurément, ou, pour le moins, est sérieusement ralenti (Piatier, 1984 ; Mohnen, *et al.*, 2008, Tourigny et Le, 2004 ; Dubouloz, 2013). Pour obtenir une vision complète et ne pas se concentrer exclusivement sur le verre à moitié vide, la question des leviers de l'innovation organisationnelle, c'est-à-dire des principales

¹⁴ Le fait de dédier une section particulière à l'Innovation Organisationnelle en Santé n'empêche pas que des éléments propres aux organisations de santé soient développés de façon transverse dans l'ensemble des sections

conditions facilitantes d'adoption de l'innovation organisationnelle, est également approchée. Cette démarche montre que les leviers de l'innovation organisationnelle ne représentent pas nécessairement et exclusivement les éléments contraires et constitutifs des barrières à l'innovation organisationnelle.

Evoquer les barrières et les leviers de l'innovation organisationnelle semble prendre encore plus de sens dans le domaine de la santé et des organisations de santé, qui font l'objet d'une analyse en troisième temps (1.3). Les enjeux de transformation des organisations de santé par l'innovation organisationnelle sont effectivement fondamentaux, mais malheureusement contraints par un constat d'efficiences, pour le moins, interrogée, notamment en raison des spécificités des organisations de santé, souvent considérées comme cloisonnées et peu coordonnées (Cutler, 2011 ; Baret, 2013 ; Nobre, 2013 ; Grenier et Oiry, 2021). Par ailleurs, les organisations de santé, également classiquement appréhendées sous l'angle idéal-typique de la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 2004, Nobre, 1999), peinent à dépasser un seuil d'innovation. La plupart des innovations organisationnelles en santé demeurent au stade d'expérimentations organisationnelles, locales, précaires et peu mises à l'échelle (Stevens *et al.*, 2022), ce qui, s'il ne le fallait encore, motive pleinement l'intérêt de cette recherche.

Finalement, ce chapitre se conclut par la proposition d'un cadre théorique (1.4), qui consiste surtout à développer les choix qui structurent cette recherche. Cette section explique les raisons pour lesquelles ce travail doctoral s'intéresse prioritairement aux barrières et aux leviers de l'innovation organisationnelle en santé et ne mobilise pas d'autres cadres théoriques, telles que la Théorie de l'Acteur Réseau (Callon, 1974-1975 ; Altkirch *et al.*, 1988 ; Latour, 1992a ; 1992b) et la théorie néo-institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1983), qui auraient pu, eux aussi, constituer des grilles d'analyse appropriées et adéquates pour observer les innovations organisationnelles en santé.

1.1. Un cadre général pour définir l'innovation et ses composantes

La littérature sur l'innovation est multidisciplinaire, le concept étant approché, entre autres, par l'économie, la sociologie, les sciences de l'ingénieur, les sciences de gestion. Le nombre de travaux académiques est ainsi particulièrement important, démontré par les 5 120 000 résultats liés au terme « innovation » et identifiés sur la page de Google Scholar. Par conséquent, cette revue de littérature ne vise absolument pas l'exhaustivité mais se concentre sur les éléments relatifs à l'objet de cette recherche, particulièrement le concept

d'innovation organisationnelle et son application dans le champ de la santé. Cette section revient, en préambule, sur une sélection de définitions de l'innovation qui souligne son évolution conceptuelle (1.1.1). Elle propose ensuite une analyse du degré de radicalité de l'innovation (1.1.2.), avant d'en interroger le degré d'ouverture (1.1.3). La conclusion de cette section par une présentation des approches typologiques de l'innovation permet d'effectuer, après un propos d'étape, une transition vers la section suivante, qui expose les innovations organisationnelles (1.2).

1.1.1. D'une définition fonctionnaliste de l'innovation à une conception intégratrice

Difficile de définir l'innovation sans évoquer les contributions de Schumpeter (1934 ; 1942). Pour Schumpeter, l'innovation est au cœur de l'économie, de sa dynamique et de ses évolutions. Au contraire des visions plutôt cycliques et linéaires proposées dans les théories économiques antérieures, Schumpeter considère que le capitalisme est, avant tout, un phénomène évolutionnaire, dont la dynamique repose sur l'innovation (Pénin et Guichardaz, 2023 : 18). Dans ce cadre, Schumpeter propose un éclairage du concept d'innovation, notamment en le distinguant de l'invention. Une invention est une nouvelle solution à un problème qui peut être technique. Une innovation diffère de cette vision, puisqu'elle consiste en l'introduction de cette invention dans le circuit économique (Pénin et Guichardaz, 2023 : 19). Cette introduction est rendue possible par l'entrepreneur, qui devient l'agent économique qui innove et, conséquemment, permet l'évolution économique.

Pour Schumpeter, être entrepreneur ne se résume pas à un statut, mais semble être plutôt une vocation déterminée par la détention d'un ensemble de qualités : l'entrepreneur est « *hors du commun* », particulièrement audacieux ; un individu n'est entrepreneur que lorsqu'il innove, ce qui le différencie du gestionnaire ; c'est un joueur stimulé par la joie de créer, c'est un calculateur génial qui anticipe les évolutions du marché (Boutillier et Uzinidis, 2013). Au-delà de ces éléments, Schumpeter développe également une vision avant-gardiste de l'entrepreneur, puisqu'il n'est pas nécessairement restreint à un statut de travailleur indépendant et peut se rencontrer aussi chez les salariés d'entreprise (Pénin et Guichardaz, 2023). Ce faisant, Schumpeter initie les fondements de l'entrepreneuriat organisationnel et de l'individu en son cœur, l'intrapreneur (Basso et Fayolle, 2009 ; Bouchard et Fayolle, 2011).

En dépit de ces contributions majeures, il reste que la conceptualisation de l'innovation, selon Schumpeter, demeure centrée sur une vision économique, fonctionnaliste et, dans cette optique, l'innovation et l'entrepreneur sont fortement liés à la structure des marchés et au cycle d'évolution de l'économie (Boutillier et Uzinidis, 2013 ; Pénin et Guichardaz, 2023).

D'autres auteurs complètent et dépassent cette vision, puisqu'ils proposent une approche beaucoup plus générale et intégratrice de l'innovation. Dans ce cadre, l'innovation est surtout appréhendée selon l'angle de la créativité, de l'élaboration d'idées nouvelles, de changements, qui peuvent influencer sur de nombreuses sphères de l'organisation, qu'elles soient technologiques ou organisationnelles (Aiken et Hage, 1971 ; Drucker, 1985 ; Van de Ven, 1986 ; 1999 ; Damanpour et Evan, 1984 ; Damanpour, 1991 ; Rogers, 1995).

Ainsi et pour Rogers (1995 : 9), « *une innovation est, une idée, une pratique, un objet, qui est perçue comme nouvelle par un individu ou une autre unité d'adoption. Une innovation est une nouvelle alternative, un nouveau moyen de résoudre un problème* ». Selon Van de Ven (1999), « *l'innovation est un processus de décision temporaire, structuré épisodiquement, à la forme hautement itérative, qui implique la création, la diffusion, l'imprégnation de nouvelles idées ou de nouvelles technologies à différents niveaux* ». Dans les travaux de Damanpour (1991 ; Damanpour et Evan, 1984), l'innovation est définie selon son sens le plus large, puisque l'innovation consiste simplement en « *une idée nouvelle pour une organisation adoptante* ». Cette idée nouvelle se rapporte à un produit, un service, un dispositif, un système administratif, un processus, une politique, un plan ou un programme (Dubouloz et Bocquet, 2023).

En résumé, l'innovation est un concept large et multidimensionnel, qui agrège plusieurs catégories, lesquelles seront développées, de manière détaillée, dans les pages suivantes. L'innovation peut effectivement se situer dans les produits, les services, la technologie, le management, l'organisation, et il semble important d'appréhender, de façon fouillée, ces différents types.

Dans tous les cas et en dépit de ces éléments distinctifs, l'innovation se caractérise également par plusieurs invariants. Tout d'abord, sa nouveauté, puisqu'une innovation consiste en une amélioration ou un changement qui diffère résolument des solutions mobilisées antérieurement (Manuel d'Oslo, 2018). Ensuite, elle se distingue de l'invention,

parce qu'une innovation ne s'apparente pas simplement à un développement technique et à la production de quelque chose de nouveau, mais implique une implémentation et son lot de corollaires, notamment prendre en compte les aspects économiques et sociaux (Garcia et Calantone, 2002 ; Neukam, 2017). Enfin, l'innovation ne naît pas de nulle part, puisque sa genèse est liée et portée par des acteurs de terrain, des entrepreneurs, des intrapreneurs, qui l'imaginent, ou, pour le moins, l'introduisent dans le système organisationnel et économique.

1.1.2. Incrémentale, radicale, de rupture, degré de nouveauté et impact de l'innovation

Trois critères de nouveauté de l'innovation sont identifiés dans le manuel d'Oslo (2018). L'innovation peut être nouvelle pour l'organisation, et/ou pour le marché, et/ou pour le monde entier. Le critère minimum de reconnaissance d'une innovation est tout d'abord le fait d'être nouveau pour l'organisation, même si cette innovation est déjà implémentée par ailleurs. La nouveauté peut aussi être introduite sur un marché, l'innovation est alors nouvelle pour l'organisation mais, surtout, pour ses organisations concurrentes. Enfin, lorsqu'une innovation rencontre le monde entier, tous les marchés et tous les secteurs d'activité sont touchés par les nouveaux produits, services, process, imaginés par l'organisation.

En complément et parallèlement au degré de nouveauté de l'innovation, plusieurs travaux académiques en analysent également l'impact (Christensen, 1997 ; 2006. Silberzahn *et al.*, 2007 ; Loilier et Tellier, 2013 ; Neukam, 2017). Dans cette perspective, une innovation radicale se définit comme la mise au point et la commercialisation de produits et de concepts radicalement nouveaux, par opposition à une innovation incrémentale, qui se contente d'améliorer ceux déjà existants (Silberzahn *et al.*, 2007). Une innovation radicale mobilise de nouvelles connaissances et de nouveaux savoir-faire, tandis qu'une innovation incrémentale consiste plus en une nouvelle version d'un produit existant significativement amélioré (Loilier et Tellier, 2013). Une innovation radicale peut également, dans certains cas, impliquer une rupture (Manuel d'Oslo, 2018). Christensen (1997) montre effectivement, dans le prolongement du cycle évolutionnaire de l'économie, tel qu'entendu par Schumpeter (1942), que les nouveaux marchés sont le fruit d'une innovation de rupture, distincte de l'innovation continue (BenMahmoud-Jouini et Silberzahn, 2023).

Pour Christensen, deux types de rupture peuvent être identifiées. Dans le premier type, la rupture est nommée par le bas, l'innovation correspond à des produits moins performants, mais plus simples d'utilisation et plus abordables financièrement, ce qui permet d'agrandir le marché en ciblant les non-consommateurs (Christensen, 2006 ; BenMahmoud-Jouini et Siberzahn, 2023). Dans le second type, la rupture de nouveau marché, l'innovation est plus conforme à son acception première, c'est-à-dire l'introduction de nouvelles fonctionnalités, avec une dynamique technologique forte. BenMahmoud-Jouini et Silberzahn (2023 : 86) illustrent l'innovation de rupture avec les exemples de l'apparition du téléphone mobile et de la capsule Nespresso. Ces deux exemples, plutôt mercantiles, et ces constats, sur le degré de nouveauté de l'innovation et sur son impact peuvent paraître assez éloignés de l'objet de cette recherche. Pour autant et bien qu'ils ne concernent effectivement que marginalement ce travail doctoral, ils demeurent importants à souligner. Le domaine de la santé est effectivement l'objet de nombreuses transformations, qui changent radicalement la relation entre les professionnels de santé et les patients. Pour Dumez *et al.* (2015), puis Dumez et Minvielle (2020), la santé numérique, qui sera d'ailleurs développée de façon beaucoup plus approfondie dans les pages suivantes de ce manuscrit, semble imposer l'idée d'une révolution. Selon ces auteurs, l'autosoin via des objets connectés, les suivis à distance des patients, qui rendent la visite à l'hôpital moins nécessaire, la capacité à traiter de larges bases de données sur le génome humain, qui fait émerger de nouvelles connaissances sur les risques de développer une maladie, constituent des innovations de grande ampleur. Toutes ces perspectives dessinent les contours de potentielles innovations radicales et disruptives dans le domaine de la santé et augurent ainsi une transformation majeure des organisations de santé (Dumez *et al.*, 2015).

1.1.3. Le processus d'innovation : linéaire et fermé, ouvert et discontinu

Si l'innovation peut être caractérisée par son degré de nouveauté et par sa nature plutôt incrémentale, radicale ou de rupture, elle peut aussi être appréhendée selon son degré d'ouverture. Selon Chesbrough (2006), l'innovation ouverte (Open Innovation) est un paradigme qui s'oppose aux modèles d'innovations classiques, dits fermés, lorsque les services de Recherche et Développement développent, en interne, des produits voués à être distribués, toujours en interne, par l'organisation. Au contraire de cette vision quasiment égocentrée de l'innovation, l'innovation ouverte consiste en une utilisation de flux de connaissances internes et externes dans la perspective d'accélérer les innovations

et leur développement sur les marchés (Chesbrough, 2006). Très concrètement, l'innovation est ouverte par deux voies principales : soit la connaissance est intégrée de l'extérieur vers l'intérieur (outside-in), soit la connaissance est diffusée de l'intérieur vers l'extérieur (inside-out). Premièrement, l'extérieur-intérieur évoque la collaboration de parties prenantes au sein du process d'innovation de l'organisation. Par exemple : développer des stratégies de co-conception avec des clients et/ou des fournisseurs ; échanger des brevets sur des marchés technologiques ; élaborer des logiciels open source ; former des consortiums de recherche ; établir des partenariats de recherche avec des universités et/ou des entreprises (concurrentes ou non) ; intégrer des clusters et des pôles de compétitivité ; adopter des modèles de crowdfunding ; constituent des pratiques d'innovation ouverte, celle liste n'étant pas exhaustive (Jullien et Pénin, 2014 ; Chesbrough, 2017). Deuxièmement, diffuser les connaissances de l'intérieur vers l'extérieur, consiste, pour les entreprises, à autoriser la sortie des idées pour que d'autres organisations puissent les utiliser, en interne ou au sein de leur business model (Maarse et Bogers, 2012 ; Tranekjer et Knudsen, 2012 ; Chesbrough et Bogers, 2014). Une mise en partage de brevets, à l'image des annonces faites par Elon Musk, PDG de Tesla, illustre une démarche d'innovation ouverte intérieur-extérieur. Parfois, une troisième voie d'innovation ouverte, qui combine extérieur-intérieur et intérieur-extérieur, est identifiée. Cette innovation ouverte couplée implique la gestion d'activités conjointes d'invention et de commercialisation par deux (ou plusieurs) partenaires qui partagent leurs connaissances au-delà de leurs frontières organisationnelles (Bogers, 2011 ; Bogers *et al.*, 2012 ; Chesbrough et Bogers, 2014). Concrètement, l'innovation ouverte couplée peut se rencontrer dans les alliances stratégiques, comme dans le cadre de l'industrie automobile, dans le prolongement de l'exemple précédemment développé.

Dans le domaine des organisations de santé, une dynamique de recherche accrue sur l'innovation ouverte est observée (Boukamel et Emery, 2019). Ces travaux tirent les leçons de cas d'innovation ouverte développés dans le contexte des Centres Hospitaliers Universitaires et montrent les apports des pratiques collaboratives, notamment une humanisation améliorée des soins et la constitution de fertilisations croisées liées au renforcement des relations entre professionnels de santé (Marcoux, 2016 ; Malas *et al.*, 2018). Ils interrogent également les apports des laboratoires vivants en santé et en autonomie. Ces *living labs* créent de la valeur par une implication renforcée des usagers de santé dans les dispositifs de conception de produits et services, par exemple en

s'appuyant sur des patients-experts, par leur contribution au développement d'une démocratie sanitaire, basée sur la participation citoyenne (*empowerment*) et par leur capacité à renforcer l'efficacité économique (Berthou et Picard, 2017 ; Berthou, 2018 ; Fasshauer, 2020 ; Béjean *et al.*, 2021). De façon générale, l'innovation ouverte en santé rejoint les conclusions relatives aux contributions et à la richesse induite par le recours à une diversité d'acteurs, cette diversité pouvant se rencontrer au sein de plusieurs initiatives récentes, comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (Grenier, 2015 ; Grenier *et al.*, 2021). Pour conclure et dans un contexte marqué par un grand pluralisme des acteurs (administratifs, soignants, médicaux, industriels et politiques), des institutions (hôpitaux, institutions de soins à domicile, médecine de ville), des objectifs (politique publique, expérience patient, contrôle des coûts, technicité), une dynamique de recherche récente apparaît (Denis *et al.*, 2002 ; Nobre, 2013 ; Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015 ; Boukamel et Emery, 2019). Cette littérature analyse les démarches d'innovation ouverte dans les organisations de santé et, conséquemment, les échanges entre acteurs et institutions qui n'ont pas nécessairement l'habitude, ni l'expérience, de communiquer, de se coordonner et de se concerter pour collaborer, voire pour harmoniser leurs pratiques professionnelles.

1.1.4. Approches typologiques de l'innovation

Plusieurs approches typologiques sont mobilisées pour appréhender les différentes catégories d'innovation. En premier lieu, Schumpeter (1934) évoque 5 types d'innovation, décrits dans les travaux de Dannequin (2003) :

1. *Fabrication d'un bien nouveau, c'est-à-dire encore non familier au cercle des consommateurs, ou d'une qualité nouvelle d'un bien ;*
2. *Introduction d'une méthode de production nouvelle, c'est-à-dire pratiquement inconnue de la branche intéressée de l'industrie. Il n'est nullement nécessaire qu'elle repose sur une découverte scientifiquement nouvelle et elle peut aussi résider dans de nouveaux procédés commerciaux pour une marchandise ;*
3. *Ouverture d'un débouché nouveau, c'est-à-dire d'un marché où, jusqu'à présent, la branche intéressée de l'industrie du pays intéressé n'a pas encore été introduite, que ce marché ait existé avant ou non ;*
4. *Conquête d'une nouvelle source de matières premières ou de produits semi-ouvrés. Peu importe qu'il faille créer cette source ou qu'elle ait existé antérieurement, qu'on ne l'ait pas prise en considération ou qu'elle ait été tenue pour inaccessible ;*
5. *Réalisation d'une nouvelle organisation, comme la création d'une situation de monopole (par exemple la trustification) ou l'apparition brusque d'un monopole.*

Cette typologie pionnière présente un vaste ensemble de catégories, qui contribuent à une vision, sur certains points seulement, actuelle de l'innovation. Par exemple, la qualité nouvelle d'un bien coïncide avec l'innovation incrémentale, telle qu'elle a été décrite en amont, c'est-à-dire comme une nouvelle version d'un produit existant significativement amélioré (Loilier et Tellier, 2013). Pour autant, cette typologie demeure également étroitement connectée au contexte de l'époque et, conséquemment, fortement reliée aux activités industrielles. Elle présente ainsi l'innovation sur l'ensemble des maillons d'une chaîne de valeur (Porter, 2001), évoluant des matières premières, vers les méthodes de production, puis vers les débouchés commerciaux. Une seconde classification de l'innovation, plus contemporaine, largement mobilisée dans les recherches et dans les ouvrages pédagogiques est celle proposée dans le manuel d'Oslo (2018). Selon cette référence, l'innovation se répartit en 4 catégories. L'innovation peut être : de produit, de procédé, de commercialisation et d'organisation. Chacune des catégories est définie dans le tableau 1, qui présente également les exemples proposés dans le manuel d'Oslo

Tableau 1 : Définitions de l'innovation selon le manuel d'Oslo (2018)

Catégorie	Définition	Exemples
Innovation de produit	<i>Introduction d'un bien ou d'un service nouveau ou sensiblement amélioré sur le plan de ses caractéristiques ou de l'usage auquel il est destiné. Cette définition inclut les améliorations sensibles des spécifications techniques, des composants et des matières, du logiciel intégré, de la convivialité ou autres caractéristiques fonctionnelles.</i>	<i>Microprocesseurs, Appareils photos numériques, Baladeur MP3, Freinage ABS, Système de navigation GPS, Tissus respirants, Services bancaires via Internet...</i>
Innovation de procédé	<i>Mise en œuvre d'une méthode de production ou de distribution nouvelle ou sensiblement améliorée. Cette notion implique des changements significatifs dans les techniques, le matériel et/ou le logiciel.</i>	<i>Mise en œuvre de nouvelles machines automatisées sur une chaîne de fabrication, Conception assistée par ordinateur, traçabilité des marchandises par code à barres...</i>
Innovation de commercialisation	<i>Mise en œuvre d'une nouvelle méthode de commercialisation impliquant des changements significatifs de la conception ou du conditionnement, du placement, de la promotion ou de la tarification d'un produit.</i>	<i>Conception nouvelle d'un flacon, Introduction d'un réseau de franchisage, Concession de licence, Cartes de fidélité...</i>
Innovation d'organisation	<i>Par innovation organisationnelle, on entend toute méthode organisationnelle visant les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures d'une entreprise, pour autant qu'elle est utilisée pour la première fois par la firme.</i>	<i>Codification du savoir, Pratiques de perfectionnement de la main d'œuvre et d'amélioration des conditions de travail, Système de gestion...</i>

Ces deux premières typologies, bien que relativement complètes, demeurent néanmoins centrées sur le secteur marchand. D'autres travaux proposent des approches typologiques de l'innovation dans les services publics, domaine longtemps considéré comme le parent pauvre des recherches sur l'innovation (Hipp et Grupp, 2005 ; Djellal et Gallouj, 2012). Selon Hartley (2005), l'innovation de service dans le domaine public peut ainsi concerner : des nouveaux produits (par exemple de nouveaux instruments dans les hôpitaux) ; des nouveaux services (par exemple une nouvelle plateforme en ligne des impôts), des nouveaux process (nouvelles procédures, structures organisationnelles) ; des nouvelles positions (nouveaux partenaires, clients) ; des nouvelles stratégies (nouveaux objectifs, nouvelles finalités ou valeurs) ; une nouvelle gouvernance et, enfin, une nouvelle rhétorique (nouveau langage, nouveaux concepts et nouvelles définitions). Cinar *et al.* (2022) complètent cette démarche typologique et proposent, à la suite de De Vries *et al.* (2016), une analyse fouillée de l'innovation dans le secteur public. 7 types d'innovation sont identifiés et décrits dans leur travail de recherche, qui, dans le cadre de ce travail doctoral, sont adaptés et décrits sous la forme d'un tableau (Tableau 2). Ce tableau présente les principales catégories d'innovation dans le service public, en propose une définition et en recense les principaux auteurs.

Tableau 2 : Les 7 types d'innovation dans le secteur public (adapté de Cinar *et al.*, 2022)

Catégories	Définition	Auteurs de référence
Innovations de service	<i>Un nouveau service proposé à un groupe d'utilisateurs existant ou à un nouveau groupe d'utilisateurs</i>	Osborne (1998) Walker (2008)
Innovations administratives de process	<i>Les innovations administratives de process réfèrent à la création de nouveaux moyens, méthodes et formes pour définir, répartir et engager les tâches</i>	Walker (2008) ; De Vries <i>et al.</i> (2016) ; Cinar <i>et al.</i> (2021)
Innovations technologiques de process	<i>Les innovations technologiques de process impliquent l'application des technologies dans les activités opérationnelles et les mécanismes de livraison du service</i>	Walker (2008) ; De Vries <i>et al.</i> (2016) ; Cinar <i>et al.</i> (2021)
Innovations conceptuelles	<i>Développement d'une nouvelle vision du monde qui défie les hypothèses et les fondements à la base des services, produits,</i>	Windrum (2008)

	<i>process et formes organisationnelles existants</i>	
Innovations de gouvernance	<i>Introduction de nouveaux mécanismes de participation pour les citoyens visant à améliorer la transparence et la responsabilité au sein du secteur public</i>	De Vries <i>et al.</i> (2016)
Innovations systémiques	<i>Nouveaux procédés, ou procédés améliorés, pour interagir et collaborer avec d'autres organisations et formes d'organisations (ONG, Entreprises, Organisations publiques) dans la perspective de développer des services publics</i>	Windrum (2008)
Innovations sociales	<i>Concept large et intersectoriel visant à répondre aux besoins sociaux des groupes défavorisés et ciblant les raisons sous-jacentes des problèmes sociaux</i>	Mulgan (2006) ; Voorberg <i>et al.</i> (2015)

Cette classification montre à quel point l'innovation dans le secteur public peut être complexe. Non seulement ces 7 types d'innovations induisent, ce qui est propre aux services, un caractère intangible, mais elles contiennent également une dynamique interrelationnelle et inter-organisationnelle beaucoup plus marquée que dans les approches précédentes. Ces innovations s'inscrivent, en outre, dans un contexte pluriel, administratif, économique et technologique, politique, social et temporel, susceptible de modifier très largement la capacité d'innovation, et plus globalement, le contenu des innovations des organisations de service (Cinar *et al.*, 2022).

Pour compléter cette présentation des typologies de l'innovation, il convient aussi de souligner l'existence de typologies classiques qui distinguent seulement deux catégories d'innovation (Evan, 1966 ; Abernathy et Utterback, 1978 ; Damanpour et Aravind, 2012). Pour Evan (1966), les innovations sont soit technologiques, soit administratives.

Les innovations technologiques s'inscrivent dans le système technique de l'organisation, elles peuvent être de produits, de services, de procédés.

Les innovations administratives s'inscrivent, quant à elles, dans le système social de l'organisation. Elles concernent le recrutement, l'autorité, les récompenses et la structuration des tâches ou l'allocation de ressources (Dubouloz, 2014 : 39). Cette dichotomie, qui distingue l'innovation technologique de l'innovation non technologique et

organisationnelle, est souvent retenue dans les travaux qui étudient les innovations organisationnelles et managériales, notamment pour souligner la part moins importante de recherches dédiées à l'innovation organisationnelle, en comparaison avec celles portant sur l'innovation technologique (Henderson et Clark, 1990 ; Utterback, 1994 ; Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Crossan et Apaydin, 2010 ; Keupp *et al.*, 2012 ; Dubouloz, 2013 ; Adam-Ledunois et Damart, 2017 ; Khosravi *et al.*, 2019).

Propos d'étape

Cette première section du cadre conceptuel ancre ce travail de recherche dans le prolongement des travaux qui portent sur l'innovation, sans aucune prétention d'exhaustivité, puisque cette littérature est pluridisciplinaire et pléthorique. Dans ce cadre et en premier lieu, des définitions de l'innovation sont données, montrant une évolution de la vision économique et fonctionnaliste de l'innovation, prédominante chez Schumpeter (1934 ; 1942) vers une conceptualisation beaucoup plus intégratrice. Selon cette optique, l'innovation est une idée, nouvelle pour l'organisation adoptante, qui se rapporte à un produit, un service, un dispositif, un système administratif, un processus, une politique, un plan ou un programme (Damanpour et Evan, 1984 ; Damanpour, 1991). La conceptualisation de l'innovation est ainsi large et multidimensionnelle, mais une innovation est aussi caractérisée par plusieurs invariants, notamment son critère de nouveauté, sa distinction de l'invention, c'est-à-dire qu'une innovation nécessite une implémentation, et sa genèse. Sur ce point, il est difficile d'évoquer l'innovation sans souligner le rôle majeur des entrepreneurs et des intrapreneurs, qui les développent et les introduisent. En second lieu, une distinction a été opérée entre innovation incrémentale et radicale, voire de rupture. Cette analyse des dynamiques de marché est importante, notamment parce qu'elle peut être rapprochée des évolutions, potentiellement disruptives, liées à la santé numérique (Dumez *et al.*, 2015 ; Dumez et Minvielle, 2021). Dans un troisième temps, le degré d'ouverte de l'innovation est abordé. Là encore, les recherches sur l'innovation ouverte entrent en résonance avec les préoccupations actuelles des chercheurs dans le domaine des organisations de santé, puisqu'une dynamique de recherche s'accroît pour mieux appréhender les pratiques collaboratives au sein des Centres Hospitaliers Universitaires, des *Living labs*, ou des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Cette section se conclut par une description des typologies de l'innovation. Cette démarche montre que l'innovation est souvent appréhendée selon deux angles, l'innovation technologique et organisationnelle. Elle permet également de souligner la complexité inhérente et induite par l'innovation, lorsqu'elle est de service et introduite dans les organisations publiques. Finalement, évoquer les typologies de l'innovation permet de faire le lien avec la section suivante, qui précise ce qu'est une innovation organisationnelle et en identifie les principaux enjeux d'adoption.

1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle

Le parcours de la littérature, proposé en amont, montre qu'il existe différents types d'innovation. Cette section s'intéresse particulièrement à une catégorie d'innovation, les innovations organisationnelles. 4 sous-sections structurent cette section. Tout d'abord, des définitions de l'innovation organisationnelle sont proposées (1.2.1.). Ensuite est appréhendée la question de la génération et de l'adoption de l'innovation organisationnelle (1.2.2.). Un troisième temps développe les barrières et les leviers de l'innovation organisationnelle (1.2.3.). Enfin, une analyse de la complémentarité des innovations organisationnelles et technologiques est proposée (1.2.4.).

1.2.1. Définir l'innovation organisationnelle

Avant de définir l'innovation organisationnelle, plusieurs constats s'imposent. Premièrement, la recherche sur l'innovation organisationnelle demeure moins dynamique que celle sur l'innovation technologique (1.2.1.1.). Deuxièmement, de nombreuses terminologies connexes sont mobilisées pour appréhender le concept d'innovation organisationnelle (1.2.1.2.). Troisièmement, l'innovation organisationnelle fait l'objet, d'une dynamique et d'un travail, importants, de conceptualisation (1.2.1.3.). Enfin, des exemples peuvent être donnés pour mieux comprendre concrètement ce que peut être une innovation organisationnelle et ses effets attendus (1.2.1.4.).

1.2.1.1. L'innovation organisationnelle, un parent pauvre de la recherche sur l'innovation

Plusieurs revues de littérature sur l'innovation montrent que l'innovation organisationnelle demeure beaucoup moins étudiée que l'innovation technologique (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Armbruster *et al.*, 2008 ; Crossan et Apaydin, 2010 ; Keupp *et al.*, 2012 ; Khosravi *et al.*, 2019). Pour Keupp *et al.* (2012), très peu de travaux s'intéressent au management stratégique des innovations de process, des innovations administratives et des innovations de service. Sur un échantillon de 342 articles analysés par Keupp *et al.* (2012), 246 portent ainsi sur les innovations technologiques alors que seulement 25 s'intéressent aux innovations administratives. Khosravi *et al.* (2019) mentionnent l'existence d'une dynamique de recherche sur l'innovation organisationnelle qui s'accroît, mais qui demeure encore insuffisante. En particulier, pour ces auteurs, tous les antécédents, toutes les conséquences et toutes les phases de l'innovation organisationnelle demeurent encore méconnues. Ce constat est paradoxal, d'autant que

les innovations organisationnelles sont considérées comme les plus répandues, notamment dans le contexte français, ce qui est souligné dans l'enquête communautaire sur l'innovation française CIS 2006 (Community Innovation Survey) (Dubouloz, 2013).

1.2.1.2. Innovation organisationnelle, managériale ou administrative ?

Une des particularités de l'innovation organisationnelle est de couvrir un ensemble multiple de terminologies. Cerne *et al.* (2016) analysent 482 articles publiés depuis 1975 et montrent qu'une dizaine de termes sont employés pour décrire l'innovation non technologique. En particulier et à propos de l'innovation organisationnelle, les termes « *innovation administrative* » (Evan, 1966 ; Damanpour, 1987), « *innovation management* » (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Hamel, 2008) et « *innovation managériale* » (Kimberly, 1981 ; Damanpour, 2012a) sont mobilisés dans les recherches. Dubouloz (2014) analyse en profondeur chacune des définitions des concepts et montre que les terminologies peuvent être employées de façon interchangeable, puisque non seulement ces innovations partagent un point central commun, le fait d'être fondamentalement non technologiques, mais, en outre, leurs conceptualisations respectives se chevauchent clairement. Un même point de vue est partagé par Adam-Ledunois et Damart (2017). Selon ces auteurs, des distinctions sont faites entre innovation organisationnelle, innovation administrative et innovation managériale, mais il s'agit plus d'une évolution du concept à travers les époques que d'une réelle segmentation des objets de management (Damanpour et Aravind, 2012 ; Damanpour, 2014 ; Hervas-Oliver et Sempere-Ripoll, 2014). Pour Damanpour (2017) néanmoins, l'innovation managériale, terme substitut et décliné de l'innovation administrative (Evan, 1966), serait une composante de l'innovation organisationnelle. Selon ces auteurs, l'innovation organisationnelle se définit par l'étude de l'innovation dans les organisations, incluant les organisations publiques et privées. La recherche sur l'innovation organisationnelle examine quelles conditions externes et internes induisent l'innovation, comment les organisations gèrent le processus d'innovation et de quelle manière l'innovation modifie la conduite et les résultats organisationnels. L'innovation managériale, quant à elle, reflète des approches de conception de stratégie, de structure et de processus qui sont nouvelles pour l'organisation (Kimberly, 1981 ; Vaccaro *et al.*, 2012 ; Walker *et al.*, 2011). Elle s'entend comme un ensemble de principes, de pratiques, de process de management qui modifient la façon dont le management est effectué, la façon dont les managers font ce qu'ils font et,

par conséquent, ce qui constitue les règles et les routines de l'organisation (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Hamel, 2008). Pour Damanpour (2017), l'innovation managériale ne serait ainsi qu'un concept, prometteur par ailleurs, au sein d'un champ de recherche plus vaste, l'innovation organisationnelle.

Dans le cadre précis de cette recherche, seul le concept d'innovation organisationnelle, défini par l'adoption de nouvelles pratiques managériales, procédures de travail, techniques, formes ou structures organisationnelles, est retenu (Armbruster, *et al.*, 2008, Birkinshaw, *et al.*, 2008, Damanpour et Aravind, 2012, Dubouloz, 2013). Les raisons en sont simples. Premièrement, ce terme est employé pour décrire les innovations de l'article 51, terrain de cette recherche. Par ailleurs, 3 champs définissent l'innovation en santé selon le ministère de la santé et de la prévention : l'innovation diagnostique et thérapeutique ; l'innovation technologique et numérique et, enfin, l'innovation organisationnelle et comportementale. Seule la terminologie innovation organisationnelle est donc mobilisée logiquement dans le cadre de cette recherche doctorale, même si la mobilisation du terme d'innovation managériale aurait tout aussi bien pu être choisie. Des recherches antérieures récentes mobilisent d'ailleurs le concept d'innovation managériale dans le cadre des organisations de santé (Nobre, 2013 ; Damart, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016 ; Albert-Cromarias, 2020 ; Zaghmouri, 2020 ; Rochette et Ceccato, 2022).

1.2.1.3. L'innovation organisationnelle, un effort important de conceptualisation

L'innovation organisationnelle fait l'objet d'une dynamique, et d'un effort important de conceptualisation. Plusieurs numéros spéciaux sont consacrés aux innovations organisationnelles. Les revues francophones¹⁵ « Comptabilité Contrôle Audit » et « Revue Française de Gestion » ont ainsi proposé des numéros dédiés en 2003 et en 2013. Dans un contexte anglophone¹⁶, « Organization Studies » a également proposé un numéro spécial en 2014. Par conséquent, de nombreux travaux académiques s'attachent à définir l'innovation organisationnelle, comme le souligne le tableau 3. Ce tableau adapte les travaux de Dubouloz (2014), d'Adam-Ledunois et Damart (2017) et en propose un prolongement. Il identifie, sans viser l'exhaustivité, les principales définitions de

¹⁵ Comptabilité Contrôle Audit, 2003/3, Tome 9 ; Revue Française de Gestion, 2013/235, n°6

¹⁶ Organization Studies, 2014/35, n°9

l'innovation organisationnelle, de l'innovation administrative, de l'innovation management et de l'innovation managériale.

Tableau 3 : Définitions de l'innovation organisationnelle et de ses terminologies connexes

Concept	Auteurs	Définition
Innovation Organisationnelle	Schumpeter (1934)	<i>Réalisation d'une nouvelle organisation</i>
	Williamson (1975)	<i>Changements des formes organisationnelles et redéfinition des processus organisationnels</i>
	Ménard (1995)	<i>Changement de structure de plus ou moins grande ampleur ou modification affectant les règles, routines et tâches</i>
	Georgantzis et Shapiro (1993)	<i>Les innovations organisationnelles sont des innovations de processus non technologiques incorporées dans les connaissances et les compétences de l'organisation</i>
	Edquist et al. (2001)	<i>Nouvelle façon d'organiser les activités d'entreprise telles que la production et le R&D, et innovations qui concernent l'organisation des ressources humaines</i>
	Armbruster et al. (2008)	<i>Les innovations organisationnelles structurelles influencent, changent et améliorent les responsabilités, les flux d'informations, les niveaux hiérarchiques, les divisions et les fonctions. Les innovations organisationnelles procédurales affectent les routines, les process et les opérations d'une organisation. Les innovations organisationnelles peuvent être intra ou inter-organisationnelles, les innovations inter-organisationnelles se situant au-delà des frontières de l'organisation</i>
	Camison et Villar-Lopez (2014)	<i>Reprise définition OCDE (Manuel d'Oslo, 2005) : Par innovation organisationnelle, on entend toute méthode organisationnelle visant les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures d'une entreprise, pour autant qu'elle est utilisée pour la première fois par la firme.</i>
	Damanpour (2017)	<i>Le domaine de la recherche sur l'innovation organisationnelle englobe les activités organisationnelles et les mécanismes de création (génération) et d'application (adoption) de nouvelles idées et pratiques technologiques ou non technologiques tout au long de leur chaîne de valeur.</i>
Innovation Administrative	Damanpour et Evan (1984)	<i>Nouvelles idées administratives issues du système social de l'organisation, entendu comme les relations entre les personnes qui interagissent pour accomplir une tâche ou un objectif particulier</i>
	Gosselin (1997)	<i>Nouvelles, procédures, politiques administratives et structures organisationnelles</i>
	Tanninen et al. (2008)	<i>Innovations qui sont relatives aux activités managériales et en contact avec le système organisationnel local</i>
Innovation Management	Hamel (2008 : 31)	<i>Ce qui modifie substantiellement la façon dont les tâches de management sont effectuées et/ou les structures traditionnelles de l'organisation, lui permettant ainsi de mieux atteindre ses objectifs</i>

	Birkinshaw et al. (2008)	<i>L'invention et l'implémentation d'une pratique, d'un processus, d'une structure ou d'une technique de management, qui sont nouveaux par rapport à l'état de l'art et qui sont introduits dans la perspective de mieux atteindre les buts de l'organisation</i>
Innovations Managériales	Alcouffe et al. (2003)	<i>Une invention de management qui a réussi – au sens d'un minimum de reconnaissance et d'adoption – et qui change au moins en partie les façons de penser et de conduire l'action organisée</i>
	Godowski (2003)	<i>L'innovation managériale est l'adoption, par une organisation, de pratiques ou de méthodes de management nouvelles pour elle, dans l'objectif d'améliorer sa performance globale</i>
	David (2013)	<i>Nouvelles approches pour concevoir la stratégie, la structure et les processus qui changent la façon de travailler des managers et des membres de l'organisation</i>
	Leroy et al. (2013)	<i>L'innovation managériale est l'adoption, par une organisation, de pratiques ou de méthodes de management nouvelles pour elle, dans l'objectif d'améliorer sa performance globale</i>
	Damanpour (2014)	<i>Nouvelles approches pour concevoir la stratégie, la structure et les processus qui changent la façon de travailler des managers et des membres de l'organisation</i>
	Favoreu et Carassus (2019)	<i>L'innovation managériale peut être définie comme l'adoption de méthodes de management, organisationnelles et opérationnelles qui sont nouvelles pour l'organisation et qui visent l'amélioration de la performance organisationnelle</i>

A la lecture de ce tableau, plusieurs constats peuvent être dressés. En premier lieu, la littérature sur l'innovation organisationnelle est diverse et fragmentée (Armbruster *et al.*, 2008). Il n'y a pas de consensus sur les termes, ni sur ce qu'est une innovation organisationnelle (Lam, 2006 ; Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Fernandes Rodriguez Alves *et al.*, 2016). C'est probablement parce que l'innovation n'est pas due à un acte isolé au sein de l'organisation, mais plutôt générée par une alchimie d'actions nouvelles ou modifiées (Fernandes Rodriguez Alves *et al.*, 2016). Ainsi et pour Damanpour (2017), l'innovation organisationnelle est un champ de recherche qui englobe le management de l'innovation et la tendance d'une organisation à être innovante. C'est également le point de vue partagé par Lam (2006), dont la revue de littérature associe un vaste ensemble de travaux relatifs à l'innovation, dans sa globalité et dans tous ses types, au concept d'«*Organizational Innovation* ». Par conséquent, ces recherches appréhendent plutôt l'organisation comme « le lieu » d'émergence de l'innovation, quel que soit son type. Dans la seconde approche, le caractère organisationnel coïncide davantage avec « la nature » de l'innovation. Encore une fois, c'est cette perspective qui est adoptée dans le cadre de ce travail. L'innovation organisationnelle est alors rapprochée de ses terminologies connexes, innovation administrative, innovation management et innovation managériale. Outre la définition

déjà énoncée plus haut, c'est-à-dire l'adoption de nouvelles pratiques managériales, procédures de travail, techniques, formes ou structures organisationnelles, compte tenu de l'objet de cette recherche, il convient de souligner l'importance du caractère intra ou inter-organisationnel, qui est proposé dans certaines définitions, notamment celle de Armbruster *et al.* (2008), et celle de l'OCDE et du manuel d'Oslo (2005), reprise par Camison et Villar-Lopez (2014). Cette perspective, interne et externe, de l'innovation organisationnelle, semble peu mise en valeur dans les définitions proposées. Elle rejoint pourtant les constats déjà établis en amont à propos de l'innovation ouverte et qui sont très importants au regard de l'objet de cette recherche, les organisations de santé, pour lesquelles la coordination intra et inter-organisationnelle est essentielle (Bloch et Hénaut, 2014). Enfin et pour conclure cette présentation des multiples définitions de l'innovation organisationnelle, plusieurs auteurs considèrent que le critère de nouveauté s'apprécie selon deux perspectives (Leroy *et al.*, 2013 ; Adam-Ledunois et Damart, 2017). Soit l'innovation organisationnelle est nouvelle par rapport au contexte dans lequel elle s'insère, c'est-à-dire l'organisation. Dans ce cas l'innovation organisationnelle est relative. Soit l'innovation organisationnelle est nouvelle par rapport à l'ensemble des concepts managériaux, et, par conséquent, nouvelle par rapport à l'état de l'art du management Birkinshaw *et al.* (2008). Elle est alors absolue. Pour donner un exemple concret de cette différence de conceptualisation relative et absolue de l'innovation organisationnelle, prenons celui du Balanced Scorecard (Kaplan et Norton, 1992 ; 1996 ; 1998). Lorsque les auteurs conçoivent leur tableau de bord prospectif et qu'il est proposé en tant que nouvel outil de gestion et d'alignement stratégique, l'innovation organisationnelle est absolue, puisque cet outil représente une innovation par rapport à l'état de l'art du management. Si, demain, une organisation, quelle qu'elle soit, publique, privée, met en place un tableau de bord prospectif, plus de 20 ans après sa conception, c'est également une innovation organisationnelle, mais relative, la nouveauté consistant dans son introduction au sein de cette organisation adoptante.

1.2.1.4. Quelques exemples concrets d'innovations organisationnelles et de leurs effets attendus

La sous-section précédente insistait sur la conceptualisation de l'innovation organisationnelle, en en proposant une, ou, plutôt, des définitions. Cette présente sous-section en présente plusieurs exemples, principes et actions, qui concernent différents

types d'organisation. Elle évoque également les effets attendus de l'innovation organisationnelle.

Exemples, principes et actions clés de l'innovation organisationnelle

Birkinshaw *et al.* (2008) établissent un premier état de l'art des pratiques d'innovation organisationnelle (Tableau 4) qui permet d'en appréhender la diversité.

Tableau 4 : Exemples d'innovations organisationnelles (traduit et adapté de Birkinshaw *et al.* 2008)

Exemples	Définitions	Auteurs de référence
Laboratoire de R&D	Nouvelle structure pour gérer le processus d'innovation technologique et produits	Hargadon (2003)
Structure divisionnelle	Nouvelle structure organisationnelle pour gérer la complexité liée aux multiples produits et marchés	Chandler (1962)
Système de production Toyota	Nouvel ensemble de pratiques et process qui visent à améliorer l'efficacité de la production et réduire les pertes et gaspillages	Ohno (1988)
Management de la Qualité Totale	Nouvel ensemble de pratiques et process qui visent à réduire les défauts de qualité et à améliorer la satisfaction client	Zbaracki (1998)
Flux de trésorerie actualisés	Nouvelle technique d'amélioration de l'investissement et de budgétisation prenant en compte la dimension temporelle	Pezet (1997)
Organisation Spaghetti	Nouvelle structure organisationnelle cherchant à accroître les initiatives des employés et à surpasser les lignes hiérarchiques	Foss (2003)
Fabrication cellulaire	Nouveau process pour gérer les tâches dans les unités de production en visant l'amélioration de la satisfaction des employés et les flux sortants de production	Berggreen (1992)
Nouvelle organisation Nasa	Nouvelles structures et pratiques de modélisation et d'analyses complexes par la simulation	Caroll <i>et al.</i> (2006)
Méthode des coûts par activité	Nouvelles pratiques et techniques pour comptabiliser les coûts et améliorer la réalité de leur évaluation	Kaplan et Norton (1998)
Ligne d'assemblage moderne	Nouvelles pratiques et process qui améliorent l'efficacité et l'efficacité de la production	Hounshell (1982)

Tableau de bord prospectif	Nouvelles pratiques et techniques visant à intégrer un ensemble varié d'informations pour améliorer la prise de décision	Kaplan et Norton (1998)
Qualité de vie au travail	Nouvel ensemble de pratiques et process ciblant les missions et poste des employés et visant à améliorer leur bonheur au travail	Yorks et Whitsett (1985)

L'innovation organisationnelle irrigue de nombreuses sphères de l'organisation. La production, la comptabilité, le contrôle de gestion, la stratégie, sont particulièrement représentés dans ce tableau avec des méthodes de management particulièrement connues et mobilisées par les organisations : toyotisme, management par la qualité totale, production en juste à temps, *lean management*, tableau de bord prospectif. L'innovation organisationnelle implique également de nouvelles façons d'appréhender la chaîne hiérarchique et le pouvoir de décision au sein des organisations. Les innovations collaboratives, les pratiques libérées dans l'entreprise, l'organisation spaghetti, le « Design Thinking », constituent ainsi des exemples d'innovations organisationnelles étudiées dans la littérature (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Hamel, 2008 ; Damanpour et Aravind, 2012 ; Leroy *et al.*, 2013 ; Autissier *et al.*, 2018 ; Mattelin-Pierrard et Dubouloz, 2019). Dans ce cadre, certains auteurs (Hamel, 2008 ; Autissier *et al.*, 2016) ancrent les exemples d'innovations organisationnelles dans une perspective philosophique et téléologique forte de transformation des organisations. Par exemple et pour Hamel (2008), l'innovation organisationnelle s'appuie sur plusieurs principes et actions clés :

- *Créer une démocratie des idées* : la créativité n'est pas réservée à une élite et à quelques élus du top management, mais, au contraire, il est important de favoriser l'expression d'idées dans les organisations.
- *Libérer le potentiel d'imagination humaine* : mieux exploiter les possibilités offertes liées à l'apparition des nouvelles technologies (constat de forte mobilisation des applications et des outils dans la sphère privée Vs sphère professionnelle)
- *Dynamiser le redéploiement des ressources* : accélérer le rythme des choix d'allocation de ressources plutôt que de s'enfermer dans des procédures
- *Exploiter la sagesse collective* : responsabiliser et informer, en toute transparence, les équipes de collaborateurs, dans le cadre d'un projet porteur de sens.
- *Minimiser la tyrannie des modèles mentaux existants* : déconstruire les conditionnements cognitifs profondément ancrés au sein des organisations.

- Donner à chacun la possibilité d'apporter sa contribution à la réussite collective : Favoriser l'implication de l'ensemble des membres de l'organisation dans les éléments constitutifs de son succès.

Dans une même veine, Autissier *et al.* (2016) ancrent l'innovation organisationnelle dans une double approche, fondée sur la sociocratie et l'holocratie dans l'organisation. La sociocratie comme modèle de gestion et de gouvernance par cercles interreliés et au sein desquels les individus sont libres, responsables et décident dans l'intérêt du collectif. L'holocratie comme modèle d'organisation au sein duquel les membres sont pleinement autonomes et s'autorégulent dans le respect de la finalité et des contraintes du système auquel ils appartiennent. Pour Autissier *et al.* (2016), les innovations organisationnelles, qui s'appuient sur ces principes, se traduisent par des pratiques de réseau apprenant, d'atelier participatif, de coaching croisé, de co-développement, de focus group. Pour ces auteurs, l'innovation est avant tout collaborative. L'innovation managériale (organisationnelle selon notre terminologie) ne se conçoit que par opposition au management hiérarchique et structuro-fonctionnelle, dans le fait d'envisager d'autres modalités de coopération et de coordination entre les personnes dans un système de production contraint.

En conclusion, le caractère multidimensionnel des définitions de l'innovation organisationnelle se reflète également dans les pratiques. Pour Armbruster *et al.* (2008), ces pratiques peuvent être intra-organisationnelles, concerner des fonctions, des départements ou affecter la structure et la stratégie de l'organisation dans son ensemble. Les innovations intra-organisationnelles peuvent inclure la mise en place d'un travail d'équipe, des cercles de qualité, des processus d'amélioration, la certification d'une entreprise sous des normes ISO 9000... Les innovations organisationnelles peuvent également être inter-organisationnelles et intégrer de nouvelles procédures et structures qui dépassent les frontières de l'organisation. Ce peut être la mise en place d'un processus de juste à temps avec les fournisseurs, de la co-conception avec les clients, un partage des éléments de la supply chain avec des organisations partenaires... Dans tous les cas l'innovation organisationnelle, lorsqu'elle est mise en action, rassemble des approches « classiques » d'amélioration des systèmes de production, à l'image du toyotisme et du management de la qualité, et des pratiques considérées par les auteurs comme plus émergentes et révolutionnaires, à l'image des innovations collaboratives et de l'entreprise libérée (Getz, 2012 ; Autissier *et al.*, 2016).

Effets attendus de l'innovation organisationnelle

Plusieurs auteurs considèrent l'innovation organisationnelle comme le principal moteur de la performance à long terme d'une organisation (Mol et Birkinshaw, 2009 ; Leroy *et al.*, 2013 ; Volderba *et al.*, 2013 ; Khosravi *et al.*, 2019). Pour Birkinshaw *et al.* (2008), les effets de l'innovation organisationnelle sont de deux ordres : des aspects hard, c'est-à-dire une amélioration de la performance financière ; des aspects plus softs, portant sur la satisfaction et la motivation des collaborateurs par exemple. Selon Volderba *et al.* (2013), la performance des organisations s'explique principalement par les innovations organisationnelles, lesquelles stimulent les autres innovations, notamment technologiques. Une même perspective est adoptée par Nieves (2016), qui, dans le secteur des services, montre que l'innovation organisationnelle favorise l'apprentissage et les innovations produits, ce qui contribue à l'amélioration de la performance financière de l'organisation. Khosravi *et al.* (2019) soulignent ces mêmes éléments puisque l'innovation organisationnelle influence, selon ces auteurs, les innovations technologiques, de process et de produits. Par ailleurs, les innovations organisationnelles favoriseraient également les capacités dynamiques stratégiques de l'organisation, c'est-à-dire la capacité à identifier les opportunités et les menaces et à opérer les changements nécessaires pour faire face aux évolutions de l'environnement (Teece, 2007 ; Khosravi *et al.*, 2019). Les travaux sur les effets de l'innovation organisationnelle demeurent néanmoins peu fréquents et, surtout, les résultats de l'innovation organisationnelle restent difficilement appréhendables en raison de sa complexité et de sa diversité, des éléments déjà développés en amont (Armbruster *et al.*, 2008 ; Khosravi *et al.*, 2019). Pour Armbruster *et al.* (2008), l'évaluation de l'impact d'une innovation organisationnelle devrait toujours se faire par une comparaison entre organisation innovante et organisation non innovante, ce qui pose des défis méthodologiques majeurs. Les effets des innovations organisationnelles, à l'exception des normes ISO 9000 (qualité) et ISO 14000 (protection de l'environnement), demeurent très difficilement mesurables et sont donc plus dépendants du point de vue que se construisent les managers de l'organisation (Armbruster *et al.*, 2008). Birkinshaw *et al.* (2008), rappellent également que l'implémentation d'une innovation organisationnelle ne rencontre pas toujours un franc succès. C'est le cas notamment de l'entreprise Volvo, qui a peiné pour mettre en place un dispositif de fabrication cellulaire et qui, finalement, a dû renoncer à cette innovation. La

section suivante revient sur les problématiques de génération et d'adoption de l'innovation organisationnelle.

1.2.2. Processus de génération et d'adoption des innovations organisationnelles

Le processus d'innovation a fait l'objet de nombreux travaux et est souvent appréhendé de façon séquentielle, incluant la reconnaissance de problèmes et d'opportunités, le développement, la production, la commercialisation, l'adoption, l'implémentation (Rogers, 1995 ; Damanpour, 1991 ; Damanpour, 2017). Plusieurs conceptions coexistent néanmoins pour évoquer les notions sous-jacentes à ce processus. Pour Rogers (1995), la génération, l'adoption et la diffusion de l'innovation sont des concepts distincts. La génération de l'innovation concerne sa genèse, d'où elle vient et comment cette origine influence l'adoption et la diffusion des innovations. L'adoption est, quant à elle, la décision d'utiliser et d'implémenter l'innovation. La diffusion est, troisièmement, le procédé par lequel une innovation est communiquée, par l'intermédiaire de certains canaux, au sein d'un système social (Rogers, 1995 : 5).

Selon Birkinshaw *et al.* (2008), le processus d'innovation organisationnelle s'articule en 4 phases principales : la motivation, l'invention, l'implémentation, la théorisation et l'étiquetage. La motivation englobe les facteurs et les circonstances qui facilitent, précipitent et encouragent les individus à développer leurs propres innovations organisationnelles. L'invention est l'acte initial d'expérimentation au cours duquel de nouvelles pratiques organisationnelles et managériales émergent. L'implémentation est le procédé technique qui établit et évalue la valeur de l'innovation organisationnelle *in vivo*. La théorisation et l'étiquetage forment le processus social par lequel les individus, qu'ils soient à l'extérieur ou à l'intérieur de l'organisation, font sens de l'innovation créée et construisent sa légitimité. D'autres auteurs évoquent également quatre phases à propos des innovations organisationnelles, notamment la conceptualisation, la génération, l'adoption et la diffusion (Kuo, 2011 ; Khosravi *et al.*, 2019).

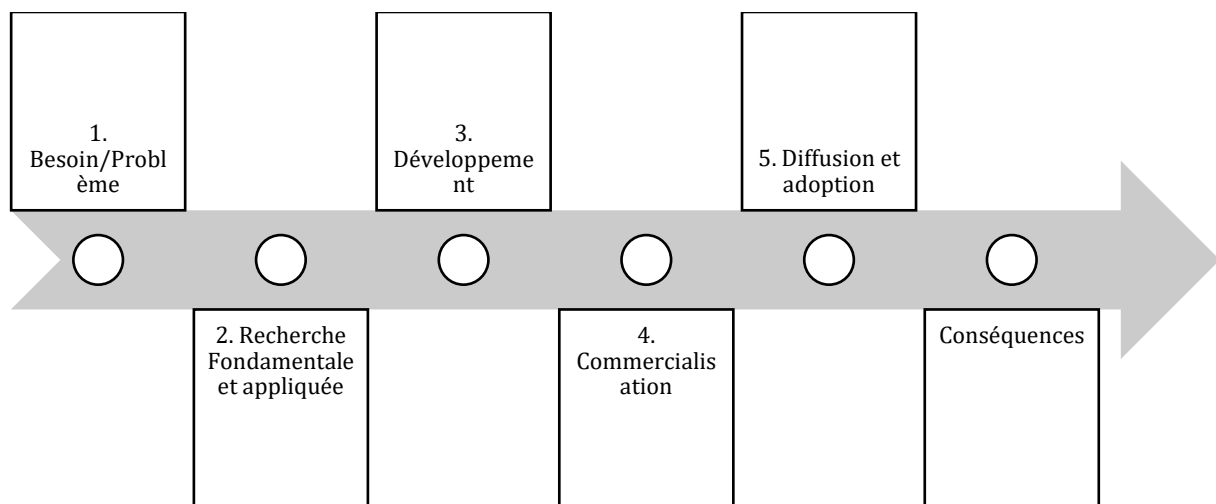
Damanpour (2017) considère ces cadres d'analyse en 4 phases comme de notables exceptions. Au contraire de ces auteurs, Damanpour (1991 ; 2017), puis Dubouloz (2014) dans un contexte francophone, ne retiennent effectivement que deux concepts pour matérialiser le processus d'innovation organisationnelle : la génération et l'adoption (ou diffusion, c'est-à-dire la propagation des innovations au sein d'une population d'individus ou d'organisations (Dubouloz, 2014 : 79). Pour ne pas prêter à confusion, cette recherche

doctorale s'inscrit dans la lignée de ces travaux et ne développe que les concepts de génération et d'adoption des innovations organisationnelles.

1.2.2.1. La génération de l'innovation

Comme indiqué en amont, la génération de l'innovation évoque sa genèse et ses origines. Le processus de génération inclut la reconnaissance des opportunités, des activités de recherche, de design, de pilotage de projets et de phases de tests, des activités de production, de marketing, de distribution, de développement commercial (Tornatzky et Fleischer, 1990 ; Damanpour 2017). Le processus de génération est un acte créatif, celui d'adoption consiste plus en une démarche de résolution de problèmes (Damanpour, 2017). Selon Rogers (1995 : 138), le processus de génération de l'innovation commence par la reconnaissance d'un besoin ou d'un problème. Cette identification stimule les activités de recherche et de développement pour créer une innovation apportant une solution/réponse à ce problème/besoin. Rogers décrit six principales phases du développement d'une innovation (Figure 1)

Figure 1 : Les six principales phases du processus d'innovation (adapté de Rogers, 1995)



Birkinshaw et Mol (2006) appréhendent quant à eux la génération de l'innovation organisationnelle selon 4 étapes principales. L'insatisfaction face au statu quo (un problème opérationnel lancinant, une menace stratégique, l'émergence d'une crise imminente) (1) ; l'inspiration provenant d'autres sources (exemples de pratiques ayant déjà fonctionné dans un autre contexte) (2) ; l'invention, qui est stimulée par les deux phases précédentes (3) et, enfin, la validation interne et externe de l'innovation, c'est-à-

dire son acceptation par les parties prenantes (4). Les auteurs insistent sur l'importance, dans le cadre de la validation externe, du rôle joué par les observateurs indépendants (consultants, académiques, associations, médias) pour diffuser les innovations dans les autres organisations (Birkinshaw et Mol, 2006 ; Damanpour et Aravind, 2012). La littérature sur la génération de l'innovation organisationnelle est alimentée par de nombreux travaux conceptuels et de synthèse (Birkinshaw et Mol, 2006 ; Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Damanpour et Aravind, 2012 ; Damanpour, 2017 ; Khosravi *et al.*, 2019). En dépit de cette richesse, rares sont les travaux, qui, comme dans l'œuvre de Schumpeter (1934 ; 1942), soulignent le rôle majeur joué par les entrepreneurs et les intrapreneurs dans la génération de l'innovation. Birkinshaw *et al.* (2008) insistent sur l'importance des agents de changement internes, c'est-à-dire les collaborateurs de l'organisation innovante, proactifs qui ont envie d'expérimenter et de valider l'innovation organisationnelle, et des agents de changements externes décrits par Birkinshaw et Mol (2006). Pour autant, la plupart du temps, la conception de la génération de l'innovation demeure largement mécanique, processuelle et désincarnée.

1.2.2.2. Adoption de l'innovation organisationnelle

L'adoption de l'innovation consiste en l'assimilation d'un produit, d'un process, d'une pratique, qui sont nouveaux pour l'organisation adoptante (Kimberly et Evanisko, 1981 ; Walker, 2008 ; Damanpour et Schneider, 2006). Plusieurs phases articulent le processus d'adoption de l'innovation. Pour Damanpour et Schneider (2006), puis Damanpour (2017), deux phases principales orientent l'adoption d'une innovation organisationnelle. L'initiation et l'implémentation, qui reflètent, respectivement, les périodes de pré-adoption et de post-adoption de l'innovation (Damanpour et Schneider, 2006).

L'initiation rassemble ainsi les activités de recherche de solutions, d'identification des innovations pertinentes et la proposition d'une sélection d'innovations (Duncan, 1976 ; Rogers, 1995). Au cours de cette phase, les organisations apprennent l'existence de l'innovation, évaluent sa pertinence et sa faisabilité, sollicitent les avis de parties prenantes externes et internes et prennent la décision d'adopter l'innovation (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Damanpour, 2017).

L'implémentation regroupe, quant à elle, les activités qui modifient l'innovation, préparent l'organisation à l'exploiter, testent concrètement son utilisation, l'acceptation par les

utilisateurs. L'implémentation continue jusqu'à une routinisation de l'innovation (Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017).

Dubouloz (2014 : 79) propose une revue de littérature particulièrement étayée de l'adoption de l'innovation par phase. Cette synthèse conduit à la proposition d'un modèle d'adoption de l'innovation en 3 phases principales : initiation et décision, implémentation ou mise en usage, routinisation ou poursuite de l'usage. Les deux premières phases correspondent aux phases d'initiation et d'implémentation décrites en amont. La routinisation ou poursuite de l'usage indique le succès de l'innovation, lorsqu'elle est utilisée de manière usuelle et qu'elle devient une caractéristique courante de l'organisation (Dubouloz, 2014). Rogers (1995) propose une typologie des individus adoptant l'innovation. Pour cet auteur, 5 idéaux-types permettent de mieux comprendre la relation entre les individus, les groupes d'individus et l'innovation.

- Les *innovateurs* forment les pionniers qui sont à l'affût des nouveautés et qui sont très intéressés par l'essai d'idées nouvelles. Ils se caractérisent par un réseau social cosmopolite, leurs ressources financières sont suffisantes pour assimiler l'innovation, leur degré de connaissances leur permet de faire face aux complexités techniques. En bref, ils sont audacieux et cette audace joue un rôle important pour développer de nouvelles idées dans le système social.

- Les *adopteurs précoces* facilitent l'adoption de l'innovation, dans un second temps. Plus intégrés au système social local que les innovateurs, leaders d'opinion, ils accélèrent la vitesse de routinisation de l'innovation par leur persuasion de l'utilité de la nouvelle idée et leur capacité à évoluer au sein de la norme sociale. Rogers (1995 : 249) considère les adopteurs précoces comme des agents de changement, des missionnaires locaux et des modèles pour l'ensemble des membres du système social.

- La *majorité précoce* adopte les idées nouvelles au sein d'un système social avant le plus grand nombre. Ils interagissent avec leurs pairs, mais ne se distinguent pas pour autant par leur leadership. Leur prise de décision repose sur un temps long, à l'opposé des deux premières catégories. La majorité précoce constitue ainsi un entre-deux, à la fois ni premiers et ni derniers à adopter l'innovation.

- La *majorité tardive, ou en retard*, intervient après le plus grand nombre. L'adoption de l'innovation est motivée à la fois par une nécessité économique et en réponse à la

norme sociale. L'innovation est appréhendée avec prudence et scepticisme et ne sera adoptée que lorsque d'autres l'utilisent et en sont convaincus. La pression des pairs est donc très importante pour expliquer l'adoption de ce groupe d'individus.

- Enfin, les *trainards* constituent les derniers à adopter l'innovation. Isolés des systèmes sociaux, ils sont suspicieux face aux innovations et aux agents de changements. Lorsque la plupart des individus sont tournés vers l'avenir, l'attention des trainards reste figée dans le rétroviseur. Les trainards forment un groupe de résistants face à l'innovation.

La typologie des adopteurs de l'innovation demeure idéal typique, parfois caricaturale, à l'image de la dernière catégorie identifiée. Elle souligne néanmoins le rôle crucial de certains individus et groupes d'individus pour faciliter l'adoption de l'innovation au sein d'un système social.

La plupart des modèles d'adoption présentés précédemment demeurent des modèles linéaires, séquentiels, typologiques, mais, pour autant, assumés. Assumés parce que les auteurs, notamment Rogers (1995), expliquent bien que les processus sont liés à des itérations et à des phénomènes sociaux beaucoup plus complexes qu'un enchaînement de phases ou qu'un travail de catégorisation. Des modèles également assumés parce que les auteurs n'hésitent pas à faire évoluer leur conceptualisation de l'innovation. En 1991, Damanpour évoque tout d'abord la génération de l'innovation comme une composante de l'adoption. 26 ans après, l'auteur évoque une distinction existante entre la créativité nécessaire au processus de génération de l'innovation et les phénomènes de résolution de problèmes, qui sont surtout inhérents à la phase de l'adoption. Rogers intègre la notion de ré-invention de l'innovation au fil des éditions de son ouvrage et montre comment l'utilisateur, d'abord considéré par l'auteur comme passif, peut participer au processus d'innovation.

D'autres travaux, notamment francophones, s'opposent à cette vision linéaire et proposent des approches beaucoup plus processuelles et encadrées socialement pour expliquer les phénomènes de génération, de diffusion et d'adoption de l'innovation (Callon, 1986 ; Akrich *et al.*, 1988 ; Alter, 2010).

Pour Callon (1986), le processus d'innovation (originellement une analyse de la construction des faits scientifiques), repose sur une traduction composée de 4 étapes successives, qui peuvent se chevaucher (Canet, 2012). La première est la

problématisation, qui identifie un ensemble d'acteurs concernés et un problème non résolu et, pour lequel les promoteurs de l'innovation vont rendre cette solution indispensable. Ensuite, l'intéressement consiste à renforcer et à consolider la problématisation en intéressant les acteurs au dispositif mis en œuvre (Alter, 2010). Plusieurs stratégies peuvent être mises en place pour réaliser cet intéressement : la sollicitation, la séduction ou même la force. Si l'intéressement réussit, il confirme la validité de la problématisation (Callon, 1986 ; Canet, 2012). Un troisième temps, l'enrôlement, voit la création d'alliances et un enrôlement d'autres acteurs dans la stratégie. Un enrôlement est un intéressement réussi (Callon, 1986 ; Alter, 2010). Dans une quatrième étape, de mobilisation, des porte-parole sont désignés, qui représentent les autres et interagissent directement avec les promoteurs initiaux de l'innovation. Progressivement, une alliance d'acteurs fait masse pour rendre indiscutable et indispensable la solution proposée à la problématisation première (Canet, 2012). Le phénomène de traduction, et d'adoption, est soumis à l'existence de controverses, qui matérialisent la dissidence des acteurs et conduisent parfois à l'échec de l'innovation (Alter, 2010 ; Canet, 2012). Dans cette même acception de l'innovation par la traduction, Akrich *et al.* (1988) proposent un modèle tourbillonnaire de l'innovation, qui montre à quel point le processus d'innovation n'est pas séquentiel et linéaire, mais constitué par de nombreuses itérations et expérimentations successives.

Cette recherche doctorale s'intéresse prioritairement à l'identification des barrières et des leviers à l'innovation organisationnelle en santé. Elle s'inscrit ainsi dans les approches du processus de diffusion de l'innovation, qui évoque les phases de génération et d'adoption des innovations, telles qu'elles sont proposées par des auteurs comme Rogers (1995) et Damanpour (Damanpour, 1991 ; Damanpour et Schneider, 2006 ; Damanpour et Aravind, 2012). En particulier et comme les expérimentations de l'article 51 sont encore en cours et peu évaluées, cette recherche s'intéresse prioritairement au processus de génération de l'innovation, sa genèse, et aux phases d'adoption, d'initiation, de décision, et d'implémentation ou de mise en œuvre. La routinisation, ou poursuite de l'usage, ne sera donc pas observée. De la même façon, cette recherche, dont le design n'est pas longitudinal, ne s'inscrit pas dans les approches processuelles et sociologiques décrites (Callon, 1986 ; Akrich *et al.*, 1988), ce qui fera l'objet d'un développement plus ample dans les pages suivantes.

1.2.3. L'adoption d'une Innovation organisationnelle : un chemin parsemé d'embûches et de conditions facilitantes

Partant du principe que l'innovation est souvent, voire toujours positive, ce qui constitue un biais, la plupart des chercheurs mettent au jour les conditions qui facilitent son adoption et les caractéristiques propres aux organisations innovantes par rapport aux organisations non innovantes (Kimberly et Evanisko, 1981 ; Dubouloz, 2014). Cette approche insiste ainsi sur les déterminants de l'innovation, mais une seconde approche, plus marginale mais fortement associée, cherche surtout à mettre au jour ce qui empêche l'innovation, et, par conséquent, à identifier les barrières à l'innovation (Dubouloz, 2014). Ce n'est seulement qu'à partir des années 2000 que les chercheurs proposent une analyse des barrières à l'innovation. Galia et Legros, (2004) citent l'existence de trois études antérieures à leurs travaux : Mohnen et Rosa (2002) ; Mohnen et Röller (2002) et Baldwin et Lin (2002). Avec 6 études portant sur les barrières à l'innovation organisationnelle, Keupp *et al.* (2012) soulignent que cet objet de recherche est une exception, et une voie de recherche future. Après une présentation des barrières à l'innovation (1.2.3.2.) est proposée une analyse de ses déterminants, et donc de ses leviers (1.2.3.3). Au préalable et comme c'est une composante essentielle des barrières et des leviers à l'innovation, il est important de présenter les attributs perçus de l'innovation selon Rogers (1955) (1.2.3.1.).

1.2.3.1. Les attributs perçus de l'innovation selon Rogers (1995)

Pour Rogers (1995), toutes les innovations ne sont pas adoptées à la même vitesse. Si certains produits, comme un jean ou une calculatrice de poche, peuvent être très rapidement adoptés par un vaste ensemble d'une population, toutes les innovations ne poursuivent pas une trajectoire identique. Or, un élément essentiel à prendre en compte pour expliquer cette différence de trajectoire de l'innovation, et, par conséquent, le taux d'adoption de l'innovation, porte sur les caractéristiques, attributs, perçus de l'innovation.

L'auteur distingue 5 attributs de l'innovation :

1. L'avantage relatif: Degré avec lequel une innovation est perçue par un individu comme une solution meilleure que l'idée initiale qu'elle remplace. L'avantage peut être évalué en matière économique, en prestige social, en commodité, en satisfaction. Peu importe que les avantages de l'innovation soient objectifs. Ce qui importe, c'est la perception de l'avantage de l'innovation par l'individu. Plus l'avantage relatif perçu est important, plus le rythme d'adoption de l'innovation est rapide.

2. La compatibilité : Degré avec lequel une innovation est perçue comme étant cohérente. Cette cohérence porte sur les valeurs existantes, les expériences passées et les besoins des adoptants potentiels. Une idée qui ne serait pas compatible avec les valeurs et les normes prédominantes d'un système social ne serait pas adoptée comme telle et rapidement. L'adoption d'une innovation à priori incompatible nécessite souvent l'adoption préalable d'un nouveau système de valeurs. Un exemple d'innovation incompatible est l'emploi de contraception dans les pays où les croyances religieuses découragent le contrôle de parentalité.

3. La complexité : Degré avec lequel une innovation est perçue comme difficile à comprendre et à utiliser. Certaines innovations sont aisément comprises par la plupart des membres d'un système social ; d'autres sont plus compliquées et seront, par conséquent, adoptées plus lentement. En général, les nouvelles idées les plus simples à comprendre sont celles qui seront adoptées le plus rapidement. Les innovations qui demandent à l'adoptant de développer de nouvelles compétences et connaissances sont plus longues à adopter.

4. La capacité à être testée : Mesure par laquelle une innovation peut être expérimentée sur un échantillon partiel. Lorsque de nouvelles idées sont essayées, même sur une échelle réduite, elles sont généralement adoptées plus rapidement que les innovations qui ne sont pas testables. Il n'est pas nécessaire d'implémenter l'innovation dans son intégralité et sur une échelle étendue pour évaluer son efficacité. Ryan et Gross (1943) ont découvert que les agriculteurs de l'Iowa ont adopté le maïs hybride après l'avoir essayé sur parcelle réduite. Une innovation testable représente donc moins d'incertitude pour la personne qui envisage de l'adopter.

5. L'observabilité : Mesure par laquelle les résultats d'une innovation sont visibles pour les autres. Plus les résultats d'une innovation sont faciles à voir pour les individus, plus ils sont susceptibles de l'adopter. L'observabilité stimule la discussion entre pairs, amis, voisins, de l'adoptant, qui lui demandent des informations sur l'innovation et ses résultats. Les panneaux solaires sur le toit d'une maison sont très observables. Une enquête californienne a révélé que l'adopteur solaire typique montrait son équipement à environ six de ses pairs (Rogers et al, 1979). Environ un quart de tous les propriétaires californiens connaissent quelqu'un qui a adopté des équipements solaires. De la même façon que les 4 autres attributs, l'observabilité accélère le taux d'adoption de l'innovation.

Le développement des attributs perçus de l'innovation est important, d'autant que les travaux de Rogers (1995) sont repris dans la plupart des recherches qui analysent les barrières et les leviers à l'innovation organisationnelle.

1.2.3.2. Les barrières à l'innovation organisationnelle

Depuis les années 2000, la dynamique de recherche s'est accrue pour proposer une analyse des barrières à l'innovation dans différents contextes organisationnels et pour différents types d'innovation. Dans le prolongement des difficultés à employer un même terme pour un même concept, les barrières à l'innovation organisationnelle ne dérogent pas à la règle, puisque de nombreux termes distincts sont employés pour les exprimer. Sur

65 articles étudiés récemment par Cinar *et al.* (2019), 19 emploient le terme barrière, 14 « Challenge » (qu'il est possible de traduire par défi dans ce contexte) ; 7 difficultés ; 7 problèmes ; 6 obstacles ; 4 « impediment » (non traduit puisque relatif à l'obstacle) ; 3 facteurs contraignants ; 1 « hurdle » (non traduit pour les mêmes raisons que précédemment) ; 1 facteur gênant ; 1 facteur d'échec. Les barrières à l'innovation, qui englobent l'ensemble de ces terminologies, peuvent se définir comme les problèmes qui empêchent d'innover ou qui font que le processus d'innovation stoppe prématurément ou est sérieusement ralenti (Mohnen, *et al.*, 2008, Tourigny et Le, 2004 ; Dubouloz, 2013).

Tout comme l'innovation managériale qui peut s'appréhender en fonction du contexte et du concept, les recherches sur les barrières à l'innovation se concentrent, soit, sur le contexte organisationnel au sein duquel elles s'insèrent, soit en fonction du concept, c'est-à-dire du type d'innovation. Certains travaux identifient les barrières à l'innovation dans le contexte de la PME (Larsen et Lewis, 2007 ; Madrid-Guijarro et Garcia, 2009 ; Zhu *et al.*, 2012), d'autres celui des grandes entreprises (Das *et al.*, 2017), d'autres appréhendent des marchés très spécifiques, comme l'e-commerce (Johnson, 2010). Les recherches se portent également sur les secteurs non marchands et analysent les barrières à l'innovation dans le secteur public (Segarra-Blasco et Garcia-Quevedo, 2008 ; Cinar *et al.*, 2019), dans des contextes publics plus spécifiques, les universités (Avila *et al.*, 2017). Le contexte particulier des organisations de santé a également fait l'objet d'une approche spécifique (Greenhalg *et al.*, 2004 ; Daim *et al.*, 2008 ; Fascia et Brodie, 2017). Enfin, quelques auteurs proposent des approches plus globales, notamment grâce à des exercices de synthèse très approfondis (Dubouloz, 2013 ; Zanello *et al.*, 2016 ; Cinar *et al.*, 2019).

Concernant le type d'innovation, les auteurs distinguent l'analyse des barrières aux innovations de service (Greenhalg *et al.*, 2004 ; Cinar *et al.*, 2019), des barrières aux innovations organisationnelles et managériales (Oke, 2004 ; Hernández-Mogollon et Cepeda-Carrión, 2010 ; Dubouloz, 2014 ; Rasmussen et Hall, 2017 ; Bichon *et al.*, 2020). Les recherches étudient les barrières à l'innovation technologique (Mazurkiewicz, 2018 ; Indrawati, 2020). De la même façon que pour le contexte, les barrières de concepts d'innovation très spécifiques peuvent être analysées, à l'image de l'éco-innovation (De Jesus et Mendonça, 2018) et, dans le contexte des organisations de santé, de la télésanté (Cortelyou-Ward *et al.*, 2020 ; Gajarawala et Pelkowski, 2021).

Dans le cadre de cette recherche, un focus est mis sur 4 recherches qui analysent, entre autres, les barrières à l'innovation organisationnelle.

Tout d'abord, l'analyse fouillée de Dubouloz (2014) permet de porter un regard sur les barrières à l'innovation, telles qu'elles peuvent être identifiées en sciences de gestion.

Ensuite, le travail de Greenhalgh *et al.* (2004) est décrit en profondeur. Non seulement cette recherche sur la diffusion de l'innovation fait référence, avec un nombre de citations très élevé (8400), mais, en outre, il porte principalement sur le terrain des organisations de santé. Ce travail porte à la fois sur les barrières et les leviers à l'innovation organisationnelle. Le présenter au cœur de cette section permet de souligner un ensemble de phénomènes environnementaux, institutionnels, organisationnels, individuels et propres à l'innovation, qui entravent, ou facilitent, la diffusion de l'innovation, dans le contexte spécifique des organisations de service et de santé.

Pour porter un regard plus actualisé sur les barrières à l'innovation organisationnelle, les travaux les plus récents, dans le contexte du secteur public, de Cinar *et al.* (2019), sont également développés. Finalement, la recherche d'Auschra (2018) présente un double avantage : intégré dans le contexte inter-organisationnel en santé, ce travail consiste en une revue systématique de la littérature relativement récente.

1.2.3.2.1. Appréhender les barrières à l'innovation organisationnelle dans le contexte des sciences de gestion

Pour Dubouloz (2014), la littérature relative aux barrières à l'innovation organisationnelle est nettement moins riche que celle portant sur les déterminants de l'innovation. Pour l'auteur, c'est surtout dû à une intégration tardive de la question des freins à l'innovation au sein du Community Innovation Survey (CIS)¹⁷. Par ailleurs, les recherches portant sur les barrières à l'innovation organisationnelle se concentrent très largement sur les innovations technologiques, à quelques exceptions près, c'est-à-dire deux articles (Madrid-Guijarro *et al.*, 2009 ; Wagner *et al.*, 2011 ; Dubouloz, 2014). L'auteur recense 18 articles pour proposer l'identification suivante des barrières à l'innovation. Prolongeant la perspective proposée initialement par Piatier (1984), elle distingue tout d'abord deux grandes catégories de barrières à l'innovation, les barrières

¹⁷ Voir le lien suivant pour plus d'informations sur le dispositif CIS
<https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/microdata/community-innovation-survey>

internes et les barrières externes. A ces deux catégories de barrières, les attributs perçus de l'innovation, exposés en amont, sont ajoutés. Ces trois composantes sont décrites et commentées.

Les barrières internes sont relatives aux ressources et compétences de l'organisation. Dubouloz (2014) recense cette principale liste de barrières interne (Tableau 5).

Tableau 5 : Les barrières internes à l'innovation (adapté de Dubouloz, 2014)

Type de ressources	Barrières
Ressources financières	Manque de fonds
	Délais du retour sur investissement
Ressources humaines et management	Manque de temps
	Manque d'expertise
	Manque de qualifications
	Manque de personnel
	Turn-over
	Manque d'incitations (motivation)
	Attitude des managers face au changement et aux risques
	Attitude des salariés face aux risques
	Support au management
	Coopération interservices
	Flou dans les rôles
Pas de focus stratégique innovation	

Pour Dubouloz (2014), le manque de qualification des ressources humaines et l'absence de ressources financières, liée à l'acquisition de nouveaux équipements, matériels, logiciels, apparaissent comme les éléments les plus importants pour ralentir, voire empêcher le processus d'innovation. Au côté de ces éléments, l'attitude des individus face aux changements, qu'ils soient salariés ou managers, est également identifiée comme une barrière majeure, qui serait la plus délicate à surmonter (Baldwin et Lin, 2002 ; Tourigny et Le, 2004 ; Dubouloz, 2014).

Les barrières externes sont relatives à l'offre et à la demande. Du point de vue de l'offre, des difficultés de financement, des difficultés pour trouver des partenaires et pour trouver des informations sont recensées comme les principales barrières à l'innovation. Concernant la demande, la limite des marchés et les politiques nationales sont identifiées

en tant que facteurs ralentissant le processus d'innovation. Enfin, Dubouloz (2014) évoque les attributs de l'innovation. Parmi ceux-ci, c'est très clairement le coût et le risque liés aux avantages, ou plutôt, aux désavantages perçus de l'innovation, qui sont identifiés en tant qu'obstacles majeurs à l'innovation.

Cette première approche des barrières à l'innovation s'inscrit dans les sciences de gestion. Appuyée par les enquêtes CIS, focalisée sur l'innovation technologique, elle propose une première analyse, qui insiste surtout sur le coût de l'innovation, qui comme l'indique Dubouloz (2014) n'est peut-être pas un élément central dans l'observation du processus d'innovation organisationnelle.

Une seconde approche, dans le contexte des organisations de service, principalement des organisations de santé, est proposée par Greenhalgh *et al.* (2004).

1.2.3.2.2. Les barrières et les leviers à l'innovation dans les organisations de service

Les travaux de Greenhalgh *et al.* (2004) constituent une référence, tant sur un plan conceptuel, dans la perspective d'identifier des barrières et des leviers à la diffusion de l'innovation, que méthodologique, dans l'élaboration d'une revue de littérature systématique.

Les auteurs s'appuient sur une approche multidisciplinaire en médecine, sociologie, sciences de gestion, communication, et identifient 495 sources, distinguant 213 études empiriques et 282 études non empiriques pour conduire leur analyse de la diffusion de l'innovation. Dans le cadre de cette recherche doctorale, le modèle synoptique proposé par Greenhalgh *et al.* (2004) est adapté pour en proposer une grille de lecture plus aisément mobilisable dans des travaux futurs. Le modèle, commenté par les auteurs dans le corps du texte, est repris en exploitant l'arborescence d'analyse que proposent Savall et Zardet (2004), c'est-à-dire par thèmes, sous-thèmes et idées clés. Par ailleurs, une colonne auteurs de référence est construite à partir de l'étude des extraits du manuscrit de Greenhalgh *et al.* (2004). Les auteurs mettent surtout en avant les leviers de l'innovation. Lorsque ces éléments sont manquants ou contraires, il s'agit de barrières. Comme souligné précédemment, ce modèle aurait pu être présenté dans la section suivante, tant les éléments identifiés peuvent agir simultanément comme des barrières et des leviers à l'innovation.

Tableau 6 : Le modèle de Greenhalgh *et al.* (2004) revisité sous la forme d'une grille d'analyse

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Auteurs de référence
Innovation	Avantages relatifs	Les innovations qui présentent des avantages clairs et peu ambigus sont plus facilement adoptées et implémentées	Dirksen <i>et al.</i> (1996) Meyer <i>et al.</i> (1997)
	Compatibilité	Les innovations compatibles en matière de normes, valeurs et besoins sont plus facilement adoptées	Denis <i>et al.</i> (2002) Foy <i>et al.</i> (2002)
	Complexité	Les innovations perçues, par des utilisateurs clés, comme simples à utiliser, sont plus faciles à adopter	Marshall (1990) Grilli et Lomas (1994)
	Testabilité	Les innovations testées sur un échantillon restreint sont plus facilement assimilées	Sharma et Southon (1999) Plsek (2003)
	Observabilité	Si le bénéfice d'une innovation est visible, elle est adoptée plus facilement	Meyers et Goes (1988) Grilli et Lomas (1994)
	Re-invention	Si les utilisateurs peuvent adapter et affiner l'innovation pour une réponse spécifique à leur besoin, elle est plus facilement adoptée	Meyer <i>et al.</i> (1997)
	Frontières floues	Les innovations complexes des organisations de service présentent un noyau dur constitué par les éléments de l'innovation et une périphérie douce, constituée par les structures organisationnelles et systémiques qui permettent la pleine implémentation de l'innovation. Cette structure périphérique doit être adaptée pour une adoption de l'innovation	Denis <i>et al.</i> (2002)
	Risques	En cas de haut degré d'incertitude des résultats, l'innovation est perçue risquée par les individus et la probabilité d'adoption diminue	Meyer et Goes (1988) Meyer <i>et al.</i> (1997)
	Pertinence et faisabilité des tâches	Si l'innovation est pertinente améliore les performances d'utilisation de l'usager, qu'elle est facile en outre d'utilisation, elle est plus facilement adoptée	Yetton <i>et al.</i> (1999)

Chapitre 1. Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé
Section 1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle

	Degré de connaissances nécessaires	Lorsque le degré de connaissances requis est facilement transférable d'un contexte à un autre, l'innovation est plus aisément adoptée	Adler <i>et al.</i> (2003)
	Augmentation/Support de l'innovation	Lorsqu'une technologie est considérée comme augmentée et améliorée, elle est plus facilement assimilée	Aubert et Hamel (2001)
Adoption par les individus	Antécédents psychologiques généraux	Plusieurs traits de personnalité sont associés à la propension à utiliser une innovation	Littérature en psychologie sociale et cognitive
	Antécédents psychologiques spécifiques contextuels	Un individu capable (en matière de valeurs, buts, compétences spécifiques) adopte plus facilement une innovation	Ferlie <i>et al.</i> (2001) Gladwin <i>et al.</i> (2002)
	Construction de sens	Pour son utilisateur et dans une perspective d'adoption, le sens (construction de sens) de l'innovation est très important	Dearing et And (1994) Timmons (2001)
	Décision d'adoption	La décision d'adoption d'une innovation est rarement indépendante d'autres décisions. Les décisions autoritaires facilitent l'adoption mais réduisent les chances d'implémentation et de routinisation	Rogers (1995)
	Sensibilisation dans la phase de pré-adoption	Les utilisateurs méritent d'être sensibilisés et informés clairement en amont sur la façon dont l'innovation va les affecter/influencer	Hall et Hord (1987)
	Sensibilisation dans la phase précoce d'utilisation	Une adoption est plus facilement réussie si les utilisateurs sont formés, informés, et entraînés à l'exploitation de l'innovation	Hall et Hord (1987)
	Retour d'expériences utilisateur	Lorsqu'un feedback adéquat est proposé par les pairs aux utilisateurs sur les conséquences de l'innovation, la diffusion est facilitée	Rogers (1995)

Chapitre 1. Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé
Section 1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle

Assimilation par le système	Assimilation	Les études sur l'innovation se concentrent sur une perspective individuelle et l'adoption d'un produit. Dans des organisations complexes, de service, l'adoption nécessite une assimilation par les équipes, les départements, l'organisation et, par conséquent, une évaluation préalable de la capacité de préparation en amont de l'implémentation	Van de Ven <i>et al.</i> (1999)
Diffusion et dissémination	Structure du réseau social	L'adoption d'une innovation par des individus est fortement influencée par la qualité et la structure de leurs réseaux sociaux	West <i>et al.</i> (1999)
	Homophilie	L'adoption des innovations est plus probable lorsque les individus agissent par homophilie, c'est-à-dire qu'ils ont les mêmes parcours culturels, éducationnels, socio-économiques que d'autres utilisateurs de l'innovation	Fennell et Warnecke (1988) Fitzgerald <i>et al.</i> (2002)
	Leaders d'opinion	Certaines personnes ont plus d'influence que d'autres sur les attitudes et comportements de leurs collègues	Locock <i>et al.</i> (2001)
	Exploitation de l'influence du leader d'opinion	L'adoption de l'innovation dépend également de l'ampleur de l'influence du leader d'opinion	Locock <i>et al.</i> (2001)
	Champions	Les individus clés sont essentiels pour faciliter l'adoption d'une innovation. Certains leaders apparaissent comme des champions organisationnels	Backer et Rogers (1998)
	Passeurs de frontières	Les individus qui ont des liens sociaux forts à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation sont capables de faire le lien entre l'innovation et le monde extérieur	Kimberly et Evanisko (1981)
	Programmes formels de dissémination	Lorsqu'un plan de dissémination formel de l'innovation est élaboré par un agent de changement externe, le processus d'innovation est facilité (plus qu'avec un agent de changement interne)	Rogers (1995)

Chapitre 1. Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé
 Section 1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle

Antécédents systémiques à l'innovation	Déterminants structurels de l'esprit d'initiatives et d'innovation	Les organisations qui sont matures, de grandes tailles, organisées et divisées en départements et services autonomes sont plus ouvertes à l'innovation	Damanpour (1991) Rashman et Hartley (2002)
	Capacité d'absorption de nouvelles connaissances	Une organisation systématiquement capable d'identifier, d'interpréter, de partager, de recodifier, de nouvelles connaissances et de les relier à ses anciennes connaissances est adaptée pour une meilleure appropriation des innovations	Ferlie <i>et al.</i> (2001)
	Contexte réceptif au changement	Un contexte réceptif au changement est associé à la capacité d'absorption de nouvelles idées	Pettigrew et Mckee (1992)
Préparation du système à l'innovation	Tensions favorables au changement	Lorsqu'une situation est perçue comme intolérable par les équipes, une innovation potentielle est plus facilement assimilée	Gustafson <i>et al.</i> (2003)
	Adaptation (Fit) du système à l'innovation	Une innovation adaptée aux valeurs, normes, stratégies, objectifs de l'organisation est plus facilement assimilée	Gustafson <i>et al.</i> (2003)
	Evaluation des implications	Lorsque les implications et les effets de l'innovation sont connus, évalués et anticipés, l'innovation est plus probablement adoptée	Rogers (1995)
	Support et défense de l'innovation	Si les supporters de l'innovation sont plus nombreux et mieux placés hiérarchiquement que ne le sont les opposants, l'innovation est plus probablement assimilée	Champagne <i>et al.</i> (1991)
	Temps et ressources dédiés	Un budget et une allocation de ressources dédiés facilite l'adoption de l'innovation	Gustafson <i>et al.</i> (2003)
	Capacité à évaluer l'innovation	Si l'organisation a un système et des compétences adaptés pour évaluer et piloter l'innovation, elle est plus facilement assimilée et pérennisée	Rogers (1995) Plsek (2003)
Réseaux inter-organisationnels et collaborations	Réseau informel inter-organisationnel	Lorsque plusieurs organisations ont adopté, ou envisagent d'adopter une innovation, son adoption est facilitée	Burns et Wholey (1993) Westphal <i>et al.</i> (1997)

Chapitre 1. Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé
Section 1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle

	Stratégies intentionnelles de diffusion	Les initiatives formelles d'amélioration de la qualité, de partages de connaissances peuvent faciliter l'adoption de l'innovation	Flamm <i>et al.</i> (2008) Rashman et Hartley (2002)
	Environnement au sens large	L'environnement peut, dans certains cas, jouer un rôle dans l'adoption de l'innovation	Kimberly et Evanisko (1981)
	Directives politiques	Une politique favorisant l'innovation encourage les chances de son succès en rendant disponible son financement	Exwothy <i>et al.</i> (2003)
Implémentation et routinisation	Structure organisationnelle	Une organisation flexible et agile sur le plan de la structure et des process améliore les chances de succès de l'innovation	Meyers <i>et al.</i> (1999)
	Leadership et Management	Le soutien, l'accompagnement et l'engagement continu du Top Management dans l'implémentation et la routinisation de l'innovation sont essentiels à son succès	Meyers <i>et al.</i> (1999)
	Ressources humaines	Le succès de l'implémentation et de la routinisation d'une innovation repose sur la motivation, la capacité et les compétences des praticiens individuels.	Green (1998) Hughes <i>et al.</i> (2002)
	Financements	Des financements spécifiques prévus facilitent l'implémentation et la routinisation de l'innovation	Gustafson <i>et al.</i> (2003)
	Communication intra-organisationnelle	Une communication dépassant les frontières organisationnelles améliore le succès dans l'implémentation et la routinisation de l'innovation	Meyers <i>et al.</i> (1999)
	Réseau inter-organisationnel	Plus l'innovation est complexe à mettre en œuvre, plus le réseau inter-organisationnel est important pour le succès de l'implémentation	Valente (1995)
	Feedback	Des feedbacks réguliers sont nécessaires dans les phases d'implémentation et de routinisation d'une innovation	Grimshaw <i>et al.</i> (2004)
	Adaptation/Réinvention	Une innovation adaptée au contexte local est plus probablement implémentée	Gustafson <i>et al.</i> (2003)

Chapitre 1. Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé
Section 1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle

Liens entre les différentes catégories identifiées précédemment	Liens dans la phase de développement	L'intégration de potentiels utilisateurs est importante dans la phase de développement	Rogers (1995)
	Rôle des agents de changement	Lorsque des agents de changement sont intégrés au programme de dissémination, le succès de l'innovation est amélioré	Rogers (1995)
	Agents de changement externes	Les agents de changement externes sont plus efficaces s'ils sont sélectionnés par homophilie et crédibilité par rapport aux utilisateurs, s'ils sont formés aux relations interpersonnelles, s'ils encouragent la communication et l'autonomisation chez les utilisateurs	Rogers (1995)

Ce travail permet d'avoir une vision globale, mais également précise, de l'ensemble des barrières à surmonter et des leviers à développer pour faciliter l'innovation dans les organisations de service, notamment les organisations de santé. Partant du principe que cette recherche, en dépit de sa pertinence, demeure néanmoins relativement datée, elle est complétée par le travail récent de Cinar *et al.* (2019).

1.2.3.2.3. Les barrières à l'innovation dans le secteur public : une analyse récente de la littérature

Cinar *et al.* (2019) proposent une revue de littérature systématique des barrières à l'innovation, dans le contexte spécifique du secteur public. Chaque thème est distingué par une police d'écriture en italique et débute par Barrières. Les sous-thèmes sont simplement indiqués en gras et précédés d'un tiret.

Barrières organisationnelles

Une part importante (40%) de la centaine d'articles étudiés par Cinar *et al.* (2019) porte sur les barrières organisationnelles internes.

- Des dysfonctionnements managériaux

En premier lieu, l'innovation est empêchée et ralentie par la façon dont est géré le processus d'innovation. Les organisations du secteur public peinent à gérer les diverses activités relatives au processus d'innovation. Dans ce cadre, des problèmes logistiques, une augmentation de la charge de travail, un taux important de turn-over, des décisions trop descendantes, un manque de coordination intra-organisationnelle, des objectifs peu clairs et/ou ambigus, des récompenses inappropriées, et une perte d'enthousiasme sont identifiés comme principales barrières organisationnelles à l'innovation. Autrement dit, le Top Management peut être une cause majeure d'une gestion inefficace de l'innovation.

- Une résistance au changement et un manque de soutien d'acteurs spécifiques

Comme dans le cadre des autres travaux, Cinar *et al.* (2019) identifient la résistance au changement comme une barrière majeure à l'innovation dans le contexte du secteur public.

- Manque de ressources financières, de temps et d'infrastructures technologiques

Pénurie de personnels, manque d'informations lié aux infrastructures techniques et absence de disponibilité de fonds financiers gouvernementaux et nationaux sont considérés par Cinar *et al* (2019) comme des barrières à l'innovation dans le secteur public.

- **Manque de compétences, de connaissances et d'expertise**

Déjà identifié par Dubouloz (2014), le manque de connaissances et de compétences nuit au processus d'innovation.

Barrières spécifiques d'interactions

Le contexte du secteur public est marqué par son besoin de collaboration, avec d'autres organisations publiques, des associations, des ONG, des groupes de citoyens, des entités politiques, des organisations internationales (Osborne et Brown, 2011 ; Hartley *et al.*, 2013). Ces barrières ne sont ni internes, ni externes, mais relatives aux dynamiques interrelationnelles entre acteurs. Un manque de compréhension partagé entre collaborateurs et membres d'un réseau est une barrière d'interactions, qui peut influencer l'ensemble des acteurs d'une organisation (Cinar *et al.*, 2019).

- **Organisations du secteur public (barrières d'interactions inter-organisationnelles)**

La plus fréquente barrière d'interactions porte sur les organisations du secteur public, lorsqu'elles doivent collaborer mais qu'elles ne partagent pas les mêmes points de vue sur les objectifs, les décisions communes, la vision, la mission, des composantes essentielles pour une compréhension partagée. Première barrière, la gouvernance des projets. Un alignement et un ajustement des partenaires est essentiel pour générer et implémenter l'innovation. Seconde barrière, une communication et un partage de connaissances inadéquats. Une mauvaise communication entre acteurs et partenaires ralentit le processus d'innovation. Troisième barrière, un manque d'implication d'organisations qui sont pourtant essentielles au processus d'innovation. Lorsqu'une organisation essentielle n'est pas impliquée ou ne s'implique pas, le processus d'innovation est freiné. Dans le domaine des organisations de santé, il peut s'agir, par exemple, d'oublier d'impliquer les médecins généralistes dans des processus d'innovation de prévention (Cinar *et al.*, 2019). Quatrième barrière inter-organisationnelle, une absence de comptabilité ou une comptabilité inappropriée entre

les organisations publiques. Les procédures comptables peuvent être absentes, trop strictes, trop pressantes, ou, au contraire, trop flexibles et, par conséquent, nuire au processus d'innovation. Dans le contexte francophone, plusieurs travaux analysent les effets de la pression financière sur le management des organisations de santé (Georgescu, 2010 ; Georgescu et Naro, 2012). Cinquième barrière, la structure du réseau. Une division trop stricte entre organisations peut nuire à l'innovation, faute d'interactions et de possibilité d'interactions. Sixième barrière, les querelles de chapelles. Des conflits inter-agences ou inter-organisationnels plus ou moins larvés peuvent ralentir et empêcher le processus d'innovation. Finalement, Cinar *et al.* (2019) identifient trois autres barrières inter-organisationnelles, le manque de confiance entre les organisations, les différences de culture et de compétences et, enfin, l'absence de bénéfices mutuels.

- **Citoyens et ONG**

Les citoyens et les ONG peuvent être considérés comme des cocréateurs et coproducteurs de l'innovation. Lorsqu'ils ont des doutes, qu'ils ne sont pas impliqués ou mal impliqués, qu'il subsiste une incompréhension ou qu'il existe un manque de confiance envers les organisations publiques, l'innovation peut être freinée ou stoppée.

- **Organisations publiques et privées, relation de clients et fournisseurs**

Des problèmes peuvent survenir lorsque des organisations publiques se fournissent auprès d'entreprises privées et qu'elles ne parviennent pas ou qu'elles échouent à délivrer les produits et services demandés. Par ailleurs, des mêmes problématiques de compréhension et de communication que les précédentes identifiées peuvent survenir. Enfin, la complexité des contrats liant organisations publiques et privées peut également ralentir l'innovation.

- **Politiques et politiciens**

La frontière entre organisation publique et politique étant ténue (Alford *et al.*, 2016), les aspects politiques peuvent constituer de sérieuses barrières à l'innovation dans le secteur public. Un manque de soutien affiché, un manque d'approbation de fonds, des doutes de la part des personnalités politiques menacent l'innovation dans les organisations du secteur public, cette voie de recherche nécessitant encore d'être approfondie (Windrum et Koch, 2008 ; Hartley, 2014).

- **Organisations publiques et privées, relations d'utilisateur et de cocréateur**

Lorsque les organisations privées sont utilisatrices ou cocréatrices de l'innovation, le processus d'innovation peut, là encore, être ralenti, en raison, d'incompréhension, de déficit de communication, de différences culturelles.

- **Organisations internationales**

Les problèmes inter-organisationnels identifiés en amont peuvent se retrouver, parfois amplifiés, lorsque la relation porte entre une organisation du secteur public et des organisations internationales.

Barrières relatives aux attributs perçus de l'innovation

Comme Dubouloz (2014) et Grennhagh *et al.* (2004), Cinar *et al.* (2019) soulignent l'influence des attributs perçus de l'innovation en tant que potentielles barrières au processus innovant. Dans ce cadre, c'est surtout l'incompatibilité avec les valeurs, les expériences et les besoins des adoptants qui est mis en évidence, de même que la complexité.

Barrières contextuelles

Finalement, Cinar *et al.* (2019) évoquent les barrières contextuelles, qui portent surtout sur le cadre réglementaire et législatif au sein duquel l'innovation s'insère.

La recherche de Cinar *et al.* (2019) ne s'arrête pas à l'identification des barrières à l'innovation dans le secteur public puisque les auteurs proposent une analyse de ces éléments en fonction des différentes phases de l'innovation. Sur ce point, ils soulignent une influence quasiment identique des barrières organisationnelles et d'interactions sur l'ensemble des phases. Une influence des barrières contextuelles qui est surtout marquée dans la phase de génération de l'innovation et une influence des barrières d'attributs portant surtout sur les phases de développement et d'implémentation.

Enfin, les auteurs distinguent l'influence des barrières en fonction de la nature technologique et non technologique de l'innovation. Les barrières d'interactions et inter-organisationnelles forment un défi majeur dans le cadre des innovations organisationnelles (Cinar *et al.*, 2019).

La recherche de Cinar *et al.* (2019) est importante, car elle place les interactions, particulièrement inter-organisationnelles, au cœur des problématiques freinant le processus d'innovation. Pour conclure cette présentation des barrières à l'innovation organisationnelle, la recherche se concentre précisément sur une approche des barrières inter-organisationnelles dans le contexte des organisations de santé.

1.2.3.2.4. Barrières inter-organisationnelles dans le contexte spécifique des organisations de santé

Auschra (2018) propose une analyse de 40 études développées dans les organisations de santé pour en identifier les principales barrières inter-organisationnelles à l'innovation. Cette recherche, récente, permet de compléter les approches présentées en amont et d'appréhender plus spécifiquement ce qui empêche ou nuit aux interactions dans les organisations de santé. Comme pour la présentation du travail de Greenhalgh *et al.* (2004), le choix est opéré de revisiter le modèle de l'auteur pour en présenter une grille de lecture en thèmes, sous-thèmes et idées clés.

Tableau 7 : Barrières inter-organisationnelles dans les organisations de santé (Auschra, 2018)

Barrières inter-organisationnelles dans les organisations de santé			
Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Auteurs de référence
Barrières administratives et réglementaires à l'innovation inter-organisationnelle	Frontières nationales	<i>Les frontières engendrent des barrières, causées par les différences entre les systèmes de santé et la spécificité des règlements nationaux</i>	Collins-Dogrul (2006)
	Développements historiques	<i>Certaines régions ont une conception historiquement fragmentée de la santé. D'autres s'appuient sur plus de coopération</i>	Goldman (1982)
	Réglementation	<i>Les règlements peuvent empêcher les collaborations ou rendre l'implémentation de l'innovation très coûteuse pour les partenaires</i>	Andersson <i>et al.</i> (2011)
Barrières relatives au financement	Manque de ressources organisationnelles et de financements externes	<i>Le manque de ressources organisationnelles et de financements externes entrave l'initiation et le</i>	Boothroyd <i>et al.</i> (2015)

		<i>développement des innovations inter-organisationnelles</i>	
Barrières relatives au domaine inter-organisationnel	Manque de leadership et de coordination	<i>Un leadership propre est important pour conduire les activités d'innovations inter-organisationnelles</i>	Ling et al. (2012)
	Acteurs manquants	<i>Le manque d'acteurs importants peut constituer une barrière importante (oublier un hôpital local)</i>	Andersson et al. (2011)
	Equilibre des pouvoirs et conflits	<i>Des relations de pouvoir asymétriques et/ou conflictuelles, réelles ou perçues, peuvent freiner le développement d'une innovation inter-organisationnelle</i>	McPherson et al. (2017)
	Différence entre le design de l'innovation inter-organisationnelle et les objectifs	<i>Ne pas réussir à développer une vision commune nuit aux innovations inter-organisationnelles</i>	Boothroyd et al. (2015)
	Incompatibilité des structures organisationnelles	<i>Les différences de structures et d'horizons temporels dans les structures freinent le processus d'innovation inter-organisationnelle</i>	Hudson et al. (1997)
Barrières relatives au domaine organisationnel	Intérêts organisationnels et collectifs	<i>Les objectifs organisationnels ne sont pas nécessairement alignés sur les objectifs inter-organisationnels, ce qui nuit au processus d'innovation</i>	Hearld et al. (2012)
	Différence culturelle entre les organisations	<i>Lorsque les organisations ne sont pas capables de gérer leurs différences culturelles, cela freine le processus d'innovation inter-organisationnelle</i>	Huxham et Vangen (2005)
	Expériences d'innovations inter-organisationnelles passées	<i>Les expériences passées influencent la volonté et les comportements au cours du processus d'innovation inter-organisationnelle</i>	Boothroyd et al. (2015)
Barrières relatives à la prestation de service	Manque de standards technologiques	<i>Les collaborations inter-organisationnelles sont compliquées lorsque les systèmes d'information manquent d'interopérabilité</i>	Ling et al. (2012)

	Manque de confiance	<i>Le manque de confiance interpersonnelle nuit au processus d'innovation inter-organisationnelle</i>	Stahl et al. (2010)
	Manque de compréhension mutuelle	<i>Le manque de compréhension mutuelle peut porter sur les objectifs, les procédures, les attitudes et les comportements des différents partenaires</i>	Loisel et al. (2005)
	Résistance aux changements	<i>Les membres des organisations ne sont pas prêts pour accepter les changements induits par l'innovation inter-organisationnelle</i>	Goldman (1982)
	Diversité des professions	<i>Les innovations inter-organisationnelles impliquent une diversité des professionnels et des expériences. Cette diversité peut nuire à l'innovation</i>	Dinesen et al. (2011)
	Manque de communication	<i>Un dialogue insuffisant et inefficace entre partenaires nuit au processus d'innovation</i>	Andersson et al. (2011)
Barrières relatives aux pratiques cliniques	Problématique de confidentialité	<i>Des problématiques de confidentialité peuvent nuire à l'innovation inter-organisationnelle</i>	Cooper et al. (2016)
	Manque de partage d'informations	<i>Un manque de partage d'informations entrave l'innovation inter-organisationnelle</i>	Lyngso et al. (2016)

Pour conclure cette présentation des barrières à l'innovation organisationnelle (Dubouloz, 2014, Greenhalgh *et al.*, 2004 ; Auschra, 2018 ; Cinar *et al.*, 2019) étudiées notamment dans le contexte spécifique des organisations de santé et de service, plusieurs niveaux et unités d'analyse peuvent être identifiés, dans le prolongement des travaux d'Auschra (2018) et à la lecture des différentes grilles d'analyse exposées. Nous proposons, dans le tableau 8, une grille de lecture par unités d'analyse pour l'appréhension des barrières à l'innovation organisationnelle.

Tableau 8 : Proposition d'une grille de lecture des différents niveaux d'analyse des barrières à l'innovation organisationnelle

Niveau	Conceptualisation	Auteurs
Nano	<i>Ce niveau correspond tout d'abord aux problèmes et aux besoins auxquels l'innovation s'adresse. Ces phénomènes motivent la génération de l'innovation et la décision de la mettre en usage.</i>	Schumpeter (1934) ; Rogers (1995)
Micro	<i>Ce niveau évoque l'innovation et ses principaux acteurs. Interviennent à ce niveau des barrières liées aux caractéristiques et aux attributs de l'innovation, à ses acteurs de changements externes et internes, à ses utilisateurs, à ses adoptants. Les barrières sont, au sein de cet espace, liées aux individus, à leur degré de connaissances, de compétences, de formation, de leadership</i>	Rogers (1995) ; Greenhalgh (2004) ; Birkinshaw et al. (2008)
Meso	<i>Ce niveau agrège les éléments organisationnels, inter-organisationnels et sociaux en lien avec l'innovation. Les barrières sont, au sein de ce niveau, liées à la structure, aux ressources et aux compétences de l'organisation. Elles sont également liées aux difficultés relatives à la collaboration, résistance au changement, confiance, ajustement, et aux influences sociales</i>	Greenhalgh et al. (2004) ; Dubouloz,(2014) ; Auschra (2018) ; Cinar et al. (2019).
Macro	<i>Ce niveau porte sur l'environnement institutionnel et sur le système de santé. Les barrières portent alors sur les règlements, la capacité à soutenir l'innovation, à débloquer des fonds</i>	Greenhalgh et al. (2004) ; Dubouloz,(2014) ; Auschra (2018) ; Cinar et al. (2019).
Supra	<i>Le niveau supra évoque l'environnement au sens large et le contexte politique et réglementaire. Les barrières peuvent être relatives à l'existence de frontières, à certaines directives politiques, à des événements contextuels importants. Le cas de la pandémie de Covid 19 peut être considéré comme un exemple du niveau supra qui peut agir, soit comme une barrière, soit comme un levier à l'innovation organisationnelle</i>	Nobre (2020)

Plusieurs auteurs considèrent les barrières et les leviers à l'innovation comme deux faces d'une même pièce, c'est-à-dire qu'il suffit de mettre « une absence de » avant la barrière et elle devient un levier, et réciproquement (Ling *et al.*, 2012 ; Auschra, 2018). C'est d'ailleurs l'option qui a été choisie pour présenter les travaux de Greenhalgh *et al.* (2004) qui s'intéressent simultanément aux barrières et aux leviers de la diffusion de l'innovation à partir d'une base de données constituée de 495 articles. D'autres travaux se concentrent prioritairement sur les leviers de l'innovation et de l'innovation organisationnelle.

1.2.3.3. Les leviers de l'innovation organisationnelle

Les leviers de l'innovation font l'objet de nombreux travaux qui mobilisent différentes unités d'analyse, selon que l'innovation est appréhendée au niveau mondial, au sein d'un pays, au cœur d'une organisation. Les leviers de l'innovation peuvent parfois se distinguer

des barrières à l'innovation parce que la simple élimination d'un obstacle ne garantit pas la génération d'une pratique facilitante (Auschra, 2018). Par ailleurs, certains éléments peuvent simplement être difficilement appréhendés sous l'angle d'une barrière et de son contraire ou d'un levier et de son opposé. La décision d'opérer sur un marché international et d'y rencontrer une forte intensité concurrentielle est considérée comme un levier de l'innovation¹⁸. Est-ce que, pour autant, le fait de rester à une échelle locale ou nationale peut, réellement, être considéré comme une barrière à l'innovation ?

Dans cette section, trois approches principales sont proposées, à propos de l'innovation organisationnelle principalement. Tout d'abord, Birkinshaw *et al.* (2008) proposent une approche processuelle des leviers de l'innovation organisationnelle, qui présente l'intérêt d'insister sur le rôle majeur des acteurs. Ensuite, le travail de Khosravi *et al.* (2019) développe une synthèse récente de la littérature de l'ensemble des leviers et antécédents de l'innovation organisationnelle, qui permet d'appréhender, de façon globale, les éléments constitutifs des leviers de l'innovation organisationnelle. Dans un troisième temps est appréhendée la question de l'écosystème d'innovation, notamment parce que le développement d'écosystèmes entrepreneuriaux et territoriaux d'innovation présentent un rôle majeur de catalyseur de l'innovation (Attour, 2023). Par ailleurs, cette question d'écosystème est également d'actualité dans le domaine de la santé (Merindol *et al.*, 2020 ; Tremblay *et al.*, 2022).

1.2.3.3.1. Une approche processuelle des leviers de l'innovation organisationnelle

Une première approche, processuelle, permet de comprendre les conditions facilitantes de l'innovation organisationnelle. Pour Birkinshaw *et al.* (2008), les leviers de l'innovation organisationnelle sont identifiés dans la phase de motivation du processus d'innovation.

En premier lieu, les auteurs évoquent les agents de changements internes comme leviers majeurs de l'innovation organisationnelle. Les agents de changement internes sont les acteurs qui vont chercher l'innovation, créer ou intégrer, de nouvelles pratiques, politiques, structures, organisationnelles et managériales pour faire face à un problème ou saisir une opportunité. Ils sont capables de convaincre les parties prenantes de dépasser le spectre des solutions existantes et, par conséquent, d'innover pour résoudre un problème ou saisir une opportunité. Le PDG de l'entreprise danoise Oticon, en proie à

¹⁸ <https://www.ebrd.com/downloads/research/transition/tr14c.pdf>

des mouvements stratégiques menaçant la pérennité de son entreprise à long terme, a ainsi convaincu ses employés et son comité de direction d'adopter une organisation « spaghetti » (Foss, 2003), c'est-à-dire une structure organisationnelle par projet, capable de changer rapidement tout en restant cohérent, à la manière d'un spaghetti.

Ensuite, pour Birkinshaw *et al.* (2008), le contexte organisationnel doit soutenir de nouvelles façons de penser et laisser suffisamment de libertés pour que, précisément, ces agents de changement puissent poursuivre leurs idées. Le Top Management doit ainsi créer un contexte informel qui facilite la prise d'initiative. Ils doivent également accompagner la prise d'initiative et le développement de nouvelles idées par la voie formelle et chercher une façon d'institutionnaliser la quête de nouveaux moyens de travailler.

En troisième lieu, les agents de changements externes ne sont pas ceux qui créent l'innovation, mais sont ceux qui l'encouragent. Ils sont capables d'identifier les menaces et les opportunités dans l'environnement, agissent de façon directe ou indirecte avec les agents de changements internes, les stimulent et les soutiennent pour innover. Dans l'exemple précédemment donné, un agent de changement externe appuierait le diagnostic stratégique selon lequel l'entreprise est menacée durablement et soutiendrait également le projet d'organisation spaghetti.

En résumé, les agents de changement internes évaluent un problème ou une opportunité, l'inscrivent à l'ordre du jour, dialoguent avec les agents de changements externes, qui, dans un contexte organisationnel favorable, vont les soutenir dans la quête d'idées nouvelles, de génération d'innovation organisationnelle pour résoudre ce problème et/ou saisir cette opportunité.

1.2.3.3.2. Une inscription des leviers de l'innovation organisationnelle dans la théorie des ressources

Comme pour les recherches relatives aux barrières à l'innovation organisationnelle, les travaux identifiant les leviers de l'innovation organisationnelle font l'objet de synthèses récentes et étayées. La revue de littérature systématique de Khosravi *et al.* (2019) propose ainsi une approche relativement complète des éléments constitutifs des leviers de l'innovation organisationnelle. Les auteurs mobilisent la terminologie des antécédents à l'innovation organisationnelle. Les antécédents se définissent par les caractéristiques qui

reflètent la structure, la culture, l'apprentissage et les connaissances d'une organisation. Ce sont les facteurs qui affectent la capacité d'une organisation à innover et à adopter une innovation (Camison et Villar-lopez, 2014). Théoriquement, les antécédents, et donc les leviers de l'innovation organisationnelle (Dubouloz, 2014), peuvent être ancrés au sein de la théorie des ressources et compétences (Penrose, 1959) et appréhendés par le concept de capacités dynamiques (Prahalad et Hamel, 1990 ; Teece *et al.*, 1997 ; Eisenhardt et Martin, 2000 ; Khosravi *et al.*, 2019). Pour Khosravi *et al.* (2019), les éléments constitutifs de l'innovation organisationnelle se structurent autour de 4 grandes catégories. Les antécédents organisationnels, les antécédents environnementaux, les antécédents managériaux et les attributs de l'innovation, déjà fréquemment abordés en amont. Le classement, organisation, environnement, management, attributs de Khosravi *et al.* (2019) peut paraître contre-intuitif. Afin de ne pas déformer leur démonstration, il est néanmoins maintenu :

Leviers organisationnels

Les antécédents organisationnels peuvent être subdivisés en 8 sous-catégories. La taille des organisations, le management de la connaissance, la structure organisationnelle, la stratégie de management des ressources humaines, les capacités dynamiques, la culture organisationnelle, le climat dans l'organisation, le réseau et les ressources organisationnelles. Ces ressources et compétences, lorsqu'elles sont orientées favorablement, influencent l'innovation organisationnelle et encouragent son adoption.

Concernant les leviers les plus importants, la taille de l'organisation est fréquemment citée comme un antécédent et un élément modérateur de l'innovation. Antécédent parce qu'une grande organisation possède des ressources humaines compétentes, un système d'information sophistiqué, des procédures adaptées pour encourager et faciliter l'adoption de l'innovation organisationnelle (Damanpour et Schneider, 2006 ; Ganter et Hecker, 2013). Modérateur, parce que faire circuler l'information et partager les connaissances constituent un défi majeur au sein d'une organisation de grande taille (Vaccaro *et al.*, 2012 ; Cerne *et al.*, 2013). Le management de la connaissance est également considéré comme un levier majeur de l'innovation. Le management de la connaissance renvoie à l'acquisition, au partage, à l'exploitation et au développement de connaissances au sein d'une organisation (Chang et Lee, 2008). La création et le transfert de connaissances alimentent la production d'idées nouvelles et facilitent, par conséquent,

l'innovation organisationnelle (Desouza *et al.*, 2009). Les autres éléments constitutifs de cette catégorie ne sont pas développés, mais convergent avec les éléments déjà développés par Greenhalgh *et al.* (2004).

Les leviers environnementaux

Les leviers environnementaux rassemblent les éléments de l'environnement dans lequel s'insèrent les activités de l'organisation. Ils peuvent être d'ordre politiques et sociaux (Damanpour et Schneider, 2006 ; Khosravi *et al.*, 2019). De nouvelles réglementations, de nouveaux comportements de consommateurs et d'utilisateurs influencent et stimulent le changement et l'innovation. L'ensemble des leviers environnementaux peut être subdivisé en 3 catégories principales : dynamiques des marchés, aspects politiques et légaux et communauté. Au sein de ces catégories, un levier particulièrement important se situe dans l'existence de concurrence. Un marché concurrentiel encourage l'innovation parce que les organisations qui y évoluent doivent lutter pour asseoir leur pérennité et obtenir un avantage dans cet environnement fortement compétitif.

Les leviers managériaux

Les leviers managériaux sont identifiés par de nombreuses recherches empiriques et conceptuelles. Selon la théorie de l'échelon supérieur (Hambrick et Mason, 1984), les caractéristiques des leaders de l'organisation, leur personnalité et leurs compétences influencent leur analyse de l'environnement et, par conséquent, les réponses qu'ils apportent et les choix qu'ils font, ce qui, là encore, stimule et encourage l'innovation organisationnelle et son adoption. Dans ce cadre, plusieurs recherches montrent l'influence du leadership transformationnel sur l'innovation organisationnelle (Jaskyte, 2011 ; Vaccaro *et al.*, 2012 ; Rezvani *et al.*, 2017).

Attributs de l'innovation

Finalement, les attributs de l'innovation, identifiés dans chaque pan de cette revue de littérature sur les barrières et les leviers à l'innovation organisationnelle sont également développés par Khosravi *et al.* (2019). Dans ce cadre, c'est principalement l'avantage relatif et propre à l'innovation organisationnelle qui est identifié comme un levier certain de l'innovation organisationnelle.

Ces travaux, qu'ils portent sur une approche processuelle ou par la théorie des ressources, adoptent le prisme de l'organisation pour évoquer les leviers de l'innovation organisationnelle. D'autres recherches dépassent le cadre organisationnel et optent pour une approche écosystémique des leviers de l'innovation.

1.2.3.3. Une approche par les écosystèmes

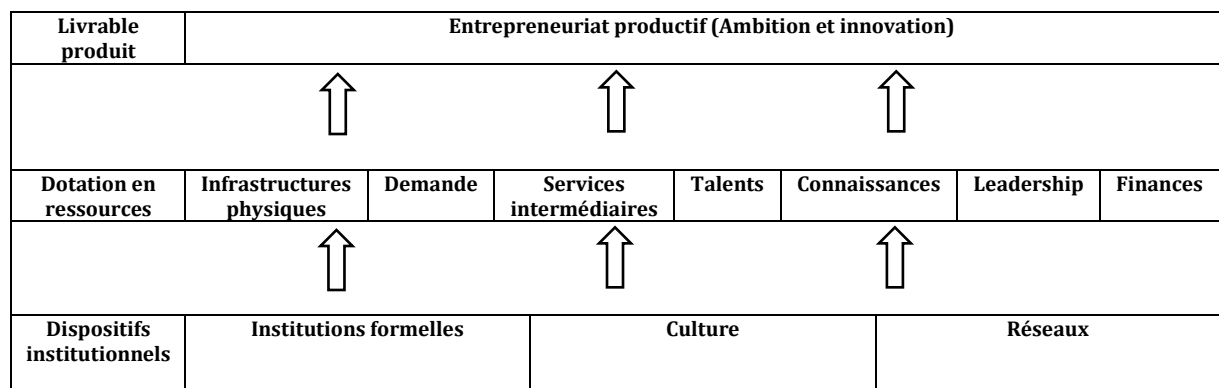
L'innovation, tout comme l'entrepreneuriat, est un sport d'équipe (Spigel, 2020). Plusieurs courants permettent d'identifier l'écosystème comme un élément moteur de l'innovation, que cet écosystème soit strictement relatif à l'innovation, ce qui a fait l'objet de travaux conduits par, entre autres, Saxenian (1990, 1991, 1996) à propos de l'évolution de la Silicon Valley, ou qu'il soit appréhendé de façon plus élargie, en tant qu'écosystème entrepreneurial.

Les travaux de Saxenian (1990, 1991, 1996) montrent que la régénération de la Silicon Valley dans les années 1980 s'explique par la décentralisation du système d'organisation technique et industriel qui a été progressivement mis en place par les entreprises innovantes du territoire (Attour, 2023). En complément, pour Attour (2023), ces recherches soulignent également l'influence particulièrement marquée des réseaux sociaux d'innovation. Sanexian (1990, 1991, 1996) observe effectivement que les réseaux sociaux d'innovation favorisent le développement de nouveaux produits et services parce qu'ils stimulent la diffusion de nouvelles technologies, via des coopérations formelles et informelles et parce qu'ils facilitent l'échange d'informations et la résolution conjointe de problèmes, à l'échelle du territoire, voire de l'industrie. Cette appréhension de l'innovation, et des leviers de l'innovation dans une vision collective et sociale conduit à inscrire l'innovation dans une approche par clusters, les clusters de l'innovation étant entendus comme une concentration spatiale et sectorielle d'organisations capables de favoriser la naissance d'activités entrepreneuriales (Bresnahan *et al.*, 2001 ; Attour, 2023).

D'autres travaux dépassent cette vision centrée sur l'espace et le secteur et proposent, pour encourager l'innovation, de favoriser le développement d'écosystèmes entrepreneuriaux dans une acception plus large. Stam et Spiegel (2016) définissent l'écosystème entrepreneurial comme « *un ensemble d'acteurs indépendants et de facteurs coordonnés d'une telle façon qu'ils encouragent l'entrepreneuriat productif au sein d'un territoire* », l'entrepreneuriat productif se caractérisant principalement par un haut degré

d'ambition et d'innovation. Pour favoriser cet entrepreneuriat productif, plusieurs modèles sont proposés, lesquels ont tous, pour points communs d'encourager l'innovation (Isenberg, 2010 ; Stam et Spiegel, 2016 ; Stam et Van de Ven, 2021). Seuls les modèles les plus récents, ceux de Stam et Spiegel (2016), puis de Stam et Van de Ven (2021) sont présentés et adaptés dans le cadre de cette section.

Figure 2 : Eléments constitutifs d'un écosystème entrepreneurial (Adapté de Stam et Spiegel, 2016 et de Stam et Van de Ven, 2021)



Chaque élément du modèle d'écosystème entrepreneurial est fortement connecté et interdépendant des autres. Tout d'abord, les dispositifs institutionnels sont les éléments à la base de toute activité économique et entrepreneuriale (Granovetter, 1992). Ils sont constitués par trois composantes. Les institutions formelles, qui établissent les règles du jeu en société. La culture, qui représente le contexte culturel et, par conséquent, les institutions plus informelles et, les réseaux, c'est-à-dire le contexte social des acteurs et le degré avec lequel ils sont socialement interconnectés. Le dispositif institutionnel ne constitue pas simplement un ensemble de préconditions nécessaires à l'activité économique, mais il affecte la façon dont l'entrepreneuriat, et, par conséquent, l'innovation, sont stimulés au sein de l'écosystème. La dotation en ressources rassemble les infrastructures physiques, le leadership, les connaissances, la finance, les services intermédiaires et les éléments de demande. Une infrastructure fortement développée est un élément clé de contexte pour favoriser l'entrepreneuriat et l'innovation. L'accès au financement est crucial pour investir dans des projets d'innovation incertains et dont l'horizon temporel est à long terme. Le leadership est un élément clé pour fixer la direction de l'écosystème et qui est essentiel à sa pérennité. Une importante source d'opportunités peut être identifiée dans la connaissance. Stam et Van de Ven (2021) distingue les talents, le capital humain, de la connaissance, considérant que le capital humain est nécessaire

pour créer de la connaissance. Ces deux éléments apparaissent être des leviers essentiels d'innovation au cœur de l'écosystème, les ressources humaines et la connaissance ayant déjà été décrits en amont comme un moteur fondamental de la génération de nouvelles idées. Les services intermédiaires constituent les services support à l'entrepreneuriat et à l'innovation, ce peut être des consultants, juristes, des services comptables. Finalement, les éléments de demande renvoient aux moyens financiers qu'ont les individus pour se permettre d'acheter l'innovation.

L'ensemble de ces éléments constituent les piliers d'un écosystème entrepreneurial, dont la vocation est de générer de l'innovation et de créer de la valeur.

Ces trois approches permettent d'appréhender les leviers de l'innovation selon plusieurs niveaux. Birkinshaw *et al.* (2008) montrent tout d'abord à quel point ce sont les acteurs individuels qui constituent les principaux agents de changement, de génération et de promotion de l'innovation. La synthèse de Khosravi *et al.* (2019) insiste sur les ressources et compétences organisationnelles qui déterminent et stimulent l'innovation. Une approche écosystémique propose une vision plus large et environnementale des antécédents et déterminants de l'innovation. Finalement, une même segmentation que pour les barrières à l'innovation organisationnelles peut s'appliquer. Les niveaux nano, micro, méso, macro et supra constituent des unités d'analyse distinctes pour observer les leviers de l'innovation organisationnelle.

1.2.4. Complémentarité, voire hybridité, de l'innovation organisationnelle et technique

Pour conclure cette section portant sur l'innovation organisationnelle, il est indispensable d'évoquer brièvement les liens entre innovation organisationnelle et technologique. Bien qu'originellement, l'innovation organisationnelle soit principalement définie par opposition à l'innovation technologique, les frontières entre les deux types d'innovation demeurent néanmoins ténues. Plusieurs auteurs évoquent une interdépendance, voire une complémentarité importante entre les différents types d'innovation (Damanpour et Gopalakrishnan, 2001 ; Damanpour *et al.*, 2009 ; Dubouloz, 2014 ; 2023 ; Khosravi *et al.*, 2019). Pour Le Bas *et al.* (2015), les innovations organisationnelles apportent des compétences organisationnelles et une flexibilité qui facilitent le développement et l'implémentation des innovations technologiques. Selon Khosravi *et al.* (2019), les innovations organisationnelles offrent un cadre de travail et des structures adéquates

pour faire progresser les capacités d'adoption de l'innovation technologique. Pour Damanpour (2017), la technologie est une composante de l'innovation, certaines innovations sont fondées sur la technologie, d'autres non. L'innovation technologique n'est ainsi qu'un type d'innovations organisationnelles. Dans la première section a été présenté le concept d'innovation ouverte, « open innovation » (Chesbrough, 2006). Par essence, l'innovation ouverte est une innovation organisationnelle puisqu'elle propose une nouvelle façon d'appréhender l'innovation au sein des organisations en s'appuyant sur la participation des acteurs et des parties prenantes. Originellement, l'innovation ouverte s'adresse aux managers de process industriels et prend pour exemple des entreprises caractérisées par leur haut degré de technicité, à l'image d'IBM et d'Intel. Pour Dubouloz (2023), qui parcourt l'œuvre de Damanpour, il est important de dépasser la vision distinctive de l'innovation, par une vision intégrative de l'innovation, voire une hybridité de l'innovation. La distinction entre innovation technologique et innovation organisationnelle n'est pas pure, car certaines innovations non technologiques peuvent avoir des composantes technologiques. Certaines innovations mixent des produits et des services, des composantes technologiques et non technologiques, des bénéfiques pour l'organisation, la communauté ou l'environnement (Dubouloz et bocquet, 2023).

La reconnaissance d'une hybridité de l'innovation permet de faire le lien avec la section suivante, puisque l'innovation organisationnelle en santé est très certainement particulièrement représentative d'une innovation pouvant cumuler une approche organisationnelle, de service, sociale, avec, dans de nombreux cas, une composante technologique.

Propos d'étape

La première section du cadre conceptuel a permis d'ancrer ce travail de recherche dans le prolongement des travaux qui portent sur l'innovation, montrant que l'innovation pouvait être catégorisée selon plusieurs types, notamment technologique et organisationnel. Cette seconde et présente section, qui propose une analyse de l'innovation organisationnelle, rapproche ce travail doctoral du cœur de son objet de recherche. Tout d'abord, la démarche a permis de mieux définir l'innovation organisationnelle. Cette recherche mobilise le terme innovation organisationnelle pour évoquer l'adoption de nouvelles pratiques managériales, procédures de travail, techniques, formes ou structures organisationnelles (Armbruster, *et al.*, 2008, Birkinshaw, *et al.*, 2008, Damanpour et Aravind, 2012, Dubouloz, 2013). Ensuite, cette seconde section développe les composantes du processus d'innovation et identifie ses principales phases. La démarche permet d'indiquer les choix opérés dans le cadre de ce travail doctoral, notamment de se concentrer sur les phases de génération, donc de genèse, et d'adoption, pour ses étapes de décision et de mise en usage de l'innovation. Par conséquent, ce travail écarte l'observation de la phase de routinisation. Le troisième temps de cette section s'attache à identifier les barrières et les leviers de l'innovation organisationnelle. En préalable à cette démarche, la notion d'attributs perçus de l'innovation a été développée, notamment parce que cette analyse de Rogers (1995) est particulièrement fréquente et transverse à l'ensemble des travaux qui s'intéressent aux barrières et aux leviers de l'innovation organisationnelle. Dans le cadre de l'identification de ces derniers éléments, un choix a été porté pour se concentrer sur des contributions majeures, notamment celle de Greenhalgh *et al.* (2004), qui porte précisément sur le contexte des organisations de santé. L'analyse de la littérature sur les barrières et les leviers de l'innovation organisationnelle peut être décryptée selon plusieurs niveaux. Le niveau nano renvoie aux problèmes et aux besoins couverts par l'innovation. Le niveau micro porte sur les acteurs individuels de l'innovation. Le niveau méso reflète la dynamique organisationnelle et inter-organisationnelle de l'innovation. Le niveau macro décrit les aspects institutionnels de l'innovation. Enfin, le niveau supra décrit l'environnement au sens large et le contexte politique de l'innovation. Pour conclure cette section et avant d'aborder l'innovation organisationnelle en santé, la question de la complémentarité des innovations organisationnelles et technologiques est développée.

1.3. Le cas particulier de l'innovation organisationnelle en santé : impérieuse, mais délicate à implémenter et à adopter ?

Le domaine des organisations de santé, par ailleurs rudement mises à l'épreuve durant la pandémie (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021 ; Riberolles *et al.*, 2021 ; Nobre et Husson, 2022) fait face à de nombreux défis : vieillissement de la population, accroissement de la prévalence des maladies chroniques, inégalités sociales et territoriales, nécessité de développer la prévention, révolutions numériques (Institut Montaigne 2018, Plan santé 2022). Dans ce cadre, mais également dans un contexte qui permet de tirer les enseignements de la pandémie (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021) l'innovation organisationnelle est parée de toutes les vertus. Pour autant, elle est également considérée comme difficile à mettre en œuvre dans le contexte spécifique des organisations de santé (Cutler, 2011 ; Nobre, 2013 ; Bloch et Hénaut, 2014 ; Grenier *et al.*, 2021 ; Grenier et Oiry, 2021). La première sous-section de cette section consacrée à l'innovation organisationnelle en santé interroge sa définition (1.3.1.). La seconde sous-section insiste sur la nécessité d'innover pour répondre aux défis du système de santé (1.3.2.). Dans un troisième temps, les obstacles structurels à l'innovation sont présentés (1.3.3.). La dernière sous-section présente, en résonance avec la section développant une complémentarité des innovations organisationnelles et technologiques, le cas particulier de la santé numérique (1.3.4.).

1.3.1. Définir l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)

Les travaux précurseurs sur l'innovation organisationnelle ont été conduits dans le contexte spécifique des organisations de santé (Kimberly et Evanisko, 1981). Par la suite, ce n'est qu'à partir de 2010, qu'une dynamique de recherche accrue est observée sur les IOS, notamment dans un contexte francophone (Damart, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016 ; Albert-Cromarias et Santos, 2020 ; Grenier et Oiry, 2021). Dans ce cadre, les recherches mobilisent des études de cas et illustrent les innovations organisationnelles par des exemples et des expériences concrètes d'IOS implémentées. Ainsi, Nobre (2013) analyse 14 cas de mise en œuvre des innovations organisationnelles à l'hôpital. Reprenant les définitions de l'innovation organisationnelle, en l'espèce managériale, telles qu'elles peuvent être conçues et appréhendées dans les sciences de gestion, l'auteur distingue 4 formes d'innovation organisationnelle à l'hôpital : par la création de nouvelles entités organisationnelles, par le développement de nouvelles relations organisationnelles entre

les acteurs, par le développement de nouvelles relations avec le patient, par la transformation organisationnelle. Dans une approche par les outils, Damart (2013) développe des cas d'innovations managériales visant à mieux gérer les absences, les compétences, la surchauffe organisationnelle et interroge la posture du manager dans les organisations de santé. Minvielle et Durand (2016) s'appuient sur des témoignages d'équipes hospitalières et évoquent des cas d'innovations managériales dans l'approche stratégique et l'étude des process organisationnels, dans les modes d'intervention du changement organisationnel, dans une approche centrée sur les acteurs et dans les services aux patients et à son entourage. Pour Minvielle et Durand (2016 : 11) l'innovation organisationnelle se définit comme les modifications substantielles des pratiques de management des structures organisationnelles permettant de mieux atteindre les objectifs. Crosmaris et Dos Santos (2020) analysent la façon dont une innovation organisationnelle peut être contributrice à la construction de sens. Ils mobilisent les définitions de Birkinshaw *et al.* (2008), de Leroy *et al.* (2013) de l'innovation organisationnelle et s'appuient sur les travaux de Nobre (2013) pour catégoriser les types d'innovation organisationnelle. Dans un contexte anglophone, certains travaux analysent les déterminants des IOS (Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013). Ces auteurs reprennent la définition de l'innovation organisationnelle du manuel d'Oslo et montrent, entre autres, que l'innovation organisationnelle influence l'adoption des innovations technologiques. Kimberly *et al.* (2008) proposent une analyse globalisée et transverse de l'IOS et montrent comment, à partir de l'étude de cas de différents pays, une innovation organisationnelle, le groupe homogène de diagnostic (Diagnostic Related Group), s'est diffusé internationalement dans les systèmes de santé. D'autres approches affinent la catégorie des IOS pour en étudier seulement une composante. Par exemple, certains travaux récents appréhendent les pratiques de design thinking dans le contexte particulier des organisations de santé (Oliveira *et al.*, 2021). Dans une même veine, les innovations organisationnelles se concentrant sur les ressources humaines, dans le contexte spécifique des organisations de santé, sont étudiées (Kessler *et al.*, 2017).

Plusieurs constats peuvent être établis par rapport à la littérature relative aux IOS. En premier lieu, certains travaux étudient l'innovation organisationnelle dans le contexte des organisations de santé, mais sans nécessairement la définir, ou en la définissant succinctement. Ensuite, les IOS ne sont pas considérées comme un objet de recherche en soi, avec un ensemble de caractéristiques distinctives et d'éléments constitutifs propres à

observer. Les recherches académiques étudient effectivement l'objet innovation organisationnelle, tel qu'il a été défini et conceptualisé, de façon approfondie, dans la seconde section de ce chapitre, dans le contexte particulier des organisations de santé. L'organisation de santé est ainsi un terrain de recherche, qui par ses spécificités et notamment sa complexité, rend particulièrement intéressante l'étude de l'innovation organisationnelle. Par conséquent, et à notre connaissance, l'innovation organisationnelle en santé ne bénéficie pas d'une conceptualisation et d'une définition propre.

En troisième lieu, la littérature sur l'IOS se développe à partir d'études de cas, souvent uniques, qui sont riches et détaillées, mais qui demeurent néanmoins fortement contextualisées, ce qui caractérise, par ailleurs, l'ensemble des approches par cas (Barlatier, 2018).

Enfin, et cet élément fait consensus, l'ensemble des recherches académiques soulignent les enjeux essentiels de l'IOS pour répondre aux défis du système de santé, mis par ailleurs au jour dans le contexte sanitaire et pandémique récent.

1.3.2. Les défis du système de santé ou les raisons d'innover

Cette sous-section rappelle quelques défis majeurs auxquels fait face le système de santé. Ces enjeux constituent une raison et une opportunité pour innover, d'autant que la crise de la Covid-19 a souligné l'importance, pour les organisations de santé, de s'engager sur la voie de l'innovation, des transformations et de la résilience, souvent à marche forcée (Nobre, 2020).

Les défis du système de santé sont largement identifiables sur les sites du ministère de la santé et de la prévention. Par ailleurs, certains travaux récents sont conduits auprès des professionnels hospitaliers et de santé pour recueillir leurs points de vue (Barnay *et al.*, 2021). Selon ces auteurs les défis portent sur le financement et la régulation des dépenses de santé (1.3.2.1.), le manque de coordination entre médecine de ville et hôpital (1.3.2.2.) ; le déficit de prévention et l'invisibilité de la santé publique (1.3.2.3.) ; les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins (1.3.2.4.).

1.3.2.1. Financement et régulation des dépenses de santé

Chaque année, un rapport sur les dépenses annuelles en santé est produit par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Ce panorama des comptes de la santé s'appuie sur deux principaux indicateurs :

- *La Dépense Courante de Santé au Sens International (DCSI), qui correspond à la consommation finale effective (c'est-à-dire en propre ou via un intermédiaire) de services sanitaires et de biens médicaux, qu'ils soient individuels (comme une consultation médicale) ou collectifs (comme une campagne de prévention)¹⁹.*
- *La Consommation de Biens et de Soins Médicaux (CSBM), qui représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé²⁰.*

Les derniers rapports publiés montrent une hausse sans précédent des dépenses en santé. La DCSI a augmenté à nouveau en 2021 du fait de la crise sanitaire : +9,8 % en 2021 après +3,7 % en 2020 pour s'élever à 307,8 milliards d'euros, soit 4 600 euros par habitant. La CSBM, qui comprend les soins hospitaliers (y compris cliniques), les soins de ville (médecins, infirmiers, laboratoires, etc.), les médicaments, les autres biens médicaux et les transports sanitaires s'est élevée à 226,7 milliards d'euros en 2021, soit 9,1 % du PIB. Cette dépense représente en moyenne de 3 350 euros par habitant.²¹

Cette dynamique est, certes liée à la crise de la Covid-19, mais elle s'inscrit également dans un cycle d'augmentation constante, depuis plusieurs années, des coûts liés à la santé, qui a déjà fait l'objet de plusieurs rapports d'économistes (OCDE, 2013)²².

Un premier défi pour les systèmes et les organisations de santé consiste donc à faire face à l'augmentation rapide des dépenses de santé.

1.3.2.2. Manque de coordination entre médecine de ville et hôpital

Le Décloisonnement Ville-Hôpital (DVH) et l'organisation de réseaux de santé constituent des enjeux fondamentaux dans l'ensemble des pays industrialisés (Bourret, 2008, Bloch et Hénaut, 2014). En France, ces défis sociétaux et managériaux sont identifiés, particulièrement depuis les années 2000, dans les différentes lois et plans stratégiques de santé gouvernementaux (Fieschi, 2003 ; loi sur la décentralisation du 13 août 2004 ; loi HPST 2009 ; loi du 26 janvier 2016 ; FHF, 2018, Plan de santé 2018 ; Plan de santé 2022). Ces rapports soulignent la nécessité de développer la coopération entre les différents acteurs de santé d'origine hospitalière et libérale. Ils insistent sur le besoin de résoudre

¹⁹<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/7%20La%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20au%20sens%20international%20et%20son%20financement.pdf>

²⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/annexes-6.pdf>

²¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

²² OCDE (2013), "Quel avenir pour les dépenses de santé ? ", OCDE, Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n° 19, juin 2013.

l'épineuse question du cloisonnement et des clivages, à savoir les séparations très marquées qui peuvent exister entre des organisations et des acteurs qui pourraient et devraient mieux coopérer dans une finalité d'amélioration de prise en charge du patient (Bourret, 2008, Nobre, 2013 ; Bloch et Hénaut, 2014).

Pour autant, par-delà cette volonté affichée des décideurs publics de mettre un terme aux différents clivages du monde hospitalier et, plus généralement, du système de santé, la réalité organisationnelle et managériale du DVH semble nettement plus contrastée. Tout d'abord, dans le cadre des outils de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), le Dossier Médical Partagé (DMP), qui vise l'amélioration du partage d'informations, est qualifié, au moins jusqu'à très récemment, soit d'arlésienne, soit de vieux serpent de mer, tant ses échecs sont répétés (Schweitzer, 2012 ; Le Quotidien du médecin, 2018). Ensuite, sur un plan organisationnel, plusieurs auteurs insistent sur la difficulté de la création d'un réseau, puisque que, par-delà les cadres classiques du système de santé, l'adoption d'un mode d'organisation réticulaire est un acte complexe et chronophage (Dib *et al.*, 2006 ; Bonafini et Nobre, 2011 ; Bloch et Hénaut, 2014). Enfin, sur un plan managérial, le DVH implique un changement de logique dominante des acteurs de santé, qui sont, professionnellement et corporativement, par essence indépendants et mus par des intérêts pouvant être divergents (Pralhad et Bettis, 1995 ; Glouberman et Mintzberg, 2002 ; Nobre, 2013).

Plusieurs travaux récents montrent que la crise la Covid-19 a, au moins pour un temps, permis de dépasser les silos et a été une opportunité de dépassement des blocages traditionnels (Nobre, 2020 ; Morris *et al.*, 2021). Il reste néanmoins à observer si ces changements sont pérennes, s'ils correspondent à une réelle évolution de paradigme, ou s'ils se situent plus dans une simple logique d'adaptation, qui demeure éphémère.

1.3.2.3. Déficit de prévention

Ce n'est qu'en 2018 qu'est accordée une priorité à la prévention par la présentation d'un premier plan en faveur de la prévention en santé. En effet, le système de santé est resté, selon la ministre de la santé de la période, Agnès Buzyn, trop longtemps cloisonné et centré sur les soins, et a délaissé la démarche préventive en en faisant un objet à part, se limitant le plus souvent à des actions d'information des publics.

En 2019, le Comité Interministériel pour la Santé fait le constat d'une trop légère prise en compte des actions de prévention en santé, qui se traduit par d'importantes inégalités d'espérance de vie en fonction du milieu social ; le retour de pathologies que l'on croyait disparues et d'une façon générale, la présence de facteurs de risques, comme le tabac ou l'obésité, à des niveaux élevés²³. Concrètement, des pistes sont donc développées pour favoriser la prévention et l'accent est mis sur l'alimentation, l'activité physique et sportive. Des objectifs précis sont, par ailleurs, assignés, comme diminuer de 15 % l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes.

1.3.2.4. Inégalités sociales et d'accès aux soins

Un récent rapport (Rojouan, 2022) rendu au Sénat souligne l'ampleur des inégalités territoriales et d'accès aux soins, en dressant des constats alarmants²⁴. Selon ce manuscrit, 1,6 million de français renonceraient chaque année aux soins, 30% de la population vivrait dans un « désert médical », 45% des médecins généralistes seraient en situation de burnout, le nombre de médecins généralistes aurait diminué de 1% par an entre 2017 et 2021, il y aurait 189 jours d'attente pour un rendez-vous chez un ophtalmologiste et, enfin, 11% des français de 17 ans et plus n'auraient pas de médecin traitant. Ces chiffres, dont les sources et la méthodologie d'élaboration sont difficilement identifiables, peuvent être contredits. Pour autant, ils traduisent l'existence de difficultés territoriales d'accès aux soins, notamment en raison de déserts médicaux, qui, s'ils concernaient d'abord les zones rurales, touchent à présent des espaces urbains, à l'image de la région Ile de France. Ces déserts médicaux font par ailleurs l'objet, chaque année, de publication de cartes²⁵.

Autres formes d'inégalités dans l'accès aux soins, les inégalités sociales font également l'objet d'un constat alarmant, depuis plusieurs années. Pour Lombraïl et Pascal (2005), les inégalités sociales s'observent dans les pratiques addictives, dans le fait que certaines maladies ne soient présentes que dans les quartiers défavorisés, que des pathologies comme l'obésité et les troubles de la vision soient beaucoup plus fréquentes dans les Zones d'Education Prioritaire (ZEP). Le système de santé est générateur de ces inégalités, soit par « omission », soit par « construction » (Lombraïl et Pascal, 2005). Les inégalités par « omission » sont celles liées au fonctionnement en routine du système de soins, qui

²³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cis_2019_vdef_pages.pdf

²⁴ <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

²⁵ Par exemple : <https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/carte-de-la-densite-des-professionnels-de-sante-en-france/>

ne permet pas de reconnaître les besoins et est centré vers une orientation curative dominante. Les inégalités par « construction » sont celles liées à la non prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales. A titre d'exemple, les systèmes d'information ne renseignent aucun indicateur social.

En 2022, les inégalités sociales demeurent. Un rapport récent de la DREES indique que les inégalités de santé apparaissent dès avant la naissance avec de nombreux facteurs de risques pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance plus fréquemment présents dans les milieux défavorisés (tabac, obésité). La prématurité et les petits poids à la naissance sont plus fréquents lorsque la mère est de milieu modeste. Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle. En 2017, 18 % des enfants en classe de troisième sont en surpoids et 5 % sont obèses (3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers). La part de ces enfants en surpoids ou obèses progresse.²⁶

Au côté de ces enjeux, d'autres défis s'imposent au système de santé. Tout d'abord, le vieillissement de la population, qui se poursuit, les maladies cardio-vasculaires, qui demeurent l'une des causes principales de décès, les maladies chroniques, les troubles dépressifs, renforcés par la crise de la Covid-19²⁷. Autant de défis qui constituent des raisons d'innover, l'innovation constituant un moteur pour parvenir à améliorer l'espérance de vie, la qualité des soins, les options de diagnostic et de traitement, et, plus globalement, renforcer le coût et l'efficacité du système de santé (Omachonu et Einspruch, 2010 ; Thakur *et al.*, 2012). En dépit de cette impérieuse nécessité pour répondre, entre autres, à l'ensemble des défis développés, il reste également que la tâche n'est pas aisée, tant le système et les organisations de santé sont marqués par leurs spécificités.

²⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD102MAJ200323.pdf>

²⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD102MAJ200323.pdf>

1.3.3. Des obstacles structurels à l'innovation

La précédente sous-section souligne une impérieuse nécessité d'innover pour répondre aux défis du système de santé. Pour autant, l'innovation dans les organisations de santé demeure difficile à implémenter, au point que certains auteurs évoquent même une forme d'inefficience et d'inefficacité des innovations organisationnelles en santé (Cutler, 2011 ; Thakur *et al.*, 2012, Stevens, 2022). Plusieurs raisons peuvent être évoquées, pour qualifier, dans une approche plus nuancée, ces difficultés. Pour Nobre (2013), l'adaptation des innovations organisationnelles à l'hôpital nécessite de prendre en compte sa complexité, qui peut être synthétisée en 4 dimensions : une diversité des activités, le système de prise de décision, les rapports de pouvoir, une profonde mutation.

1.3.3.1. Une diversité des activités

Pour Nobre (2013), les organisations de santé intègrent, dans leur périmètre, une très forte diversité d'activité, qui se matérialise par des services très différents et autonomes, c'est-à-dire les pôles, les services cliniques, médico-techniques, de logistiques médicales, les services administratifs. Glouberman et Mintzberg (2002) avaient déjà décrit cette diversité des activités en soulignant l'existence de 4 mondes distincts (Community, Control, Cure et Care) qui coexistent et conditionnent les comportements des acteurs, mais avec des référentiels de valeurs qui rendent la coopération et l'interaction difficiles (Nobre, 2013). Cette question est encore d'actualité, puisque la collaboration interprofessionnelle est considérée comme fondamentale pour les organisations de santé, mais délicate à opérer et freinée par les spécificités du contexte : importants changements organisationnels et de gouvernance, ressources restreintes (financières, humaines, matérielles), bouleversement des statuts et des rôles (Burellier *et al.*, 2019 ; Eckenschwiller *et al.*, 2022).

1.3.3.2. Une bureaucratie professionnelle

Plusieurs auteurs considèrent les organisations de santé caractéristiques de l'organisation professionnelle (Nobre, 1999, Minvielle, 1999 ; Gangloff, 2009 ; Morquin, 2019 ; Stevens *et al.*, 2022), telle qu'elle est décrite par Mintzberg (2004) : une organisation dont les personnels sont très qualifiés et compétents, une organisation relativement décentralisée laissant des marges de manœuvres aux professionnels, un centre opérationnel névralgique et doté de personnalités d'un haut niveau de

compétences qui travaillent plutôt en autonomie. Pour Nobre (2013), cette organisation implique une prise de décision qui nécessite d'intégrer les différents acteurs dans des dispositifs plus ou moins formalisés, ce qui se traduit par une interrogation sur les lieux effectifs de la décision et sur ses véritables auteurs. Le système de décision, en lui-même, s'avère difficile à identifier (Bartoli, 1997 ; Nobre, 2013). Pour Stevens *et al.* (2022), l'organisation professionnelle est un frein à l'innovation, surtout pour son déploiement et sa mise en usage à grande échelle.

1.3.3.3. Les rapports de pouvoir

Les organisations de santé sont caractérisées par une configuration politique interne très fortement marquée par la coexistence de différentes hiérarchies : la direction, le corps médical, le personnel soignant, le personnel administratif et par des organismes externes, telles que les tutelles (Nobre, 1999 ; 2013). Cette configuration laisse la place à de nombreuses stratégies d'acteurs et à des rapports de pouvoir qui sont mis en évidence par les recherches (Dumond, 2003 ; Fraisse et al., 2003 ; Chatleain-Ponroy et Deville, 2020).

1.3.3.4. Une profonde mutation

Déjà, en 2013, Nobre indique l'existence de profondes mutations dans les organisations de santé, liées à un environnement générant une succession de réformes très importantes, qui provoquent une sédimentation de couches de projet de transformation avec un accompagnement souvent réduit. A l'époque, il s'agit de l'introduction du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), de l'ordonnance de 1996, de la nouvelle loi hospitalière, du Plan Hôpital 2007 et de la loi HPST. Depuis, la crise sanitaire a mis au jour plusieurs dysfonctionnements du système et des organisations de santé. D'autres réformes sont conduites, notamment la loi Ségur, qui vise, entre autres, à rénover la gouvernance des hôpitaux en replaçant le service, et son chef, au cœur de l'hôpital, Au regard des phénomènes évoqués en amont, notamment diversité des activités et rapports de pouvoir, ce repositionnement du service comme échelon de référence peut laisser présager que la complexité organisationnelle et managériale des établissements de santé, sera délicate à réduire.

Les spécificités des organisations de santé rendent ce contexte particulièrement difficile pour générer et implémenter des innovations, ce qui a déjà été souligné en amont, notamment en raison de barrières interactionnistes et inter-organisationnelles

particulièrement marquées (Auschra, 2018 ; Cinar *et al.*, 2019). Parmi ces particularités, le monde des organisations de santé est singulièrement affecté par de nombreuses mutations, notamment politiques. Ces évolutions ne s'arrêtent pas à ces uniques transformations politiques, puisque le domaine de la santé est également soumis à un virage numérique majeur.

1.3.4. Les Innovations en Santé : Organisationnelles et Numériques ?

La complémentarité et l'hybridité organisationnelle et technologique de l'innovation a fait l'objet d'un développement dans les pages précédentes. Cette sous-section présente le cas particulier de la santé numérique. Ses différents éléments constitutifs sont développés pour tenter de mieux appréhender sa complexité.

1.3.4.1. La santé numérique, un vaste ensemble hétérogène de solutions numériques

Quel que soit le pays, Il n'existe pas de définitions consensuelles de la santé numérique (e-health) (Oh *et al.*, 2005 ; Dumez *et al.*, 2015 ; Hallberg et Salimi, 2020), le terme pouvant aussi être entendu, dans un contexte francophone, sous le vocable e-santé, télésanté, santé connectée, santé 2.0²⁸ (Bourdel et Cambon, 2019 ; François et Audrain-Pontevia, 2020 ; Safon, 2021). Comme le soulignent Oh *et al.* (2005), puis Hallberg et Salimi (2020) qui recensent respectivement 51, puis 60 définitions de l'e-santé dans la littérature grise et académique, l'utilisation répandue, mais non clairement définie, de l'e-santé indique avant tout que c'est un phénomène majeur et qu'il existe très probablement une compréhension tacite de sa signification.

Selon l'OMS néanmoins, l'e-santé peut se définir comme « *l'utilisation rentable et sécurisée des TIC à l'appui de la santé et des domaines liés à la santé, y compris les services de soins de santé, la surveillance de la santé, la documentation sur la santé et l'éducation, les connaissances et la recherche en matière de santé* ».

Cette définition, qui intègre le concept de TIC²⁹, lui-même débattu pour ses définitions, ses différents acronymes et son caractère, sous l'effet des innovations technologiques, très évolutif, montre toute l'étendue de ce vaste ensemble. Evoquer la santé numérique

²⁸ Dans la suite de l'article et pour ne pas prêter à confusion, seules les terminologies santé numérique et e-santé sont retenues

²⁹ Pour Dewett et Jones (2001, p.313-314), les TIC Les technologies de l'information regroupent un large ensemble de médias de communication et d'appareils qui lient entre eux les systèmes d'information et les individus, incluant la messagerie vocale, la conférence vocale, Internet, les intranets d'entreprise, les téléphones de voiture, les fax, les PDAs, etc.

implique donc de s'intéresser à ses différents périmètres. Sur ce point, plusieurs travaux de synthèse récents, issus de la recherche académique et de la littérature grise, permettent de faire un point, très certainement non exhaustif, sur ce que recouvre la santé numérique : santé mobile (2.3.4.2.), télésanté et télémédecine (2.3.4.3.), robotique, Systèmes d'Information en Santé (SIS) et Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) (2.3.4.4. ; 2.3.4.5.), Intelligence Artificielle et Blockchain (2.3.4.6. ; 2.3.4.7.)(Dumez et al., 2015 ; Bourdel et Cambon, 2019 ; François et Audrain-Pontevia, 2020 ; Safon, 2021).

1.3.4.2. La santé mobile

Définie par l'OMS (2011) comme « *les pratiques médicales et de santé publique supportées par des appareils mobiles, tels que les téléphones mobiles, les Personal Digital Assistant (PDA) et autres appareils sans fil* », la santé mobile intègre également, sur un plan technologique, des dimensions connexes comme les réseaux 3G, 4G..., le Bluetooth, les GPS, le Wifi (Cameron *et al.*, 2017). Au-delà de ces aspects technologiques, le domaine de la santé mobile implique également les innovations organisationnelles, puisqu'il induit une réflexion sur les utilisateurs, les parties prenantes et les résultats obtenus en matière de santé (Cameron *et al.*, 2017). Comme pour la santé numérique et les TIC, la santé mobile ne présente pas une définition stable et consensuelle. Son champ d'application est si large que plusieurs auteurs (Bashshur *et al.*, 2011 ; Cameron *et al.*, 2017) proposent, plus qu'une simple définition, un cadre d'analyse déclinant les domaines principaux et secondaires de la santé mobile. Elle porte, par exemple et pour Bashshur *et al.* (2011) sur le soutien clinique, l'assistance aux professionnels de santé, la collecte de données à distance, l'assistance téléphonique, ces apports étant soutenus par un triptyque technologie, applications et fonctionnalités. Selon la HAS (2021), en 2020, 350 000 applications en santé sont disponibles sur Apple Store et Google Play Store. Face à cette expansion, la HAS a publié un référentiel de critères permettant de s'assurer du caractère scientifique du contenu proposé par les applications. François et Audrain-Pontevia (2020) complète cette conceptualisation de la m-santé en y intégrant les objets connectés, définis par Balaji et Roy (2017) comme « *un objet équipé de technologies capables de détecter, d'identifier, de mettre en réseau, de traiter de l'information et de communiquer avec d'autres objets, par le biais d'Internet, dans le but d'atteindre des objectifs spécifiques* ». Ces objets peuvent être distingués selon qu'ils s'adressent à la santé ou au bien-être (François et Audrain-Pontevia, 2020).

1.3.4.3. Télésanté et Télémédecine

Plusieurs perspectives co-existent sur la conceptualisation de la télésanté. Dans la littérature grise, certains auteurs assimilent télésanté et santé numérique, en traduisant e-health par télésanté (Bourdel et Cambon, 2019 ; Safon, 2021). Dumez *et al.* (2015), puis François et Audrain-Pontevia (2020) portent un autre regard sur la télésanté puisqu'ils considèrent la télémédecine comme un sous-ensemble de la télésanté, la télémédecine portant surtout sur les applications cliniques et curatives, alors que la télésanté intégrant également une dimension préventive, les champs de l'éducation de la recherche (Dumez *et al.*, 2015 ; François et Audrain-Pontevia, 2020). Une troisième perspective est proposée par le ministère de la santé et de la prévention, qui définit la télésanté comme l'ensemble des activités (soin, consultation, etc.) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique. Dans ce cadre, la télésanté est composée de deux domaines, la télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste), le télésoin pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical³⁰. Pour le ministère de la santé et de la prévention, la télémédecine comprend 5 types d'actes : la téléconsultation permet à un patient de consulter à distance son médecin (généraliste ou spécialiste) par l'utilisation des TIC (1) ; la téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres confrères par le numérique (2) ; la télésurveillance est un type de prise en charge à distance du patient permettant à un professionnel médical d'interpréter des données recueillies sur le lieu de vie du patient grâce à l'utilisation d'un dispositif médical numérique (3) ; la téléassistance permet à un professionnel médical d'assister à distance un confrère dans la réalisation d'un acte (4) ; la régulation médicale réalisée par les SAMU-centres 15 permet d'apporter à distance une réponse médicale et d'orienter le patient dans son parcours de soins (5).

Au niveau académique, la télémédecine fait l'objet d'une dynamique de recherche importante. Plusieurs revues de littérature témoignent de cet intérêt accru, qui porte sur la satisfaction du patient (Mair et Whiiten, 2000), sur la rentabilité de la télémédecine (Mistry *et al.*, 2014), sur son évaluation plus globale (Roine *et al.*, 2001). Les recherches sur la télémédecine se sont accélérées exponentiellement depuis la crise sanitaire. Les

³⁰ (Audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, ocularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podo-orthésistes, psychomotriciens, techniciens de laboratoire médical)

effets attendus de l'innovation télémédecine consistent en une réponse aux défis du système de santé développés dans les pages précédentes. La télémédecine permet de lever les barrières géographiques et de transport, de combler les pénuries de ressources humaines par une disponibilité accrue des professionnels de santé, et de réduire les délais d'attente (Barbosa *et al.*, 2021).

1.3.4.4. Robotique

La robotique en santé peut être définie comme « *un système capable d'effectuer des actions mécatroniques basées sur la réception d'informations acquises par des capteurs dans le but d'apporter du soutien aux personnes handicapées, aux professionnels de la santé dans les interventions médicales et aux individus dans les programmes de prévention* » (Butter *et al.*, 2008 ; François et Audrain-Pontevia, 2020). L'utilisation des robots en santé est importante pour l'aide apportée aux personnes malades et blessées dans la gestion de leur santé, mais également pour leur soutien aux professionnels (Riek, 2017). Un des exemples les plus connus et spectaculaires de l'emploi de la robotique porte sur la téléassistance et la capacité des robots à exécuter les gestes du chirurgien pour opérer un patient à distance (Dumez *et al.*, 2015). Cet exemple est par ailleurs particulièrement représentatif d'une complémentarité entre les pratiques d'acteurs et l'emploi d'outils technologiques.

1.3.4.5. Les Systèmes d'Information en Santé (SIS) ou Hospitaliers (SIH)

Selon Safon (2021), les systèmes d'information forment le socle sur lequel repose la santé numérique. Ils organisent, au niveau informatique, les échanges d'informations entre la médecine de ville et l'hôpital, ou entre centres d'un même hôpital. C'est sur ces systèmes que reposent le Dossier Médical Partagé, le Bilan Partagé de Médication, le système de carte vitale... Les professionnels de santé échangent désormais de l'information entre eux ou avec le patient, mais sans toutefois l'obliger à aller voir chaque professionnel de santé individuellement. Ce sont donc les contours d'une organisation centrée sur le patient plus efficiente qui se dessinent avec un gain de temps pour tous, une amélioration de l'information reçue par chacun et, de fait, une plus grande sécurité lors de la prise en charge (Dumez *et al.*, 2015). Les SIS et SIH constituent ainsi un levier majeur pour faciliter la coordination et fluidifier les parcours (Doctrine technique du numérique en santé, 2020).

1.3.4.6. Intelligence artificielle

L'intelligence artificielle fait référence à des programmes informatiques dont l'ambition est de reproduire les schémas de perception de l'intelligence humaine (Bernelin, 2019). Dans le domaine de la santé, ses applications sont nombreuses, à l'image des systèmes d'aide au diagnostic ou au dépistage, des systèmes capables de traiter, d'analyser et d'interpréter des milliards d'information. Dans ce cadre, le rôle des GAFAs et d'entreprises comme IBM est souligné par Dumez *et al.* (2015).

1.3.4.7. Blockchain

La chaîne de blocs est une base de données partagée et validée dans un réseau de pair à pair (François et Audrain-Pontevia, 2020). Dans le domaine de la santé, cette technologie intéresse par plusieurs de ses fonctionnalités susceptibles d'accompagner les mutations du système de santé en apportant plus de fluidité, de sécurité et de flexibilité dans la gestion des données de santé (Poirot-Mazères, 2018).

Ce panorama montre que la santé numérique est constituée d'un vaste ensemble de pratiques et de supports technologiques, lesquels sont très hétérogènes. A ce titre, peu de travaux de synthèse font la distinction entre les pratiques numérisées des professionnels de santé et les outils support qui sont mobilisés. Simon (2015) propose précisément cette différenciation à propos de la télémédecine, en séparant les services numériques (télésurveillance, e-learning), des outils supports (internet, outils mobiles, applications, objets connectés), des pratiques des professionnels de santé (télémédecine, télésoin).

Dans une approche distinctive de l'innovation, il pourrait paraître contradictoire d'évoquer la santé numérique dans le cadre d'une analyse des Innovations Organisationnelles en Santé. Pour autant et comme la revue de littérature sur l'innovation organisationnelle l'a montré, de nombreuses innovations présentent un caractère organisationnel et technologique, souvent complémentaire, voire hybride. Dans le cadre de cette recherche, ce sera d'ailleurs le cas d'un grand nombre d'innovations observées, ce qui sera montré dans les résultats de ce travail doctoral.

Propos d'étape

La première section du cadre conceptuel ancre cette recherche dans le prolongement des travaux qui portent sur l'innovation, montrant notamment que l'innovation pouvait être catégorisée selon plusieurs types, technologique et organisationnel. La seconde section de ce chapitre développe de façon plus approfondie l'innovation organisationnelle, concept central de cette recherche. Dans ce cadre, l'innovation organisationnelle est d'abord définie, les barrières et les leviers à son adoption sont ensuite identifiés, la complémentarité entre innovation organisationnelle et technologique est appréhendée. Cette troisième section se consacre à l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS). Un développement en 4 points est proposé. Tout d'abord, un panorama des travaux, somme toute, récents, sur les IOS permet d'en appréhender la définition et le contenu. Concernant la définition de l'Innovation Organisationnelle en Santé, les auteurs reprennent la définition de l'innovation organisationnelle, objet de leurs recherches, sur le terrain des organisations de santé. En soi, l'IOS ne bénéficie pas donc pas d'une conceptualisation propre. S'agissant du contenu, les chercheurs mobilisent principalement les études de cas pour montrer que les IOS peuvent consister en la création de nouvelles entités organisationnelles, mais également de nouvelles relations entre professionnels ou avec les patients. Dans un deuxième temps, cette section revient sur les défis majeurs du système de santé, le financement, la prévention, les inégalités d'accès, le manque de coordination entre les praticiens de ville et d'hôpital. L'ensemble de ces défis constituent des raisons essentielles pour encourager l'innovation, qui se heurte néanmoins, dans les organisations de santé, à un contexte spécifique constitutifs de difficultés. En effet, la diversité des activités, le type d'organisation, les rapports de pouvoirs et un environnement particulièrement changeant font du contexte des organisations de santé un environnement, à priori, hostile, ou, pour le moins, peu favorable à l'implémentation de l'innovation. Rejoignant les conclusions portant sur la complémentarité organisationnelle et technologique, dans un environnement de transformation numérique accélérée, la dernière sous-section de cette section s'attache à décrypter les composantes de la santé numérique, ce domaine représentant un vaste ensemble hétérogène et complexe à appréhender. En développant le cadre théorique et en rappelant les questions de cette recherche, la section suivante conclut ce chapitre présentant les fondements théoriques de cette recherche.

1.4. Rappel des questions de recherche et proposition d'un cadre théorique

Cette section, moins longue que les précédentes, puisque principalement centrée sur une synthèse de la littérature, vise tout d'abord à rappeler quelles sont les questions de cette recherche et à souligner en quoi, notamment par rapport à la littérature existante, ces questions sont importantes (1.4.1.). Ensuite, cette section propose un cadre théorique, qui s'appuie principalement sur les conclusions issues du parcours de la littérature proposé en amont (1.4.2.). Enfin, cette section présente les raisons pour lesquelles deux théories, la Théorie de l'Acteur Réseau et la théorie néo-institutionnelle, qui auraient pu être mobilisées pour appréhender la problématique de cette recherche, ne l'ont pas été (1.4.3.).

1.4.1. Rappel de la problématique et des questions de recherche

La problématique de cette recherche est la suivante : *Quelles sont les conditions facilitantes de la génération et de l'adoption des IOS qui peuvent être développées pour encourager l'innovation en santé ? le cas de l'article 51.*

En proposant de s'interroger sur les conditions facilitantes de la génération et de l'adoption de l'innovation, cette question s'inscrit dans le courant théorique de la diffusion et de l'adoption de l'innovation, qui a été développé dans les pages précédentes, notamment par le développement des recherches de Rogers (1995) et de Damanpour (1991 ; 2017).

Dans le contexte des organisations de santé, cette question est fondamentale car elle résonne avec les nombreux défis du système de santé qui imposent d'innover. Répondre au manque de coordination entre les professionnels de ville et les professionnels hospitaliers ne peut être envisagé autrement que par l'innovation organisationnelle et la proposition de nouvelles idées et pratiques pour organiser et coordonner ces relations. De la même façon, il semble difficile, dans un contexte de manque de ressources, de réduire les inégalités territoriales et sociales, sans proposer de nouvelles façons d'appréhender les déserts médicaux et les problématiques sociales. Par ailleurs, le contexte sanitaire a rappelé toute l'importance des innovations et des transformations organisationnelles pour faire face à une crise (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021). La question du biais d'innovation, *est-ce que toutes les innovations constituent, ou non, des bonnes choses ?* peut se poser légitimement dans un contexte marchand. Cette question

est très certainement moins opportune, compte-tenu des défis de santé énumérés, à poser dans le contexte spécifique des organisations de santé.

Pour parvenir à innover, il reste cependant à identifier quelles sont les principales barrières à surmonter et quels sont les principaux leviers à actionner pour générer et implémenter de nouvelles expérimentations. Théoriquement, la recherche de Greenhalgh et *al.* (2004) identifie déjà un nombre conséquent de pistes à suivre pour atteindre cet objectif. La problématique de cette recherche pourrait donc consister, simplement, à actualiser les travaux portant sur les barrières et les leviers de l'IOS.

Pour autant, cette problématique est contextualisée par « le cas de l'article 51 ». Cette contextualisation n'est pas neutre puisqu'elle marque un virage majeur dans la façon d'appréhender l'innovation dans les organisations de santé. Traditionnellement, l'introduction des innovations dans le contexte des organisations de santé se fait de façon descendante et massive, par catalyse réglementaire, avec la mise en œuvre d'une ingénierie très lourde et la production de pléthores de textes (Nobre, 2013). Avec l'article 51, l'innovation est approchée de façon ascendante et en accordant plus de liberté et de confiance aux acteurs. Autrement dit, au-delà de la contextualisation par « le cas de l'article 51 », cette recherche porte sur un changement de paradigme profond de l'innovation dans le contexte des organisations de santé, qui n'a pas encore, ou très peu, été étudié (Grandclaude *et al.*, 2021 ; Dezest, 2023).

La problématique principale de cette recherche se décline en 4 sous questions de recherche :

QR1 : Quelles sont les principales composantes et caractéristiques constitutives des IOS dans le cadre de l'article 51 ? Comme le rappelle les thématiques développées dans plusieurs congrès internationaux (ARAMOS 2020 ; EHMA, 2020 ; ICHSM 2020), il est important de mieux comprendre et de connaître le contenu des IOS. Par ailleurs, une innovation répond, par principe, à un problème, un besoin, une opportunité. En proposant de s'intéresser aux composantes et caractéristiques des IOS de l'article 51, cette recherche vise à mettre au jour les problèmes, les besoins, les opportunités qui sont identifiées dans le contexte particulier des organisations de santé et à mieux appréhender également les solutions qui sont apportées pour y faire face.

QR2 : Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ? Cette seconde sous-question complète la précédente et cible la phase de génération de l'IOS. Il s'agit de comprendre, à partir des IOS de l'article 51, comment naît une IOS. Sur un plan théorique, cette question prend appui sur le développement proposé, page 26, dans la sous-section 2.2.1.1.

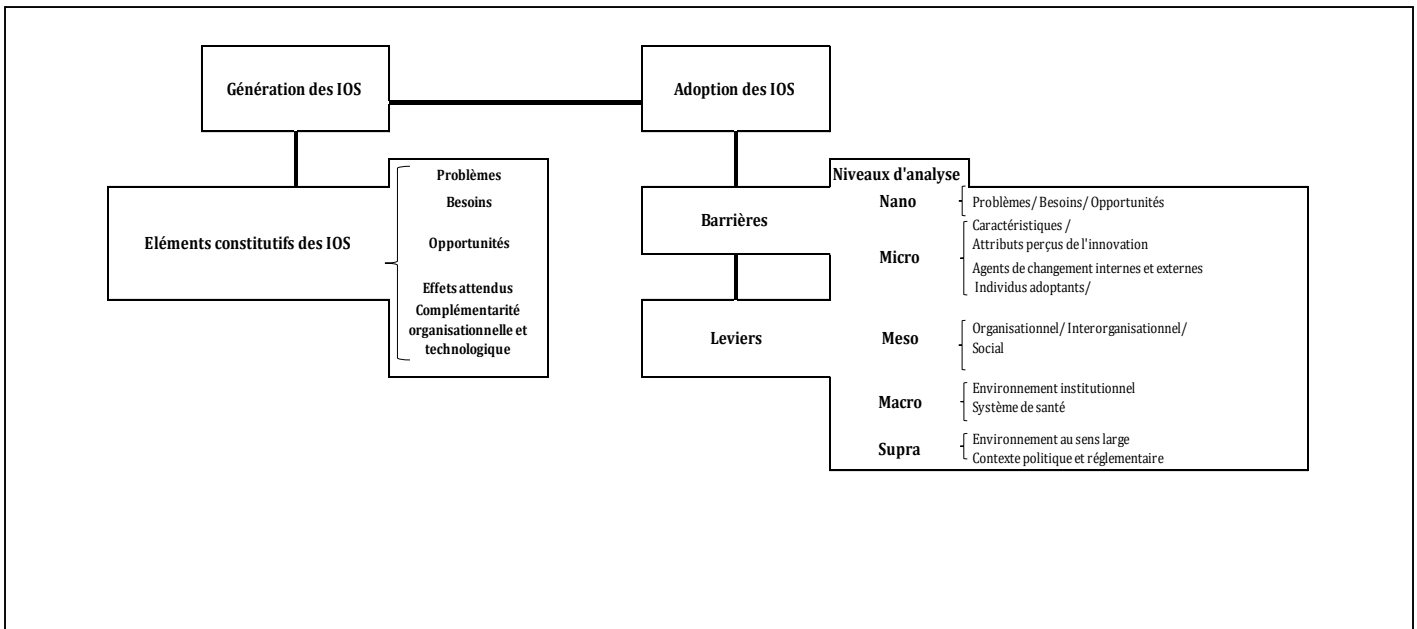
QR3 : Quels sont les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans le cadre de l'article 51 ? La revue de littérature a permis de décrire un ensemble de barrières et de leviers à l'innovation. Cette question vise l'identification de ces barrières et de ces leviers, dans le contexte spécifique de l'article 51, qui correspond à un changement de paradigme important dans la façon d'appréhender l'IOS.

A partir des expérimentations de l'article 51, *QR 4 : quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?* Pour conclure ce rappel des questions de recherche, cette dernière question privilégie une dimension prescriptive. Elle vise à proposer, à partir de la réponse apportée aux questions précédentes, des pistes d'action pour encourager la génération et l'implémentation des IOS. Ces pistes sont importantes pour les travaux académiques, puisque l'innovation organisationnelle en santé fait l'objet de nombreuses interrogations, notamment pour ses difficultés d'implémentation et d'adoption (Cutler, 2011 ; Thakur *et al.*, 2012 ; Stevens *et al.*, 2022). Elles sont également importantes pour le décideur public et les managers des organisations de santé, qui tentent de nouvelles expériences, particulièrement avec l'article 51 d'ailleurs, pour catalyser l'innovation.

1.4.2. Proposition d'un cadre théorique

Le parcours de la littérature, réalisé en amont, permet de proposer un cadre théorique. La figure 3 présente une vue synoptique des principaux éléments constitutifs du cadre théorique de cette recherche. Ces éléments ayant été largement développés dans les pages précédentes, ils seront simplement commentés brièvement à la suite de la figure.

Figure 3 : Cadre théorique : Une analyse des éléments constitutifs, des barrières et des leviers de l'IOS



Concernant la génération des IOS, cette recherche s'intéresse aux problèmes, besoins, opportunités et aux solutions qui sont imaginées pour y répondre, conformément aux développements proposés en amont et qui constituent un socle de l'innovation (Damanpour, 1991 ; Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017). Dans ce cadre, les effets attendus de l'IOS, de même que la complémentarité organisationnelle et technologique, sont observés (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Dubouloz, 2014).

L'analyse de l'adoption des IOS reprend la grille de lecture pluridimensionnelle que nous avons proposée p.51 pour une catégorisation des barrières et des leviers à l'innovation organisationnelle. Elle s'articule selon 5 niveaux, de nano à supra, de l'unité d'analyse individuelle, vers l'unité d'analyse organisationnelle et inter-organisationnelle et, finalement, l'unité d'analyse environnementale.

Pour compléter cette vue synoptique, il convient également de mentionner ce qui est déjà indiqué p.30 de ce chapitre. A l'heure de la rédaction de ce manuscrit, les expérimentations de l'article 51, terrain de cette recherche, sont encore en cours et peu évaluées. Cette recherche s'intéresse donc prioritairement au processus de génération de l'innovation, sa genèse, et aux phases d'adoption, d'initiation, de décision, et d'implémentation ou de mise en œuvre. La phase de routinisation, ou poursuite de l'usage, ne sera donc pas observée. Elle peut néanmoins faire l'objet d'un programme de recherche et de suivi longitudinal, qui dépasse les objectifs assignés à cette recherche doctorale.

1.4.3. Choisir, c'est renoncer : Théories de l'Acteur Réseau (TAR) et théorie néo-institutionnelle

En privilégiant une approche par les barrières et les leviers à l'innovation organisationnelle, cette recherche s'inscrit prioritairement dans le cadre des travaux portant sur la théorie de la diffusion et de l'adoption des innovations (Damanpour, 1991 ; Rogers, 1995), qui a été longuement développée dans les pages précédentes. Elle ne mobilise pas d'autres approches, notamment la Théorie de l'Acteur Réseau (TAR) et la théorie néo-institutionnelle.

Tout d'abord, la TAR n'est pas mobilisée pour deux raisons principales. En premier lieu, les aspects méthodologiques. La TAR implique d'observer de nombreux acteurs, traducteurs, porte-parole, et phénomènes, tels que les controverses, sur un temps long et de façon diachronique. Pour Callon *et al.* (1984), il est essentiel de restituer les récits d'innovation en train de se faire pour comprendre les raisons et les échecs de l'innovation, en évitant de recourir aux explications *a posteriori*. Selon Collin *et al.* (2023), pour ce type d'analyse fine, il est conseillé de pratiquer la recherche qualitative longitudinale. En second lieu, même si la TAR est actuellement mobilisée à propos des innovations organisationnelles (Canet, 2012), elle accorde initialement une place centrale à l'objet technique puisque le réseau est défini, dans la sociologie de la traduction, comme le faisceau de relations et d'association entre actants, mettant en lien les humains et les non humains (Collin *et al.*, 2023). En particulier et pour Callon (1999) « *l'innovation est un phénomène émergent qui lie des agents, des savoirs et des biens* ». Pour ces deux raisons, les aspects méthodologiques et une dimension technologique particulièrement marquée, la TAR n'est donc pas mobilisée dans cette recherche, même si elle est, par ailleurs, très adéquatement mobilisée dans le cadre de recherches interventions développant des connaissances en management de la santé (Lemaire, 2013 ; Boiteau et Baret, 2017 ; Durand *et al.*, 2018). A l'opposé de ces travaux, le dispositif méthodologique de cette recherche, élaborée à partir d'analyse documentaire et de 52 entretiens, ne permet absolument pas de développer une approche longitudinale d'observation du processus d'IOS.

La seconde perspective théorique, qui aurait pu être mobilisée, porte sur la théorie néo-institutionnelle, et, plus particulièrement, l'entrepreneur institutionnel (DiMaggio, 1988). Selon cette perspective, quand des acteurs organisés, suffisamment dotés en ressources, les entrepreneurs institutionnels, voient dans de nouvelles institutions une opportunité de concrétiser des intérêts qu'ils considèrent de grande valeur, de nouvelles institutions apparaissent (DiMaggio, 1988 : 14). Deux conditions sont nécessaires pour qualifier un individu ou un groupe d'individus d'entrepreneurs institutionnels (Maguire *et al.*, 2004 ; Battilana, 2006). Premièrement, seuls les acteurs qui enfreignent les règles et contredisent les pratiques à l'œuvre dans l'institution dominante par la création de règles

et de pratiques alternatives et nouvelles peuvent être assimilés à des entrepreneurs institutionnels. Deuxièmement, ces acteurs doivent mobiliser des ressources dans la perspective de rompre avec la logique institutionnelle dominante. Autrement dit, ils s'engagent activement dans le processus de changement institutionnel (Maguire *et al.*, 2004 ; Battilana, 2006).

Le caractère presque rebelle de l'entrepreneur institutionnel ne coïncide pas avec la démarche de l'article 51, dûment développée dans les pages suivantes. Comme il a été indiqué en amont, cette démarche repose, au contraire, sur une nouvelle approche de l'innovation qui voit l'institution s'ouvrir pour accorder plus de confiance et de liberté aux différents acteurs. Le cadre théorique de l'entrepreneur institutionnel pourrait tout à fait être approprié, par exemple, lorsque l'innovation naît de catalyse réglementaire et à grand renfort de textes de lois, il l'est moins dans une approche qui repose sur les intentions des acteurs d'innover et d'expérimenter.

Conclusion du chapitre 1

Ce chapitre présente les fondements théoriques de cette recherche. Structuré en entonnoir, il développe d'abord une approche générale de l'innovation, puis une analyse plus spécifique de l'innovation organisationnelle, avant d'aborder la complexité de l'Innovation Organisationnelle en Santé. Cette conceptualisation est complétée, dans une dernière section, par la présentation du cadre théorique. Tout d'abord, la première section permet de mieux appréhender l'innovation, telle qu'elle peut l'être en sciences de gestion. La démarche propose de définir l'innovation et d'en observer différentes caractéristiques, son degré de nouveauté et d'impact, son degré d'ouverture. Par ailleurs, cette première section expose différentes typologies d'innovation, qui montrent l'existence de plusieurs catégories, en particulier les innovations technologiques et organisationnelles. Dans une seconde section, ce chapitre analyse l'innovation organisationnelle, concept au cœur de cette recherche doctorale. Un effort important de définition étant observé dans les recherches académiques, cette section développe d'abord cette diversité conceptuelle. Elle permet également de retenir un terme, parmi d'autres, « innovation organisationnelle » et sa définition, parmi d'autres également : *l'adoption de nouvelles pratiques managériales, procédures de travail, techniques, formes ou structures organisationnelles* (Dubouloz, 2013). Par la suite, une description du processus d'innovation est proposée. Outre le parcours des travaux étudiant ce processus, cette étape permet surtout d'expliquer quelles phases seront particulièrement observées dans le cadre de cette recherche, la génération et l'adoption. Dans un troisième temps de la section portant sur l'innovation organisationnelle est proposée une analyse des travaux portant sur les barrières et les leviers à son adoption. Une particularité de ce travail de synthèse est l'adaptation de revues de littérature systématiques pour en développer des grilles de lecture aisément mobilisables. Ainsi, le conséquent travail de Greenhalgh *et al.* (2004), parce qu'il porte précisément sur les barrières et les leviers à l'innovation dans le contexte spécifique des établissements de santé, est décrit en profondeur dans le cadre de cette synthèse de la littérature. Finalement, cette analyse des travaux portant sur les barrières et les leviers de l'innovation organisationnelle permet de proposer notre propre grille d'analyse, en mobilisant une articulation par unité d'analyse, de nano à supra. En

complément des approches précédentes, la section se conclut par la reconnaissance d'une complémentarité, voire d'une hybridité, des innovations organisationnelles et technologiques. La troisième section de ce chapitre s'adresse au cas particulier des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS). Dans un premier temps de cette section, les travaux, plutôt francophones et récents, portant sur les IOS, sont décrits. Ce panorama montre quel peut être le contenu des IOS en soulignant les différentes catégorisations qui ont été identifiées par les auteurs, à l'image d'une innovation organisationnelle par la création de nouvelles entités et/ou de nouvelles relations (Damart, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016). Concernant la définition de l'IOS proposée dans ces travaux académiques, elle ne bénéficie pas d'une conceptualisation propre. Elle repose sur l'innovation organisationnelle, telle qu'elle a été définie dans la seconde section de ce chapitre. L'objet innovation organisationnelle est ainsi étudié, observé, analysé, au sein des organisations de santé, terrains de recherche. En rappelant ensuite quels sont les principaux défis auxquels le système de santé fait face, le second temps de cette section souligne surtout quelles sont les raisons majeures d'innover. Au-delà des raisons, qui sont essentielles, est rappelé, dans un troisième temps, que la génération et l'adoption des IOS demeure délicate dans les organisations de santé. En effet, la diversité des activités, l'organisation professionnelle, les rapports de pouvoirs et un environnement particulièrement turbulent constituent des spécificités qui forment autant d'obstacles structurels pour innover. Dans le cadre de cette section portant sur l'IOS est également développé une approche de la santé numérique, montrant d'ailleurs la complémentarité organisationnelle et technologique. Finalement, ce chapitre se conclut par un rappel des questions de recherche et par la proposition d'un cadre théorique. Il motive l'inscription de cette recherche dans le courant théorique de la diffusion et de l'adoption des innovations et explique les raisons pour lesquelles d'autres théories, la Théorie de l'Acteur Réseau (TAR) et la Théorie néo-institutionnelle, ne sont pas mobilisées. En particulier et à propos de la TAR, ces raisons sont principalement méthodologiques, puisque cette recherche ne mobilise pas une approche longitudinale. Le chapitre 2, suivant, présente précisément le dispositif méthodologique élaboré pour cette recherche doctorale.

Chapitre 2

Cadre épistémologique et méthodologique de la recherche

Introduction

Ce chapitre présente les choix épistémologiques et méthodologiques qui sont opérés pour conduire cette recherche. Il se structure autour de deux approches. La première, essentiellement réflexive, vise à présenter le positionnement épistémologique du chercheur, la voie de recherche empruntée, et les raisons pour lesquelles ce dispositif méthodologique de collecte de données, en particulier, a été choisi. Une des particularités méthodologiques de cette recherche se situe dans le cheminement de son design, puisque la crise sanitaire, et, son corollaire, les confinements, ont contribué à évoluer d'une démarche initiale d'étude d'un cas unique à l'étude de multiples cas par une analyse complémentaire de données primaires et secondaires.

La seconde approche, plus concrète, évoque la démarche méthodologique de terrain. Il s'agit de présenter tout d'abord le terrain de recherche, l'article 51, puis de présenter le dispositif de collecte et d'analyse des données. Sur ce point, cette recherche s'appuie sur un matériau particulièrement dense et volumineux. Après l'initiation d'une étude de cas approfondie et un virage méthodologique stimulé principalement par les confinements, les cahiers des charges et les avis du CTIS de 96 projets de l'article 51 sont tout d'abord décryptés. Dans le cadre de cette recherche un matériau de 5099 pages de données secondaires est donc appréhendé et réduit par une démarche matricielle (Miles et Huberman, 2010). En complément de cette approche par données secondaires, 52 entretiens sont conduits, parmi les 96 innovations observées, auprès des porteurs de projet des IOS. 1478 pages d'entretiens constituent ainsi le matériau au fondement de l'analyse des données primaires.

Ce chapitre se décline en deux sections. Comme énoncé plus haut, la première section s'inscrit dans une approche réflexive et présente les choix épistémologiques et méthodologiques de la recherche (2.1.). La seconde approche, plus concrète, développe le dispositif méthodologique en montrant la collecte et l'analyse des données réalisées sur le terrain, et auprès des acteurs, de l'article 51 (2.2.).

2.1. Choix épistémologiques et méthodologiques

Cette section est déclinée en trois sous-sections. Une première sous-section développe le positionnement épistémologique du chercheur, de même que les risques épistémologiques, tels qu'ils sont décrits par Dumez (2013) (2.1.1.). Une seconde sous-section porte sur la voie de recherche empruntée (Chaireire Petit et Durieux, 2007) (2.1.2.). Une troisième sous-section expose les choix méthodologiques et les raisons pour lesquelles le design initial de cette recherche a évolué (2.1.3.).

2.1.1. Positionnement épistémologique, réflexif et pragmatique, du chercheur

Plusieurs travaux proposent des synthèses des différentes approches et courants épistémologiques, avec des degrés de granularité et de catégorisation plus ou moins importants, selon qu'ils distinguent seulement constructivisme et positivisme ou qu'ils se livrent à des analyses plus fines, post-positivisme, réalisme critique, constructivisme pragmatique, interprétativisme (Baumard, 1997 ; Perret et Séville, 2007 ; Avenier et Thomas, 2013). Pour proposer le positionnement épistémologique du chercheur retenu dans cette recherche, trois paradigmes (Kuhn et Meyer, 1983) épistémologiques principaux sont distingués et nuancés : le positivisme, l'interprétativisme, le constructivisme. Le positionnement épistémologique revient, en effet, pour le chercheur, à répondre à trois questions (Perret et Séville, 2007) :

- Quelle est la nature de la connaissance produite ?
- Comment la connaissance scientifique est-elle engendrée ?
- Quels sont la valeur et le statut de cette connaissance ?

La réponse à ces trois questions peut être inspirée par les trois grands paradigmes énoncés, positivisme, interprétativisme, constructivisme (Perret et Séville, 2007 : 14).

2.1.1.1. Le positivisme

Le positivisme repose sur plusieurs grands principes (Lemoigne, 2021 ; David, 1999). En premier lieu, un « principe ontologique ». Peut être considérée comme vraie toute proposition qui décrit effectivement la réalité. Le but de la science est de découvrir cette

réalité. Ensuite, le « principe de l'univers câblé ». Il existe des lois de la nature, le réel est déterminé. Le but de la science est de découvrir la vérité derrière ce qui est observé. En troisième lieu, un « principe d'objectivité » : l'observation de l'objet réel par l'observant ne modifie ni l'objet réel ni l'observant. Quatrième principe, « une naturalité de la logique » : la logique est naturelle, donc tout ce qui est découvert par logique naturelle est vrai et loi de la nature. Donc tout ce qui ne pourra être découvert de cette manière devra être considéré comme non scientifique. Finalement, un principe de moindre action : entre deux théories, il faut prendre la plus simple.

2.1.1.2. L'interprétativisme

L'interprétativisme se situe dans une démarche compréhensive. Les interprétativistes ne rejettent, ni n'acceptent, l'hypothèse d'une réalité en soi. Ce qui importe, c'est que cette réalité ne soit jamais indépendante de l'esprit, de la conscience de celui qui l'observe et qui l'expérimente. La réalité (objet) est dépendante de son observateur (sujet) (Perret et Séville, 2007). Pour les interprétativistes, le monde social est fait d'interprétations qui se construisent grâce aux interactions entre acteurs. Le processus de création de connaissances passe donc par la compréhension du sens que les acteurs donnent à la réalité. Il ne s'agit pas d'expliquer cette réalité mais de la comprendre au travers des interprétations qu'en font les acteurs (Perret et Séville, 2007 : 23). Comme le souligne Dumez (2013 : 28), une démarche compréhensive implique de donner à voir les acteurs pensant, éprouvant et agissant. Selon Perret et Séville (2007), l'empathie est alors au cœur de l'interprétativisme, puisque le chercheur doit s'approprier le langage et les terminologies propres aux acteurs et atteindre les réalités telles qu'elles sont vécues par les acteurs. La validité de la connaissance, dans le cadre d'une démarche interprétative peut être interprétée à partir des questions suivantes (Perret et Séville, 2007 ; Denzin, 2008) : Est-ce que l'interprétation développée par le chercheur est révélatrice de l'expérience vécue ? Est-ce qu'elle est enracinée historiquement et temporellement ? L'interprétation proposée par le chercheur est-elle cohérente ? L'interprétation produit-elle une compréhension de la réalité sociale observée ?

2.1.1.3. Le constructivisme

L'épistémologie constructiviste présente de nombreux points communs avec l'interprétativisme. Elle s'en démarque néanmoins sur plusieurs points. Chez les interprétativistes, la démarche de compréhension consiste avant tout à « donner à voir » la réalité des acteurs étudiés. Pour les constructivistes, la démarche de compréhension participe à la construction de la réalité, « le réel est construit par l'acte de connaître plutôt que donné par la perception objective du monde » (Perret et Séville, 2007 ; Le Moigne, 2021). En outre, chez les constructivistes, la démarche de compréhension est liée à la finalité du projet de connaissance que le chercheur s'est donné. Pour Lemoigne (1995), la validité de la connaissance repose sur l'enseignabilité des connaissances produites, ce qui nécessite, pour le chercheur, d'explicitier scrupuleusement les finalités auxquelles il prétend se référer.

Pour David (1999), dans les sciences de gestion, la réalité est construite de deux manières, construite dans nos esprits, parce que nous n'en avons que des représentations, construite, parce que, en sciences de gestion, les différents acteurs, y compris les chercheurs, la construisent ou aident à la construire.

2.1.1.4. Positionnement épistémologique du projet de connaissance

Ce projet de recherche s'inscrit dans une démarche interprétativiste. Il s'agit de développer une compréhension des intentions, des perceptions, des situations des acteurs participant à la création de leur réalité sociale et de comprendre la façon dont ils font sens de cette réalité (Schwandt, 1994 ; Allard-Poesi et Maréchal, 2007 ; Perret et Séville, 2007). Notre projet de connaissance est de mettre en lumière l'innovation organisationnelle en santé, sa genèse, ses barrières et ses leviers, tels que ces phénomènes sont perçus par les individus qui les conçoivent (les innovations), les surmontent (les barrières), les actionnent (les leviers). Quant à la question de l'empathie nécessaire à la validation des connaissances et compte-tenu du contexte spécifique de la santé, de sa complexité, de l'expérience et des connaissances des acteurs, souvent professionnels de santé, nous ne prétendons surtout pas pratiquer leur langage. Nous tentons néanmoins de le

comprendre, de même que nous tentons d'appréhender leur univers organisationnel et leur contexte situationnel.

2.1.1.5. Eviter les risques épistémologiques concrets

Dumez (2010 ; 2013) ne partage pas le point de vue selon lequel positivisme, interprétativisme et constructivisme s'opposent de façon distincte et tranchée. Pour l'auteur, la réflexion épistémologique est avant tout concrète et implique d'éviter, pour le chercheur, trois risques épistémologiques majeurs : le risque des acteurs abstraits, le risque de circularité, le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité.

Le risque des acteurs abstraits

Pour Dumez (2013), une recherche qualitative n'a de sens que si elle montre et analyse les intentions, les discours, les actions et interactions, de leur point de vue et du point de vue du chercheur. Une recherche qualitative décrit et narre. Pour Dumez (2013), les travaux de Crozier (1965) sur la description du monde des employés de bureau restent un chef-d'œuvre difficile à égaler de ce que peut être le « donner à voir » des acteurs agissants. Or, de nombreux articles, thèses, mémoires, donnent le sentiment au lecteur, qu'il n'a vu nulle part les acteurs penser, s'affronter, tenter des choses (Dumez, 2013 : 14).

Tout au long de cette recherche, parce que le matériau, en outre, le permet, nous tenterons de « donner à voir » les acteurs agissants, en l'espèce les porteurs de projet des IOS de l'article 51.

Le risque de circularité

Le risque de circularité consiste à trouver, dans un matériau de données, tout ce qui confirme une théorie en laissant de côté ce qui pourrait la remettre en cause ou la nuancer. Les données ne sont jamais brutes, les chercheurs trouvent facilement dans le matériau les éléments pour confirmer l'interprétation vers laquelle ils penchent (Dumez, 2013 : 18). Même les chercheurs les plus expérimentés ne sont pas à l'abri de la circularité, de même que les médecins peuvent commettre des erreurs de diagnostic du fait de biais cognitifs (Dumez, 2009b).

Pour Dumez (2013) gérer le risque de circularité revient à ce que la théorie oriente la recherche, mais ne structure pas le recueil du matériau.

Dans le cadre de cette recherche, le cadre théorique, proposé en amont, de même que le guide d'entretien, développé en aval, s'appuient sur des catégories suffisamment larges pour pouvoir maximiser le processus de découverte et gérer, par conséquent, le risque de circularité.

Le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité

Bertalanffy (1973 : 38, cité par Dumez, 2013) indique : « le même état final peut être atteint à partir d'états initiaux différents, par des itinéraires différents ». Pour un même phénomène, il faut toujours explorer plusieurs explications possibles, plusieurs types d'enchaînements ou de mécanismes ayant pu aboutir à ce phénomène, par des cheminements différents (Dumez, 2013 : 21).

Pour Dumez (2013), gérer le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité revient à recourir aux hypothèses rivales plausibles, faire un usage systématique du raisonnement contrefactuel et manier le traçage de processus. Concrètement, ces trois approches sont délicates à mettre en œuvre et il est très difficile de s'imposer cette discipline. Dans tous les cas, ce qui est important, c'est, tout d'abord, de bien spécifier les théories et le matériau qui sont mobilisés dans une recherche qualitative (Dumez, 2013 : 24).

En soulignant l'inscription de cette recherche dans le courant théorique de la diffusion et de l'adoption de l'innovation, en expliquant les raisons pour lesquelles la Théorie de l'Acteur Réseau (TAR), de même que la théorie néo-institutionnelle, ne sont pas mobilisées dans le cadre de cette recherche, cette spécification théorique, décrite par Dumez (2013), est visée. Dans la perspective de gérer le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité, une même attention à spécifier le matériau empirique collecté sera portée dans les pages suivantes.

2.1.2. Principales voies de recherche empruntées

Cette recherche emprunte la voie de l'exploration hybride (Chaire-Petit et Durieux, 2007). En effet, il ne s'agit pas d'une exploration théorique, parce que l'objet de cette recherche ne consiste pas à opérer un lien entre deux disciplines ou entre deux champs théoriques. Il ne s'agit pas non plus d'une exploration empirique, qui consisterait en une induction pure, avec un chercheur qui travaillerait sans à priori (Chaire-Petit et Durieux, 2007 : 70). Au contraire de ces deux perspectives, cette recherche consiste en une exploration hybride puisqu'elle procède par allers-retours entre des observations et des connaissances théoriques tout au long de la recherche. A ce titre, le descriptif de l'évolution du dispositif méthodologique montrera, de façon singulière, à quel point ces allers-retours sont prégnants.

Par ailleurs, deux points de départ importants sont à souligner au regard de l'objet de cette recherche. Sur un plan empirique, cet objet de recherche puise sa source dans un changement de paradigme sur la façon d'envisager l'innovation dans les organisations de santé. Or, cette évolution n'a pas encore fait l'objet de développement de connaissances, ce qui a été indiqué dans les fondements de cette recherche.

En outre, au niveau théorique, le cadre conceptuel montre que la littérature sur les innovations organisationnelles en santé demeure fragmentée, très fortement contextualisée et des questions se posent quant à la capacité d'innovation des organisations de santé, notamment au regard de leur complexité.

Le terrain de l'article 51, qui sera développé en aval, constitue ainsi une source majeure de production de connaissances. Non seulement il présente un panel très important d'innovations organisationnelles en santé qui peut permettre de poser un regard transverse sur l'innovation, telle qu'elle est générée et implémentée actuellement dans les organisations de santé. C'est une première source de connaissances, mais, en outre, il permet de produire de la connaissance sur une nouvelle façon de produire et de catalyser l'innovation, en accordant une place centrale aux acteurs.

2.1.3. Evolutions du design de la recherche et motivations du dispositif méthodologique

Quelle que soit la démarche de recherche mise en œuvre, différents problèmes peuvent surgir au cours de la recherche, aussi bien durant les prétests, le recueil des données ou les analyses (Royer et Zarlowski, 2007). Ces problèmes n'impliquent pas nécessairement de changer le design initialement fixé, mais en cas de problèmes importants, une modification du design peut être nécessaire (Royer et Zarlowski, 2007 : 169). Cette recherche a connu une évolution profonde de son design, principalement en raison de la crise Covid-19 et des confinements. En particulier, cette recherche a évolué d'une étude d'un cas unique (2.1.3.1) vers une extension à l'ensemble des projets de l'article 51 (2.1.3.2.).

2.1.3.1. Une étude de cas unique analysant une innovation inter-organisationnelle visant le décroisement ville-hôpital

Au démarrage du processus de thèse, la recherche, qui n'a pas encore d'objet dûment matérialisé, présente comme thème de recherche la coordination inter-organisationnelle en vue du décroisement ville-hôpital. En effet, le décroisement constitue un défi majeur du système de santé et, d'un point de vue théorique, la coordination inter-organisationnelle fait l'objet de nombreuses interrogations (Bloch et Hénaut, 2014 ; Auschra, 2018). Le chercheur est alors présenté, par son directeur de thèse, au sein d'un établissement, le CH de Lunéville, qui l'accueille dans son service de pharmacie hospitalière. La particularité alors de ce service est d'initier l'implémentation d'une innovation organisationnelle, le parcours MEDISIS, qui vise à proposer une double conciliation médicamenteuse, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. En outre, les porteurs de ce projet ont l'intention et sont en cours d'intégration dans le protocole article 51, avec la volonté de transférer le projet vers d'autres établissements. Le chercheur, professionnel et enseignant de l'éducation nationale par ailleurs, intègre le service de pharmacie hospitalière en dehors de son temps de travail pour observer les différentes phases de ce parcours. Il présente l'intérêt de correspondre pleinement à la thématique initiale de recherche : une dynamique inter-organisationnelle prononcée, un objectif de

décloisonnement assigné et, également, une volonté de diffusion à grande échelle. De février 2019 à Mars 2020, c'est ainsi un premier parcours doctoral qui s'engage, avec la perspective d'une analyse d'un cas unique (Yin, 2009), la possibilité de l'observer sur le long terme et avec une richesse des données potentiellement liée au caractère inter-organisationnel du projet. Au passage, ce temps d'intégration implique, pour le chercheur, de mieux appréhender le dispositif de l'article 51, puisque les porteurs de projet ont la volonté d'intégrer le dispositif, la démarche étant en cours.

Le premier confinement a lieu du 17 mars 2020 au 11 mai 2020. Parallèlement, le délai d'instruction au sein du protocole de l'article 51 bloque les avancées du projet MEDISIS. Autrement dit, la démarche de recherche patine. Le chercheur ne peut plus se déplacer et les professionnels de santé sont sollicités par des urgences plus importantes qu'un projet d'innovation de coordination inter-organisationnelle portant sur le long terme. En accord avec son directeur de thèse, une réorientation sur l'ensemble des projets de l'article 51 est envisagée et effectuée.

2.1.3.2. Extension de la recherche à l'ensemble des projets de l'article 51

La première démarche conduite au sein de MEDISIS permet de dresser plusieurs constats. Premièrement, le dispositif de l'article 51 est un terrain particulièrement riche pour observer l'Innovation Organisationnelle en Santé, puisque c'est une démarche ouverte à un ensemble d'acteurs diversifiés et que les projets sont très variés. Deuxièmement, les porteurs de projet rencontrent de nombreuses difficultés lorsqu'ils décident d'innover. Il s'agit, par exemple, du délai d'instruction du projet MEDISIS mais le chercheur observe également à quel point l'innovation implique de convaincre les individus, en interne, et les partenaires, en externes pour faire avancer le projet. Autrement dit, cette première étape abrégée d'étude de cas unique et longitudinale stimule l'apparition de la problématique et des questions de recherche, telles qu'elles sont inscrites et rédigées dans ce travail doctoral. Pour y répondre, le recueil des données s'appuie une double analyse, complémentaire, de données secondaires et de données primaires. La particularité du dispositif Article 51 est d'être particulièrement transparent sur les projets expérimentés, ce qui permet au chercheur d'avoir accès à un ensemble conséquent de données,

notamment pour appréhender le contenu des Innovations Organisationnelles en santé. En complément et en lien avec la posture interprétativiste et compréhensive décrite en amont, la démarche d'entretiens permet de mieux comprendre la genèse des IOS, leurs barrières et leurs leviers.

Les aspects concrets de la démarche méthodologique sont, à présent, développés dans les pages suivantes.

2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

Le dispositif méthodologique de la recherche est décliné en trois sections principales. Tout d'abord, le terrain de recherche de l'article 51 est présenté (2.2.1.). Ensuite, la collecte des données est détaillée (2.2.2.), avant d'aborder la question de leur analyse (2.2.3.).

2.2.1. Terrain de recherche

Le terrain de recherche repose sur le dispositif de l'article 51. L'objectif de ce dispositif, initié depuis fin 2017, est clairement énoncé par le ministère de la santé et de la prévention « *Expérimenter et innover pour mieux soigner*³¹ ». Dans un premier temps, les fondements de l'article 51 sont développés pour mieux appréhender les conditions et les raisons de son émergence (2.2.1.1.). Ensuite, les différents acteurs et les instances impliqués, de même que leurs principales fonctions dans les phases du processus de l'article 51, sont détaillés (2.2.1.2.). Une troisième étape décrit la démarche globale de l'article 51 en prenant en compte les différentes phases du processus d'innovation : la phase de décision, la phase de mise en usage et la phase de poursuite de l'usage (2.2.1.3.). Enfin, un état des lieux issu des deux derniers rapports rendus au Parlement permet d'évaluer l'ampleur de ce dispositif et de ses contours (2.2.1.4.).

2.2.1.1. Les fondements de l'article 51

En 2017, le ministère des solidarités et de la santé met en œuvre une réforme pour améliorer l'organisation des soins au bénéfice des patients tout en adoptant un financement adapté à la notion de parcours. En effet, certains constats s'imposent. Plusieurs modalités de financement coexistent, tels que le financement hospitalier (T2A), le financement des professionnels de santé de ville (à l'acte) et le financement du secteur médico-social. Cette segmentation des financements limite la mise en œuvre des parcours de soins de santé et implique, par conséquent d'innover.

Le ministère, introduit donc au sein du plan de santé 2018-2022, la nécessité d'innover en santé en prenant en compte le patient « *Innover pour transformer notre système de santé*

³¹ [Expérimenter et innover pour mieux soigner - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr)

en réaffirmant le place des usagers » (Plan de santé 2018-2022, page 32). Cette dynamique d'innovation contribue à ce que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2018 (loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017) introduise un dispositif favorisant l'innovation organisationnelle en santé : l'article 51.

Ce dispositif est, en soi, innovant car historiquement, l'innovation en santé était souvent une initiative descendante, prise par les instances et par catalyse réglementaire (Nobre, 2013). L'objectif de ce dispositif est de faire émerger des innovations en santé par les acteurs de terrain, l'innovation est donc initiée de façon ascendante et non descendante. L'article 51 est ouvert à l'ensemble des acteurs, sur une durée maximale de 5 ans. Qu'ils soient professionnels de santé de ville (libéral), professionnels de santé hospitalière (public ou privé), acteurs d'une structure privée (entreprise, startup), acteurs du domaine associatif (associations de patients), tous peuvent engager une démarche d'innovation.

Les projets expérimentés sont nouveaux, pour leurs modes de financement, au forfait (financement à la séquence de soins) et/ou via un module d'intéressement à la performance. Ils sont également nouveaux parce qu'ils favorisent l'autonomie du patient afin de le rendre acteur de sa santé. L'ensemble des expérimentations doivent contribuer à améliorer « *le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé* »³².

Comme le soulignent Lemaire *et al.* (2020), il y a déjà eu, dans le passé, de nombreux dispositifs visant à expérimenter de nouvelles organisations ou de nouveaux modèles de financement dans le système de santé. Pour autant, l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 diffère des expériences précédentes en ce sens qu'il porte une nouvelle approche dans la conduite des expérimentations, pour en faire réellement des leviers de changement à grande échelle des organisations et des pratiques. L'article 51 n'est pas une spécificité nationale mais s'inscrit dans une dynamique plus globale de confiance accordée aux acteurs. Plusieurs pays ont en effet mis en œuvre, dans la période récente, des organisations et des fonds spécifiques. Ces organisations cherchent à créer un cadre favorable à l'émergence, mais aussi à la diffusion des formes innovantes

d'organisation des soins, en partant du même constat de la difficulté des systèmes à les intégrer de manière assez rapide, assez agile, et surtout à les déployer à grande échelle (Lemaire *et al.*, 2020 ; Obled *et al.*, 2020).

L'article 51 est donc un nouvel outil au service de l'innovation en santé, poursuivant plusieurs objectifs : développer de nouvelles organisations en intégrant les différentes parties prenantes dans le parcours de soins des patients (le patient lui-même, les partenaires aux projets), favoriser l'accès aux soins ou la pertinence médicamenteuse et développer la coordination entre les différents acteurs de santé tout en prenant en compte l'efficacité du système de soins.

2.2.1.2. Les différents acteurs et instances impliqués et leurs fonctions dans les phases du processus de l'article 51

Cette sous-section présente les principaux acteurs et instances du dispositif article 51.

Porteurs de projets et partenaires

Les acteurs de terrain, évoluant dans différents domaines d'activités, proposent un projet via une lettre d'intention et la rédaction d'un cahier des charges. Ils portent le projet et mettent en œuvre l'expérimentation proposée. Les partenaires ne sont pas les porteurs mais sont des parties prenantes impliquées et clairement identifiées dès la rédaction de la lettre d'intention. Plusieurs instances agissent à différents niveaux, pour l'accompagnement, pour l'évaluation et pour décider la mise œuvre du projet et sa potentielle prolongation. Ces éléments sont disponibles sur le livret d'accompagnement à destination des porteurs de projet³³.

Instances et interlocuteurs nationaux

Le porteur a un interlocuteur spécifique au sein d'une équipe nationale d'appui du ministère et dédiée à l'Article 51. Cet interlocuteur est chargé du suivi de l'instruction du projet et de sa mise en œuvre. Il est l'interface avec les divers services du ministère. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) comprend également une équipe article 51.

³³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article51_livret_accompagnement_porteur_010720.pdf

Cette équipe a pour objectif de suivre l'instruction des projets et assure leur mise en œuvre. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux intervient en complémentarité et en appui du ministère des solidarités et de la santé et de la CNAM. Une communauté de pratiques, animée par l'ANAP a pour objectif de soutenir les porteurs, de favoriser l'intelligence collective par le partage de résolution de problèmes et également, de valoriser les savoir-faire.

Instances et interlocuteurs régionaux

Les Agences Régionales de Santé (ARS) pilotent le dispositif en région en lien avec le réseau de l'Assurance Maladie (AM). Un référent article 51 existe dans chaque ARS. Ce référent aide les porteurs à élaborer leurs projets (projet de portée régionale) et les accompagnent dans la mise en œuvre. Au niveau départemental, l'ARS travaille de concert avec les CPAM et la Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque (DCGDR) afin d'appuyer les porteurs dans la construction de leurs projets.

Organes d'évaluation

La cellule d'évaluation des expérimentations est sous la responsabilité d'une équipe composée de membres de la CNAM et de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Cette équipe est chargée de suivre la mise en œuvre de l'évaluation, intermédiaire et finale, et veille à sa bonne réalisation. Les bases de cette évaluation sont, dès l'autorisation d'expérimentation des projets, clairement identifiées et portées à la connaissance des porteurs de projets. Les critères d'évaluation sont intégrés dans les avis du Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS), dont les composantes seront exposées dans les pages suivantes.

Organes de décision

Le Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS) est composé de plusieurs membres : des représentants de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), des membres issus des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), du secrétaire général du ministère et d'un représentant des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces membres se réunissent

une fois par mois pour émettre un avis sur les projets proposés, statuer sur les points bloquants et sur les points de politique générale.

Le Conseil Stratégique (CS) de l'innovation en santé a été créé le 5 avril 2018. Le CS est présidé par le ministre des Solidarités et de la Santé ou sa vice-présidente, il est composé de plus de 60 membres qui représentent le système de santé, tels que : Assurance Maladie (AM), ARS, ANAP, HAS... Ces membres se réunissent une fois par an pour définir les grandes orientations de l'article 51, ils sont associés au suivi, à l'évaluation et ils se prononcent sur les opportunités de généralisation de certaines expérimentations. Chaque membre a 3 semaines pour se prononcer sur cette éventuelle généralisation à partir du rapport d'évaluation et de l'avis CTIS.

Une équipe nationale d'appui, sous la responsabilité du rapporteur général du dispositif, organise le travail des deux instances, celui du CTIS et celui du CS.

Les référents régionaux ARS, les organismes locaux d'Assurance Maladie, les référents nationaux (services « métiers » du ministère et de la CNAM, l'agence nationale d'appui à la performance et l'équipe d'appui article 51), collaborent autour des expérimentations pour favoriser la construction des projets, pour accompagner les acteurs dans la mise en œuvre de leurs expérimentations, et, finalement, pour évaluer, prolonger potentiellement les expérimentations, voire, au mieux, les intégrer au droit commun.

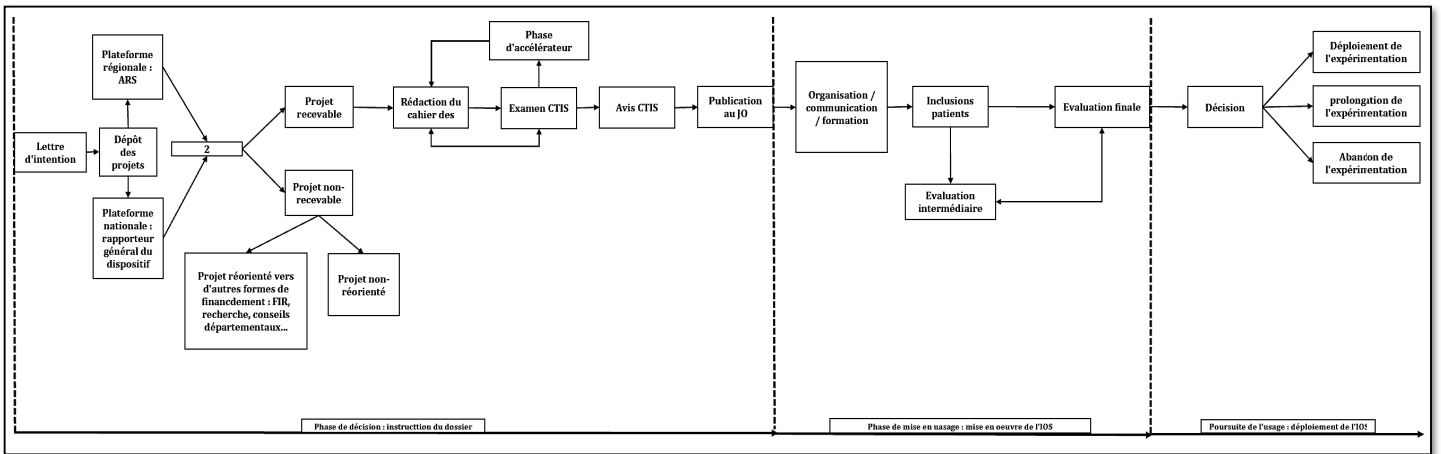
L'ensemble de ces acteurs travaillent donc, de concert avec les porteurs de projets dans l'ensemble des étapes du processus des innovations organisationnelles en santé.

2.2.1.3. La démarche globale de l'article 51 : phase de décision, mise en usage et poursuite de l'usage

Le processus de l'innovation organisationnelle en santé via l'article 51 comporte différentes phases, qui sont ici mises en perspectives avec les phases identifiées dans la partie conceptuelle de cette recherche (Damanpour, 1991 ; Dubouloz, 2013, 2014) : la phase de décision, la phase de mise en usage et la phase de poursuite de l'usage. La figure 4 présente le processus de l'article 51 et ses différentes phases. Les phases de décision

(2.2.1.3.1.), de mise en usage (2.2.1.3.2.), de poursuite de l'usage (2.2.1.3.3.) sont commentées après la présentation de cette figure.

Figure 4 : Processus d'intégration des IOS de l'article 51



2.2.1.3.1. Phase de décision : la démarche d'intégration des expérimentations de l'article 51

La démarche d'intégration de projet débute par la rédaction du cahier des charges, en deux étapes : une lettre d'intention d'abord, puis la rédaction du cahier des charges.

La lettre d'intention ou pré-cahier des charges.

Dans un premier temps, il s'agit pour le porteur de l'expérimentation de formaliser son projet sous forme de lettre d'intention ou pré-cahier des charges. La trame de cette lettre d'intention est disponible sur le site du ministère de la santé et de la prévention³⁴. Cette lettre d'intention structure les éléments essentiels (intitulé du projet, nom du (des) porteur (s) et son statut juridique, résumé du projet, champ territorial, catégorie d'expérimentation...). Cette première démarche permet au porteur de décrire brièvement son projet : sa nature et ses objectifs, les impacts attendus, le modèle économique. Les partenaires identifiés pour participer au projet et le porteur de projet doivent apposer leurs signatures sur ce document afin de marquer leurs engagements réciproques. Le porteur a deux possibilités pour déposer la lettre d'intention. En effet, si le projet est de portée régionale ou infrarégionale, le porteur déposera sur la plateforme régionale à destination de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). Si le projet est de portée interrégionale ou nationale, il déposera cette lettre sur la plateforme nationale à destination du rapporteur général du dispositif (équipe nationale d'appui) placé auprès du ministère des Solidarités et de la Santé.

La lettre d'intention, une fois complétée, permet aux instances d'appréhender le degré de maturité du projet et sa cohérence avec le dispositif article 51. Le projet doit répondre aux objectifs du dispositif (modalités de financement innovant, modalités d'organisation innovante, modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé), intégrer au moins une des dérogations financières (facturation, tarification, remboursement...) et viser la transformation organisationnelle (partage

³⁴ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/vous-avez-un-projet>

d'honoraires entre professionnels de santé, prestations d'hébergement non médicalisé...). Les échanges débuteront, selon la portée du projet, avec l'ARS et l'Assurance Maladie ou avec l'équipe nationale d'appui. La sélection des projets s'appuie sur des critères bien spécifiques : faisabilité opérationnelle, caractère innovant, efficient et reproductible. Trois cas de figure se présentent :

- Non-recevable, si le projet ne présente aucun intérêt spécifique.
- Réorientation : le projet peut être réorienté vers une autre forme de financement (FIR, recherche, conseils départementaux...), si le projet proposé comporte des intérêts mais qu'il ne rentre dans les critères de recevabilité de l'article 51.
- Éligibilité : le projet est éligible. Le référent régional ou national donne une réponse et le porteur de projet peut poursuivre la démarche d'instruction de projet. Un binôme ARS/Assurance Maladie est désigné pour accompagner les porteurs de projets pour transformer la lettre d'intention en cahier des charges.

Le cahier des charges

Une fois la lettre d'intention éligible, la deuxième étape, la rédaction du cahier des charges, peut débuter. Le cahier des charges décrit de manière plus approfondie l'expérimentation. Une trame est également disponible sur le site du ministère de la santé et de la prévention. Le cahier des charges est composé de 15 rubriques, dont la description du porteur, la présentation des expérimentateurs et des partenaires, le contexte et constats, les objectifs et les effets attendus, la description du projet.... L'ensemble de ces rubriques permettent de décrire précisément le projet d'expérimentation. Lorsque le cahier des charges est suffisamment abouti, il est transmis pour avis au CTIS qui peut demander des modifications, ce qui implique que différentes versions du cahier des charges peuvent être réalisées au cours de cette phase d'instruction. Le cahier des charges est examiné à chaque étape d'élaboration et plusieurs examens peuvent avoir lieu. Des phases d'accélérateurs sont également mises en place aux différentes étapes de développement du projet. Ces phases d'accélérateur se réalisent sous forme d'ateliers et visent trois intentions : la pluridisciplinarité, la collaboration et la focalisation. La pluridisciplinarité consiste à faire travailler les différentes parties prenantes ensemble. La collaboration souhaite encourager les efforts collectifs et intègre les organes instructeurs et les experts métiers.

Enfin, la focalisation consiste à se centrer sur les sujets importants pour faire avancer les projets. Ces phases d'examen et d'accélérateur ont pour objectifs de corriger, d'améliorer le contenu de l'organisation proposée voire de l'enrichir mais également de permettre aux projets d'avancer dans cette phase d'instruction. Les échanges entre les institutions et les parties prenantes sont davantage axés sur la proximité, les interactions sont collectives et la démarche est plus collaborative vers une co-construction de projets (Lemaire *et al.*, 2020).

Une fois le projet totalement abouti, la validation de l'expérimentation est matérialisée par un avis CTIS. Cet avis reprend les éléments importants du projet et le résume en 3 pages environ. Chaque avis CTIS est structuré de manière identique. Il débute par un bref récapitulatif des éléments, tels que le nom du porteur, l'instance validant le projet, les différentes étapes menées par le CTIS.

Ensuite, l'avis CTIS est décomposé en sept rubriques : objet de l'expérimentation (1), recevabilité du projet au titre de l'article 51(2), détermination de la portée de l'expérimentation proposée (3), durée de l'expérimentation (4), modalités de financement du projet (5), modalités d'évaluation (6) et enfin, avis sur le projet d'expérimentation (7).

- 1 L'objet de l'expérimentation résume l'organisation proposée et sa spécificité (acteurs impliqués, lieu d'intervention, matériel mobilisé...), la cible visée (résidents en EHPAD, par exemple) et les objectifs de l'expérimentation (améliorer l'accès aux soins, l'efficacité...).
- 2 La recevabilité du projet au titre de l'article 51 est décomposée en deux éléments : la recevabilité au titre de la finalité (rappel de la recevabilité du projet en matière d'amélioration de l'organisation des soins) et la recevabilité au titre de la dérogation (rappel des différentes lois auxquelles le projet déroge (lieux d'exercice, prise en charge ou remboursement des actes et prestations...)).
- 3 La détermination de la portée du projet de l'expérimentation proposée rappelle le champ d'application du projet (portée locale, régionale, interrégionale, infrarégionale ou nationale) et précise le lieu spécifique (département Auvergne-Rhône-Alpes, région Centre-Val-de-Loire...).
- 4 Les modalités de financement du projet donnent des précisions sur les éléments concernant le financement, tels que les différents forfaits accordés et leurs particularités (une expérimentation peut comprendre différents forfaits, ils sont adaptés aux besoins des patients), le nombre de patients concernés (inclusions prévues), le coût moyen par patient, le besoin total de financement des prestations dérogatoires liées aux soins par le Fonds pour l'Innovation du Système de Santé

- (FISS) qui peut être complété par un financement provenant du Fonds d'Intervention Régional FIR (coûts d'amorçage et d'ingénierie).
- 5 La rubrique durée de l'expérimentation stipule la durée de l'expérimentation dans sa totalité et précise la durée pour l'inclusion et le suivi des patients.
 - 6 Les modalités de l'évaluation indiquent les instances responsables de l'évaluation du projet (DREES et CNAM), qui seront en charge des deux temps des évaluations, l'évaluation intermédiaire et l'évaluation finale. Cette rubrique précise également les différents critères d'évaluation (opérationnalité du dispositif, efficacité et efficacité, reproductibilité du dispositif).
 - 7 Enfin, la dernière rubrique émet un avis sur le projet d'expérimentation en matière de faisabilité opérationnelle, sur le caractère efficient et innovant du projet et sur sa potentielle reproductivité.

Une fois l'accord validé par CTIS, le cahier des charges est publié, sous quelques semaines, au Journal Officiel (JO) ou au recueil des actes administratifs. Le directeur général de l'ARS autorise l'expérimentation via un arrêté composé de plusieurs articles (date d'autorisation, population concernée, durée de l'expérimentation, périmètre d'action...). L'expérimentation peut alors débuter par l'inclusion des patients sur la durée déterminée.

L'ensemble des projets validés sont disponibles sur le site du ministère³⁵. Les cahiers des charges, les arrêtés d'autorisation et les avis CTIS sont directement accessibles et disponibles, ce qui constitue, pour cette recherche, une source importante de recueil des données.

2.2.1.3.2. Phase de mise en usage : mise en œuvre de l'expérimentation

Dès la publication au Journal Officiel, le porteur de projet peut mettre en œuvre l'expérimentation sur la durée énoncée au sein du cahier des charges, de 1,5 ans à 5 ans maximum. Le projet commence dès la première inclusion des patients pour permettre aux porteurs de projets de bien anticiper en amont certains éléments nécessaires, comme l'information, la formation. Le porteur de projet est, en quelque sorte, un « chef d'orchestre ». Il doit impliquer, informer et coordonner les acteurs de santé afin qu'ils agissent à l'unisson pour parvenir à atteindre les objectifs assignés des innovations. Il est également responsable de la répartition du financement auprès des acteurs impliqués.

³⁵ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

Des ajustements « *du parcours et / ou du financement, des modalités de pilotage et de circuit de facturation ou encore la prolongation de la durée*³⁶ » sont possibles dans cette phase de mise en œuvre.

En effet, le porteur de projet peut soumettre des ajustements du cahier des charges initial au CTIS, qui tranche sur ces nouvelles propositions. Le rapport article 51 au parlement de 2022³⁷, annonce 52 republications d'arrêtés modificatifs (hors Appels A Projet (AAP) soit 43 expérimentations différentes) et souligne deux principales causes de modification. Une première cause porte sur la révision du budget alloué, à la hausse, le plus fréquemment mais également parfois à la baisse, liée à la révision de l'objectif cible d'inclusion des patients. Une seconde cause évoquée porte sur des demandes liées au prolongement des délais initialement déterminés.

L'article 51 est révélateur d'une phase d'apprentissage et de réajustement continu pour les institutions et le porteur de projet. Effectivement, le porteur de projet peut mobiliser divers moyens pour favoriser le bon déroulement de son expérimentation pendant cette phase de mise en usage, notamment dans la perspective, plus pérenne, de généraliser l'innovation initiée.

2.2.1.3.3. Phase de poursuite de l'usage : les évaluations externes

La LFSS de 2018, prévoit l'évaluation du financement du Fond de l'Innovation du Système de Santé (FISS). Ce financement permet le déploiement des expérimentations. En effet, chaque projet prévoit un mode de financement précis, particulièrement la rémunération des établissements et des professionnels impliqués, échelonnée selon la durée de l'expérimentation déterminée et qui prend en compte le nombre de patients inclus dans l'organisation.

L'avis du CTIS intègre les critères d'évaluation de chaque projet. 3 critères sont ainsi déterminés afin de favoriser la réussite de chaque projet : la faisabilité, l'efficacité/l'efficience et la possibilité de reproduire le projet à plus grande échelle. Les

³⁶ [file:///C:/Users/sabri/OneDrive/Bureau/rapport parlement article 51 2022.pdf](file:///C:/Users/sabri/OneDrive/Bureau/rapport%20parlement%20article%2051%202022.pdf)

³⁷ [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport parlement article 51 2022.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf)

porteurs de projet sont informés des modalités d'évaluation dès le lancement de la mise en œuvre de leur projet. L'évaluation est externe, elle est à la charge d'une équipe de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Cette évaluation se réalise en deux temps. Le premier temps de l'évaluation se déroule au milieu de la mise en œuvre de l'expérimentation et se concrétise par un Rapport Intermédiaire (RI). Ensuite, une seconde évaluation, à la fin de l'échéance de l'expérimentation, est réalisée et fait office d'un Rapport Final (RF), transmis au Conseil Stratégique de l'innovation en santé qui formulera un avis sur la possibilité de généraliser l'expérimentation. Cet avis est basé sur le RF et sur l'avis CTIS. Il permet au législateur d'avoir un point de vue éclairant sur la possibilité de généraliser les expérimentations et de les intégrer dans le droit commun.

2.2.1.4. Un état des lieux des projets depuis la loi FSS de 2018

Deux récents rapports, portant sur l'article 51 et rendus au parlement permettent d'appréhender l'état des lieux et d'avancement du dispositif.

Rapport du parlement de 2021

Le rapport du parlement de 2021³⁸, annonce 103 projets autorisés, comprenant les expérimentations à l'initiative des acteurs et les expérimentations ministérielles, pour un montant évalué à 460 millions d'euros, et une prise en charge de plus d'un million de patients. Ce rapport recense 967 projets déposés depuis 2018, dont 570 projets recevables (176 projets rejetés sur le fond, 78 projets réintégrés à un projet national/régional, 103 projets autorisés et 213 projets en cours d'instruction), 337 projets non-recevables (127 projets réorientés (FIR, recherche, conseils départementaux...) et 210 projets non-réorientés) et 60 projets abandonnés par le porteur, lui-même. Ces éléments montrent l'ampleur du dispositif et soulignent une attractivité importante pour les acteurs de terrains vis-à-vis de cette nouvelle possibilité pour innover en santé. Pour autant, ce rapport indique également un fléchissement du nombre de projets déposés entre 2020 et 2021. En effet, entre 2019 et 2020, 293 projets sont déposés pour 157 entre

³⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2021.pdf

2020 et 2021. Selon les auteurs du rapport, cet essoufflement pourrait être lié à la période de crise sanitaire.

Rapport du parlement de 2022

Trois constats peuvent être établis à la lecture du rapport au parlement de 2022.

En premier lieu, le fléchissement observé en 2021 se poursuit, malgré une moindre importance de la crise sanitaire. 1073 projets, pour 967 en 2021, ont été déposés depuis le lancement, 122 projets, pour 103 en 2021, sont autorisés, comprenant les expérimentations à l'initiative des acteurs et les expérimentations ministérielles. 516 millions d'euros sont engagés, pour 460 en 2021. 64 protocoles d'évaluation sont validés sur cette période. Alors qu'en 2018 et 2019, 435 projets sont déposés, qu'en 2020 et 2021, 166 et 128 projets sont proposés, seulement 37 sont présentés en 2022. L'essoufflement énoncé lors du rapport du parlement de 2021 est donc bien effectif à la lecture de ces données.

Ensuite, le rapport du parlement 2022³⁹ souligne l'importance, la complexité et l'exigence de la prise en compte des évaluations finales dans la prise de décision concernant la suite à donner et, conséquemment, une potentielle intégration dans le droit commun. En effet, un nombre important d'expérimentations, entre 30 et 40, arrivent à leurs termes entre 2023 et 2024.

Troisièmement, ce rapport insiste également sur la nécessité de développer « *un nouveau format pour mieux instruire* », basé sur trois critères. Un premier critère porte sur la réduction des délais d'instruction, puisqu'en 2022, la durée médiane se situait à 15 mois. Un second critère montre l'importance d'offrir une plus grande lisibilité et transparence aux porteurs de projet pour qu'ils puissent être informés de l'évolution de leur dossier dans la phase d'instruction. Enfin, un troisième critère implique de sélectionner davantage les projets puisqu'un effet de saturation, dans l'accompagnement humain, dans le suivi et l'évaluation des projets, est observé.

³⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

Cette section sur le terrain de recherche permet de mieux comprendre les fondements de l'article 51, d'en présenter les acteurs et les instances impliqués et d'appréhender leurs fonctions. La démarche globale du processus d'intégration dans l'article 51 est décrite. Enfin, deux rapports récents, rendus au parlement permettent de dresser un état des lieux qui permet d'évaluer l'ampleur de ce dispositif. Pour le chercheur, c'est un terrain particulièrement fertile pour la collecte et le recueil des données, qui sont décrits à présent dans les pages suivantes.

2.2.2. Collecte des données

Comme il a été énoncé précédemment, le design de cette recherche a évolué d'une étude de cas unique et centrée sur la collaboration inter-organisationnelle en vue du décloisonnement ville-hôpital vers une approche plus générale de l'innovation organisationnelle en santé, son contenu, sa genèse, ses barrières et ses leviers. Sur un plan méthodologique, cette évolution se traduit par une première étude de cas abrégée par la crise sanitaire (2.2.2.1), une analyse complémentaire de données secondaires (2.2.2.2.) et primaires (2.2.2.3.).

2.2.2.1. Une première approche des IOS de l'article 51 : le projet d'expérimentation MEDISIS

En février 2019, le chercheur débute un programme de recherche au sein du pôle pharmacie de l'hôpital de Lunéville. En effet, le pharmacien, chef de service pharmacie et porteur du projet MEDISIS a déposé une lettre d'intention article 51 fin décembre 2018. Entre février 2019 et mars 2020, le chercheur, professionnel au sein de l'éducation nationale, est présent sur le site tous les mercredis après-midi. Durant cette période, diverses données sont recueillies tels que des rapports et des documents internes relatifs à MEDISIS, depuis l'origine de la démarche, en 2009⁴⁰. Ces documents sont transmis par le chef de Pôle Pharmacie de l'hôpital de Lunéville, qui accueille le chercheur sur son site. En outre, le chercheur procède à des phases d'observation directe concentrée, c'est-à-dire que le chercheur consacre, plusieurs heures, voire plusieurs jours, à observer des

⁴⁰ Les différentes phases d'évolution de l'expérimentation seront davantage développées dans le chapitre 3

situations de travail (Savall et Zardet, 2004 : 215). Enfin, le chercheur collecte les données des discours d'acteurs sous forme d'entretiens, mais qui sont non formalisés, pour ne pas déranger le fonctionnement interne de la pharmacie de l'hôpital. Après une première phase d'immersion sur le site de Lunéville qui consiste en une prise de notes exhaustive sur les différentes étapes du processus et la rencontre de ses acteurs, le chercheur participe également à des réunions de formation des acteurs de ville, à des réunions avec de potentiels partenaires. Ces dernières visent le transfert du projet sur d'autres sites, tel que prévu initialement au sein du projet déposé dans le cadre du dispositif article 51. En outre, le chercheur participe également à une réunion de travail avec l'ARS, le 03 mars 2020, pour faire progresser le cahier des charges du projet.

En mars 2020, deux évènements conduisent la recherche à prendre un nouveau virage. D'une part, le délai d'instruction du projet MEDISIS est à un stade critique, puisque le porteur de projet dépose sa lettre d'intention en décembre 2018 et, en mars 2020, le projet est toujours en phase d'examens et de modifications du cahier des charges, soit 16 mois après le début de la phase de décision⁴¹. D'autre part et surtout, le contexte sanitaire et son corollaire, les confinements, bouleversent totalement la démarche de recherche initiale. Le chercheur est bloqué à domicile, le système et les organisations de santé sont fortement mobilisés en cette période. Pour maintenir une dynamique de recherche et ne pas rester contraint par le contexte, le chercheur, en accord avec son directeur de thèse, décide de s'orienter vers le contenu de l'ensemble des IOS et plus spécifiquement celles menées par les acteurs de terrain. En effet, cette première étude de cas, abrégée par les évènements, permet au chercheur de mieux appréhender le dispositif de l'article 51 et d'en observer sa richesse et sa complexité, qui nécessitent d'être creusées.

2.2.2.2. Exploiter les données secondaires accessibles pour appréhender le contenu de l'ensemble des IOS de l'article 51

La période de confinement coïncide avec la première étape de collecte des données secondaires. Cette phase de recueil de données poursuit l'objectif de mieux comprendre

⁴¹ Le projet a finalement été validé en septembre 2020 soit après une phase d'instruction de 19 mois

le contenu des IOS de l'article 51 et d'en appréhender l'ensemble des contours. Elle se termine au moment du déroulement des entretiens, fin avril 2022.

L'ensemble des expérimentations de l'article 51 sont disponibles sur le site du ministère de la santé et de la prévention⁴². Trois catégories d'expérimentations sont ainsi accessibles : les expérimentations à l'initiative des acteurs, les expérimentations ministérielles et les expérimentations ministérielles existantes (antérieurement), non-intégrées à l'article 51. Actuellement, au 10 juillet 2023, 112 projets à l'initiative des acteurs sont en phase de mise en usage, c'est-à-dire que les projets sont déjà validés et publiés au JO, 16 expérimentations ministérielles sont en cours et 5 expérimentations ministérielles existantes antérieurement, non-intégrées à l'article 51, se poursuivent. Parmi les 112 expérimentations en cours de l'article 51, 96 d'entre elles sont appréhendées en profondeur dans le cadre de cette recherche. En effet, comme il a été énoncé, le recueil des données s'est arrêté avec le démarrage de la campagne d'entretiens et l'observation porte sur 96 projets parmi 112 existants, le processus d'intégration dans l'article 51 étant continu. L'accent est mis sur 96 innovations qui sont portées, à l'origine, par des acteurs, plutôt que celles dont l'origine est ministérielle. Leur approche institutionnalisée répond effectivement peut-être davantage de l'ancien paradigme d'innovation en santé énoncé précédemment, par catalyse réglementaire et, parmi les objectifs assignés à cette recherche, il s'agit de mieux comprendre les innovations générées par les acteurs de terrain. Sur le site du ministère de la Santé et de la Prévention, les IOS sont proposées avec leurs éléments constitutifs. En effet, chaque expérimentation contient un onglet permettant l'accès au cahier des charges définitif, validé au JO, à l'avis CTIS et à une carte synthétisant brièvement le projet.

Le cahier des charges, ainsi que l'avis CTIS contiennent tous les éléments mentionnés précédemment dans la section terrain de recherche. La carte offre une vue synthétique des éléments constitutifs de l'expérimentation tels que le nom de l'IOS, l'organisation proposée, le porteur et ses partenaires, le périmètre d'action et la durée, le nombre de

⁴² <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

patients concernés, les fonds alloués, la date de la parution au Journal Officiel et enfin la dérogation de financement. Cette carte, composée d'une page permet aux décideurs de réaliser « l'Atlas du 51⁴³ ». Ce dernier regroupe l'ensemble des expérimentations par régions à partir de chaque carte élaborée des IOS. L'Atlas 51 est un complément du rapport du parlement, il permet aux décideurs d'obtenir une vue synthétique de l'ensemble des IOS, en les regroupant, par ailleurs, par région.

Les cahiers des charges et les avis CTIS constituent donc la base de la collecte des données secondaires. Ainsi, les 96 IOS à l'initiative des acteurs sont fouillées à partir des éléments précédemment cités. Ci-dessous, le tableau 9 recense l'ensemble du matériau collecté, à partir des cahiers des charges et des avis CTIS.

Tableau 9 : Matériau collecté pour l'analyse des données secondaires

Numéro	IOS article 51	Taille du manuscrit CTIS (nombre de pages)	Taille du cahier des charges (nombre de pages)
1	<i>DiVa - Dijon Vascular Project - suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52</i>	4	56
2	<i>EMNO- Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon</i>	3	78
3	<i>SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme</i>	3	40
4	<i>UFSBD - Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i>	3	11
5	<i>Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés</i>	3	17
6	<i>Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel- ex My DIABBY</i>	4	36
7	<i>DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque</i>	3	17
8	<i>Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables</i>	3	18
9	<i>Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne</i>	2	49
10	<i>Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie</i>	2	53
11	<i>EQUILIBRES - EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires</i>	3	34
12	<i>CICA'Corse - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Corse</i>	2	43
13	<i>PACO - Parcours chirurgie bariatrique en région PACA</i>	3	35
14	<i>CeSOA - Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire en Ile de France</i>	3	75

⁴³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_du_51240323.pdf

Chapitre 2. Cadre Epistémologique et Méthodologique de la recherche
Section 2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

15	<i>PEGASE - Protocole de santé standardisé appliqué aux Enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance</i>	3	36
16	<i>PSYCOG - Intervention de PSYchologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles COGNitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</i>	2	58
17	<i>Dépistage et diagnostic des problèmes bucco dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux dans le Cher</i>	3	38
18	<i>RSMO - Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers en Pays de Loire</i>	3	24
19	<i>Illys - Service de soins bucco-dentaires mobile en Bretagne</i>	3	64
20	<i>Passport BP - Parcours de soins pour patients bipolaires</i>	3	49
21	<i>URPS Biologistes IRC - Dépistage précoce et amélioration du suivi de l'insuffisance rénale par les biologistes médicaux en Centre Val de Loire</i>	3	39
22	<i>Gecoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Océan Indien</i>	3	40
23	<i>AFM Téléthon - Organisation innovante d'accompagnement pour les personnes atteintes de certaines maladies invalidantes, en situation de handicap</i>	3	64
24	<i>Télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques - ex OPTIM'CARE</i>	3	9
25	<i>Diapason - Parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK</i>	4	45
26	<i>TokTokDoc - Polyclinique mobile en Grand Est</i>	3	47
27	<i>Santély Néphronor - Parcours de soins expérimental coordonné des patients insuffisants rénaux chroniques orientés vers un traitement conservateur en Hauts-de-France</i>	3	53
28	<i>Equip'addict « Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions » en Bourgogne Franche Comté, Occitanie, Hauts de France, Ile de France (5 ARS)</i>	4	32
29	<i>IATROPREV - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France</i>	3	26
30	<i>Obepar - Parcours de chirurgie bariatrique en Ile de France</i>	4	70
31	<i>ADMR -Repérage des fragilités et prévention aggravation santé des seniors en Occitanie</i>	4	51
32	<i>CoPa Coaching Parental en Grand-Est</i>	4	49
33	<i>CECICS - Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères en Ile de France</i>	4	33
34	<i>PRALIMAP - PRomotion de l'ALimentation et de l'Activité Physique - INEgalités de Santé en Guadeloupe et Iles du Nord</i>	4	44
35	<i>Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (Hospit Grand Ouest)</i>	3	29
36	<i>SPADepress - Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie en Pays de la Loire</i>	3	32
37	<i>Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie - Centre Léon Bérard - Auvergne Rhône-Alpes</i>	3	35
38	<i>Structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques</i>	3	20
39	<i>IPSO - Contrat médecin traitant renforcé en Ile de France</i>	4	52
40	<i>As du cœur - Expérimentation d'Activité Physique Adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires</i>	3	73
41	<i>OPTIMED - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Ile-de-France</i>	3	30
42	<i>HandiConsult'34-Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en Occitanie</i>	5	46
43	<i>CATARACTE - Valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte dans les territoires de Nantes et Limoges</i>	4	34

Chapitre 2. Cadre Epistémologique et Méthodologique de la recherche
Section 2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

44	<i>PARTN'AIR et AIR+ - Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile porté par les associations Partn'air (Toulouse) et Air+ (Montpellier)</i>	3	49
45	<i>TLISA Occitanie - Expérimentation relative aux Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TLISA)</i>	3	27
46	<i>OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire</i>	4	40
47	<i>DIAB-eCARE - Mise en place ambulatoire d'une pompe à insuline externe chez les adolescents et adultes porteurs d'un diabète de type 1 dans un centre expert de pratiques intégrées en Auvergne-Rhône-Alpes</i>	3	32
48	<i>PASSCOG - Parcours Ambulatoire pour Seniors avec troubles COGnitifs</i>	4	59
49	<i>ANGELE - Allergies complexes : prise en charge Globale, diététique et environnementale</i>	3	68
50	<i>CDS SOYAux - Expérimentation du Centre de santé polyvalent Clinical de Soyaux</i>	3	22
51	<i>TOPASE - Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble Pédiatrique en Centre-Val de Loire</i>	3	69
52	<i>CANDISS - Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance - Bretagne</i>	3	43
53	<i>DSPP - Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie en Haute Garonne</i>	3	54
54	<i>MEDISIS - Parcours de soins</i>	3	87
55	<i>DRAD -Dispositifs Renforcés de soutien au Domicile pour les personnes âgées</i>	4	100
56	<i>PRIMORDIAL - Les soins primaires c'est Primordial</i>	4	31
57	<i>LENA - Logement évolutif pour une nouvelle autonomie</i>	3	33
58	<i>PASCIA'MANS - Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des Quartiers Sud du Mans</i>	3	74
59	<i>BARIA UP - Parcours d'accompagnement du patient obèse opéré en amont et en aval de la chirurgie bariatrique par filière de suivi dédiée dans les territoires de Lille, Lyon et Toulouse</i>	4	86
60	<i>DNUT - Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile</i>	3	51
61	<i>Parcours Nutri'Age (PNA) - Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital - Hauts de France</i>	3	34
62	<i>ONCO'LINK - Suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux</i>	6	51
63	<i>PAP DOP - PAiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré-Opératoire des Patients</i>	3	26
64	<i>Microstructures post COVID</i>	4	39
65	<i>PROXOB - Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'Obésité infanto-juvénile</i>	4	46
66	<i>FNMF Prédiabète - mise en place d'un forfait patient pour la prise en charge du prédiabète par une équipe pluridisciplinaire, au sein des structures de soins mutualistes</i>	3	33
67	<i>APA -Parcours après cancer Activité Physique Adaptée connectée</i>	4	67
68	<i>PARCOURS DENUTRITION BRETAGNE - Parcours de soins hôpital-ville personnalisé et coordonné des patients dépistés dénutris à l'hôpital en Ille-et-Vilaine</i>	4	116
69	<i>METIS CONNECT - « Suivi digitalisé des patients atteints d'un cancer digestif en inter-cures de chimiothérapie</i>	4	66
70	<i>EVA CORSE - Programme de réadaptation cardiaque en région Corse</i>	4	52
71	<i>PHARMA OSYS - Orientation dans le système de soins</i>	4	85
72	<i>GPSO -Gestion du Parcours de Santé dans l'Obésité</i>	4	41
73	<i>EXPRESO -Prévention en santé orale</i>	3	41

Chapitre 2. Cadre Epistémologique et Méthodologique de la recherche
Section 2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

74	<i>CHIK TAMBOUYE - Parcours de soins pour patients atteints du Chikungunya chronique en Guadeloupe</i>	3	54
75	<i>ARGOS 2 - Dispositif de soins avec hébergement adossé à une Salle de Consommation à Moindre Risque dans la région Grand Est</i>	4	77
76	<i>READ'HY - Programme de réadaptation cardiaque connecté : le futur</i>	4	38
77	<i>WALK HOP - Télé-réadaptation cardiaque, un nouveau mode de réadaptation cardiaque hors les murs des SSR</i>	4	24
78	<i>URGENCES DENTAIRES - Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU centre 15 - dimanche et jours fériés (plusieurs régions sont concernées par l'expérimentation)</i>	5	22
79	<i>AKO@DOM/PICTO - Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie dans la région Grand Est</i>	5	92
80	<i>DSPP ENFANTS - Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hérault</i>	4	52
81	<i>TIMEO - Traitement Innovant Multi Evaluations de l'Obésité</i>	4	104
82	<i>LYMPHORAC 51</i>	4	56
83	<i>PRÉCIDIVE - Prévention de la récurrence de la maladie chronique sévère par un changement de l'alimentation et de l'activité physique</i>	6	74
84	<i>REMIDOM - Réseau Médecin - Infirmier à DOMicile - PDL</i>	4	37
85	<i>RR TélÉDOM - réadaptation</i>	4	45
86	<i>TRANSPORTS FNMS - Optimisation de l'efficacité de l'organisation des transports sanitaires en Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Occitanie et PACA</i>	4	12
87	<i>CLIN AVENIR - Clinique ambulatoire de la maladie chronique portée par l'Alliance ClinAvenir à Toulouse</i>	5	49
88	<i>BASE -Besoin d'Attachement et Santé de l'Enfant</i>	4	86
89	<i>EDS Ptérygion - Episode de soins du ptérygions en cabinet - Guyane</i>	4	49
90	<i>CAMI SPORT et CANCER - Programme coordonné et prise en charge forfaitaire de l'activité physique à visée thérapeutique en cancérologie</i>	5	31
91	<i>Odysight - Favoriser l'accès aux soins ophtalmologiques avec une application médicale de télésurveillance permettant l'autoévaluation des paramètres visuels</i>	5	27
92	<i>VIGIE AGE - Création et évaluation d'une filière de soins gériatriques (aiguë et chronique) connectée à domicile</i>	4	57
93	<i>Inspir'Action - Parcours de soins innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)</i>	4	81
94	<i>SIIS - Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale des personnes présentant des troubles psychiques invalidants et fréquemment hospitalisées en psychiatrie sur deux territoires de la ville de Marseille</i>	5	100
95	<i>Antenne Pharmacie Tende - mise en place d'une annexe d'officine de pharmacie suite à la fermeture de l'officine de pharmacie de Tende</i>	3	27
96	<i>COCON- parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable en Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'azur</i>	15	146
Total		353	4746
Total cahiers des charges + avis CTIS		5099	
Moyenne		53	

Les 96 IOS représentent un volume important de matériau de données secondaires. En effet, les 96 IOS représentent 353 pages d'avis CTIS et 4 746 pages de cahiers des charges, soit un total de 5 099 pages qu'il a fallu appréhender.

Cette collecte a permis de mieux comprendre les éléments constitutifs des IOS. Pour le chercheur, le matériau recueilli a non seulement permis de développer sa connaissance des IOS, mais a également contribué à la constitution d'une base de données pour débiter la phase de collecte des données primaires, les phases d'entretiens auprès des porteurs de projets de l'article 51.

2.2.2.3. Collecte des données primaires

La collecte des données primaires se décline en plusieurs étapes. Une première étape vise l'élaboration du guide d'entretien. Une seconde étape regroupe l'ensemble des coordonnées de contacts dans un fichier afin de démarcher l'ensemble des porteurs des 96 IOS initiées par les acteurs. Une troisième étape consiste en l'élaboration d'un mail type qui peut être facilement adaptable afin de personnaliser la prise de contact. Une quatrième étape porte sur la campagne de démarchage des porteurs de projet. Enfin, les rendez-vous sont fixés et les entretiens peuvent débiter.

La réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien est réalisé en prenant en compte plusieurs éléments : la connaissance que le chercheur développe de l'article 51 à partir du travail antérieur sur les données secondaires, la revue de littérature. La revue de littérature conduit à identifier les thèmes principaux abordés lors des entretiens, et à structurer le guide autour d'une articulation par phase, c'est-à-dire décision, mise en usage et poursuite de l'usage (Damanpour, 1991 ; Dubouloz, 2013). La connaissance de l'article 51 permet d'appréhender des éléments tels que le cahier des charges, avis CTIS. Elle contribue à l'empathie développée en amont dans la partie consacrée à l'épistémologie, puisque le chercheur est amené à mobiliser une même terminologie que les interviewés (Perret et Séville, 2007).

Le guide d'entretien est donc structuré en plusieurs parties. Il est présenté dans l'encadré suivant (Encadré 1)

Encadré 1 : Guide d'entretien genèse, barrières et leviers des IOS

Introduction :

Présentation du chercheur, des objectifs de cet échange, rappel du respect de l'anonymat des échanges et précision sur l'intérêt de l'enregistrement de cet échange (retranscription fidèle de l'échange).

Expliquer les 3 phases du déroulement de l'entretien

Phase 1 : l'émergence de l'idée (genèse de l'innovation) et la phase de décision (du dépôt de la lettre d'intention jusqu'à l'avis CTIS)

Phase 2 : la phase de mise en usage (mise en œuvre de l'IOS)

Phase 3 : les projections futures

- **Rappel de l'expérimentation : problématique identifiée, solution proposée, organisation**

Phase 1 : l'émergence de l'idée (genèse) et la phase de décision

1. D'où provient cette idée ?
2. Pour quelles raisons avez-vous adopté cette solution ?
3. Quels sont les différents professionnels impliqués ?
4. Pour quelles raisons ont-ils souhaité être impliqués ?
5. Quelles ont été les difficultés pour les intégrer dans votre projet ?
6. Comment avez-vous eu connaissance de l'article 51 ?
7. Qu'est-ce qui vous a motivé pour déposer votre lettre d'intention ?
8. Pouvez-vous me décrire les grandes étapes du processus d'intégration de votre innovation à l'article 51 ?
9. Combien de temps a duré cette démarche ? (entre le dépôt de la lettre d'intention à l'acceptation)
10. Quelles difficultés avez-vous rencontrées durant cette phase d'acceptation ?
11. Au contraire, quelles conditions facilitantes avez-vous rencontré ? (aide, de l'accompagnement...)

Phase 2 : la mise en usage

12. Quelles ont été les grandes étapes après acceptation ?
13. A quel moment et comment s'est déroulée la première inclusion ?
14. Quels sont les principaux leviers qui ont permis la mise en œuvre de votre projet ?
15. Quels ont été les principaux obstacles que vous avez rencontrés dans la mise en œuvre de votre expérimentation ?
16. Quels autres acteurs ont été impliqués au fil de l'avancée du projet ? (partenariat)
17. Pourquoi et comment ont-ils été impliqués ?
18. Quels sont les impacts du contexte sanitaire sur votre expérimentation ? Positifs et/ou négatifs
19. Quand doit se dérouler votre évaluation ? Quels sont les critères pris en compte ?
20. A l'heure actuelle, où en êtes-vous avec le nombre de patients inclus ?

Phase 3 : les projections futures

21. Comment voyez-vous les échéances à venir, sur le court terme ?
22. Comment voyez-vous votre projet à long terme ?
23. Avec le recul, que changeriez-vous dans votre démarche ?

Phase de conclusion :

J'ai fait le tour des questions que je souhaitais aborder.

24. Avez-vous des précisions à apporter ? Un sujet que nous n'aurions pas abordé ?

Remerciements, conclusion de l'entretien et prise de congé

Ce guide d'entretien est structuré à partir de 3 blocs : introduction, développement et conclusion de l'entretien. La phase introductive a pour objectif de rappeler les éléments énoncés dans le courriel de contact, c'est-à-dire la présentation du chercheur et son domaine de recherche, les objectifs de cette recherche, un bref rappel du caractère

anonyme des échanges, une précision sur l'intérêt de l'enregistrement de cet échange et enfin, des précisions sont apportées au porteur de projet sur le déroulement de cet entretien (présentation synthétique des 3 étapes). Le chercheur commence par synthétiser l'IOS au porteur afin, d'une part, de gagner sa confiance par l'intérêt porté à son projet d'innovation, et, d'autre part, pour valider la compréhension du problème ciblé et de la solution apportée par l'innovation.

La phase de développement est, quant à elle, décomposée en 3 parties. La première partie est orientée sur la genèse de l'innovation, le but étant de comprendre les éléments aux origines de la génération de l'IOS. Cette partie intègre également les éléments relatifs à la phase de décision, pour comprendre les grandes étapes de la phase d'instruction du projet, sa durée, ses différentes barrières et leviers. Cette partie comprend 11 questions.

La deuxième partie aborde la phase de mise en usage. Elle agrège diverses questions telles que les barrières et les leviers rencontrés, les impacts du contexte sanitaire, les résultats actuels (nombre de patients inclus, évaluation intermédiaire...). Cette partie comprend 9 questions.

Enfin, la dernière partie, nommée « *les projections futures* », permet d'obtenir la vision des porteurs sur leurs expérimentations à court et moyen terme. Une question porte sur une auto-analyse du porteur de projet sur le parcours de l'IOS mené, permettant un rebouclage sur des éléments tels que les barrières et les leviers. Cette partie contient 3 questions.

Une phase de conclusion est enfin développée à partir d'une dernière question, très ouverte, pour laisser le porteur libre d'apporter d'autres éléments qu'il souhaiterait porter à la connaissance du chercheur. Le guide d'entretien se clôture par des remerciements pour le temps que l'interviewé a alloué au chercheur. L'ensemble des questions posées, par leur degré d'ouverture, ont tenté de répondre au risque de circularité décrit par Dumez (2013).

La constitution du fichier contacts

Le matériau collecté à partir des données secondaires constitue une base importante pour le chercheur dans sa démarche de collecte des données primaires. L'approche permet de

synthétiser les éléments constitutifs de chaque IOS ce qui sera développé dans la partie consacrée à l'analyse des données. Par ailleurs, l'approche permet aussi d'identifier chaque porteur de projet, de même que ses coordonnées. Les informations sur le porteur se situent dans le cahier des charges dans la rubrique 5 « *Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)* ». Une catégorisation « *porteur du projet et coordonnées* », intègre à la fois le secteur d'activité du porteur voire, des porteurs, lorsque le projet est co-porté, le ou les nom(s) du(des) porteurs, ses fonctions, ainsi que l'ensemble de ses (leurs) coordonnées, adresse postale, téléphone et emailing. Le chercheur procède à un regroupement de l'ensemble des « *porteurs de projet et coordonnées* », ce qui lui permet de constituer un fichier contact, dont un extrait est proposé dans le tableau 10.

Tableau 10 : Extrait du fichier de contacts des porteurs des IOS de l'article 51

Numéro	Localisation	Expérimentation	Structure	Coordonnées de contact			
				Nom et fonction	Adresse	Mail	Téléphone
37	Auvergne-Rhône-Alpes	Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie (Centre ██████████) en Auvergne Rhône-Alpes Mettre en place un parcours de soins permettant d'assurer de manière sécurisée la prise en charge à domicile des patients traités par immunothérapie grâce à un circuit pluriprofessionnel ville-hôpital.	Secteur public Hôpital public Centre ██████████	Dr ██████████ (chef de projet médical)	██████████ 69008 Lyon	██████████@lyon.██████████.fr	/
38	Ile de France	IPSO - Nouveau contrat médecin traitant en Ile de France Proposer des nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un « nouveau contrat médecin traitant » accompagnées d'un paiement du médecin traitant au forfait par catégorie de patient.	Hybride ██████████	Monsieur ██████████	██████████ Paris	██████████.fr	/
39	Ile-de-France (Paris), Grand Est (Reims), Pays de Loire (Nantes).	Structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques Mettre en place une expérimentation de structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques.	Secteur privé SELARL ██████████	Docteur ██████████ (gérant)	██████████ 75008 Paris	██████████@gmail.com	06. ██████████
40	Hérault (Occitanie)	HandiConsult'34-Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en Occitanie Mettre en place une unité de consultations (consultations ORL, gynécologiques, ophtalmologiques, imagerie et dentisterie) dédiées pour les personnes en situation de handicap en échec d'accès aux soins courants en milieu ordinaire (au sein d'un établissement de santé SSR).	Secteur privé Etablissement de Santé Privé ██████████	██████████ (Médecin coordonnateur) ██████████ (Directeur général)	██████████ Montpellier	██████████.fr ██████████.fr (██████████)	M. ██████████ 06. ██████████ M. ██████████ 06. ██████████

Ce fichier de contacts prépare une démarche de prospection des porteurs de projet en vue de conduire les entretiens.

Support de contact : création d'un courriel type

Le fichier contacts des 96 IOS à l'initiative des acteurs étant réalisé, un courriel type, adaptable pour personnaliser la prise de contact, est élaboré afin de pouvoir commencer la démarche de prospection à destination des porteurs de projets. L'encadré 2 ci-dessous présente le courriel type créé.

Encadré 2 : Courriel type de prise de contact auprès des porteurs de projets.

Bonjour Monsieur X ou Madame X,

Je suis enseignante-doctorante en sciences de gestion au sein de l'Université de Strasbourg, EM Strasbourg, Laboratoire HuManiS. Je réalise une thèse sous la direction du Professeur Thierry Nobre, Professeur agrégé à l'Université de Strasbourg.

Dans ce cadre, mes recherches portent sur les innovations organisationnelles en santé et, plus particulièrement, celles expérimentées dans l'article 51.

Je me permets de contacter l'ensemble des porteurs de projet qui ont réussi l'intégration des expérimentations de l'article 51.

Votre projet ayant été validé par le Comité Technique de l'Innovation en Santé, je souhaiterais m'entretenir avec vous pour mieux comprendre votre démarche et les difficultés que vous avez rencontrées tout au long de l'expérimentation de votre innovation.

L'entretien est prévu pour une durée d'une heure trente environ. Cet échange peut se réaliser en présentiel ou sur les outils numériques (zoom ou un autre logiciel de votre choix).

Je tiens à préciser que les résultats seront anonymisés dans le cadre d'une publication. Pour cette raison, je vous demanderai également l'autorisation d'enregistrer la conversation, pour ne rien en oublier.

Dans tous les cas, je suis consciente de la préciosité de votre temps, aussi je m'adapterai en fonction de vos disponibilités. Si, à tout hasard, vous n'étiez pas disponible, je pourrais également m'entretenir auprès d'un membre de votre équipe. N'hésitez donc pas à m'indiquer la personne concernée.

Je vous remercie sincèrement pour l'attention que vous porterez à ma demande.
Très cordialement,

Sabrina Grandclaude
Enseignante-Doctorante
EM Strasbourg
Laboratoire HuManiS

Le guide d'entretien est élaboré, le fichier contacts est structuré, de même que le courriel type de prospection. Le chercheur débute la phase de prise de contact en mai 2022.

Une démarche de prospection des porteurs de projet

La démarche de prospection des porteurs de projet a commencé en mai 2022. Le choix de cette date est relativement stratégique. D'une part, il convient de trouver une période adéquate pour des professionnels de santé très fortement sollicités par les nombreux rebondissements du contexte sanitaire et ses pics de pandémie. En avril 2022, la période est plus soutenable pour les acteurs des organisations de santé, ce qui sera confirmé par le nombre de retours. D'autre part, le chercheur étant professionnel de l'éducation nationale, enseignant en BTS, il avait sur cette même période, davantage de liberté pour consacrer du temps à la démarche de collecte de données primaires.

Afin d'organiser la prise de contact, le chercheur développe le tableau « *fichiers de contacts* » en y ajoutant 6 colonnes : date de prise de contact, date de retour, date de relance (si nécessaire), date de l'entretien, entretien physique ou virtuel et enfin n° de l'interview. Ces éléments permettent d'organiser le travail de prospection et de conserver une trace de la démarche afin de limiter, soit les impairs comme une multiplication de prises de contacts inutiles, soit les oublis. L'objectif assigné est de contacter les 96 porteurs d'IOS à l'initiative des acteurs. Tenir ce fichier à jour permet de réaliser une démarche de prospection des porteurs de projets en vue de concrétiser et de maximiser les possibilités d'obtenir des dates de rendez-vous. Dans cette perspective, plusieurs phases de relance sont déployées. En fonction de leurs agendas, les porteurs de projet peuvent effectivement omettre un rendez-vous, proposer un créneau large sans fixer de dates spécifiques et il est important de mettre rigoureusement à jour l'ensemble des données.

Conduite des entretiens

La rigueur de la démarche de prospection permet d'obtenir un retour important des porteurs de projet. Sur les 96 projets analysés, nous conduisons 52 entretiens. 50 entretiens sont menés avec des chefs de projet d'IOS initiées par les acteurs. 1 entretien est conduit auprès d'un chef de projet d'une expérimentation ministérielle. Cet entretien n'était pas ciblé initialement mais apporté par bouche à oreille. 1 entretien est conduit auprès d'un référent article 51 institutionnel.

Avant chaque entretien, le chercheur revient sur les données secondaires analysées et, parfois, retourne dans le cahier des charges, au besoin. Cette démarche de retour aux données secondaires est importante, pour deux raisons. D'une part, les IOS sont analysées, à partir des données secondaires, depuis 2020. Pour le chercheur, il est important de recontextualiser l'IOS du porteur de projet interviewé. D'autre part, le chercheur débute l'entretien en proposant sa propre synthèse de l'IOS, comme énoncé précédemment, pour gagner la confiance du porteur de projet et faire converger les perceptions sur le contenu de l'innovation.

Le tableau 11 présente l'ensemble des entretiens. Il indique un numéro d'entretien, la fonction de l'interviewé, porteur de projet, un numéro d'IOS, de même que son intitulé, le lieu d'activité du porteur de projet, et, enfin, la durée de l'entretien.

Tableau 11 : Entretiens conduits

N°	Fonction Interviewé	Numéro IOS	Intitulé IOS	Durée de l'entretien en minutes	Lieu
1	Directrice des opérations et de l'innovation XXXX	36	Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (Hospi Grand Ouest)	75	Nantes
2	Docteur -Cardiologue libéral	39	Structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques	96	Paris
3	Chirurgien-dentiste	72	EXPRESO - Prévention en santé orale	45	Paris
4	Chargée de la communication des centres experts XXXX	20	Passport BP - Parcours de soins pour patients bipolaires	52	Créteil
5	Professeur - Chef du service gériatrie XXXX	27	Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France	46	Amiens
6	Responsable développement métiers et petite enfance XXXX	31	Repérage des fragilités et prévention aggravation santé des seniors en Occitanie (ADMR)	55	Montpellier
7	Directeur Général délégué et Directeur des activités médicales-Docteur	56	PRIMORDIAL - Les soins primaires c'est Primordial	69	Paris

8	Président de l'entreprise	23	Diapason - Parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK	56	Colombelles
9	Pharmacien - Président de l'URPS pharmaciens XXXX	46	OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire	53	Pays de la Loire
10	Directrice Parcours territoire autonomie	3	Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés	50	Périgord
11	Docteur - Cardiologue CH	76	READ'HY - Programme de Réadaptation cardiaque connecté : le futur	47	Ile de France
12	Médecin généraliste - Médecin conseil chef de service de la CNAM	41	As du Cœur - Expérimentation d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires	88	Nice
13	Chirurgien-dentiste - Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes XXXX	80	Urgences Dentaires - Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 - dimanches et jours fériés	49	Colmar
14	Médecin - Nutritionniste	2	EMNO - Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon et ses environs	57	Dijon
15	Docteur - oncologue thoracique XXXX	37	Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie (Centre Léon Bérard) en Auvergne Rhône-Alpes	53	Lyon
16	Docteur -Chirurgien-CHRU	9	Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie	75	Montpellier
17	Assistante chef de projet	49	PASSCOG - Parcours Ambulatoire pour Seniors avec troubles COGnitifs	59	Paris

18	Médecin généraliste	35	SPADepress - Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie en Pays de la Loire	88	Angers
19	Docteur en physiopathologie- médecin expert obésité	13	PACO - Parcours chirurgie bariatrique en région PACA	64	Nice
20	Médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation	40	HandiConsult'34- Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en Occitanie	75	Montpellier
21	Gérante et co-fondatrice de la Société XXXX (fournisseur de solution technique de télésurveillance - Startup)	10	Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel	68	Paris
22	Chargée de mission	59	DNUT- Parcours personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile	56	Nantes
23	Docteur - Cardiologue XXXX	33	Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères en Ile de France	80	Paris
24	Présidente Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures XXXX	67	Microstructures post COVID	100	Strasbourg
25	Professeur (Cancérologue) et Président de l'association XXXX	61	THÉRAPIES ORALES - suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux	28	Lyon
26	Directeur général du GHT Cœur Grand Est	32	CoPa Coaching Parental en Grand-Est	46	Verdun
27	Docteur (allergologue) et coordinateur du Réseau d'Allergologie de Franche-Comté, CHRU	45	ANGELE - Allergies complexes : prise en charge Globale, diététique et environnementale	94	Besançon
28	Médecin- endocrinologue-diabétologue	74	PROXOB - Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'OBésité infanto-juvénile	85	Clermont-Ferrand
29	Cheffe de projet + coordinatrice CSO/ diététicienne - CH	51	TOPASE - Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble Pédiatrique en Centre-Val de Loire	64	Orléans
30	Chef de l'exploitation	47	CATARACTE - Expérimentation de valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte dans les	47	Paris

			territoires de Nantes et Limoges		
31	Cheffe de projet national- La Croix Rouge française	55	DRAD - Dispositifs Renforcés de soutien au Domicile pour les personnes âgées	71	Paris
32	Docteur (gériatre)	27	Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France	57	Lille
33	Docteur en sciences du sport (spécialiste sport santé)	81	TIMÉO - Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité	65	Centre-Val-de-Loire
34	Pharmacien hospitalier- CHRU	78	AKO@dom/PICTO - Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie dans la région Grand Est	79	Nancy
35	Directrice de l'association Alliance Voltaire	62	PAP DOP - PAiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré-Opératoire des Patients	64	Paris
36	Chirurgien-dentiste et Président de l'URPS chirurgiens-dentistes	5	SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme	61	Lyon
37	Médecin- Pneumologue	83	RR TÉLÉDOM- réadaptation - Respiratoire à Domicile en présentiel (RRDom) couplée à la Télé réadaptation (TELERR)	84	Pérenchies
38	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral (IDEL)- Président de l'URPS	59	DNUT- Parcours personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile	58	Nantes
39	Pharmacien d'officine + pharmacien hospitalier	46	OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire	150	Rennes

40	Ingénieur Chef de Projet à la direction des opérations et de la performance	86	Parcours LYMPHORAC 51	64	Montpellier
41	Docteur (gérontologue)	60	Parcours Nutri'Age (PNA) - Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital en Haut de France	49	Lille
42	Référente filière cancérologie	65	APA - Parcours après cancer Activité physique adaptée connectée	55	Lille
43	Directrice déléguée au développement médical	48	CDS SOYAUX - Expérimentation du Centre de santé polyvalent Clinical de Soyaux	52	Soyaux
44	Chef de projet	43	TSLA OCCITANIE - Expérimentation relative aux Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages	77	Montpellier
45	Directeur général de l'entreprise TILAK HEALTHCARE (Startup)	93	OdySight - Favoriser l'accès aux soins ophtalmologiques avec une application médicale de télésurveillance permettant l'auto-évaluation des paramètres visuels.	49	Paris
46	Docteur- Psychologue	86	BASE- Besoin d'Attachement et Santé de l'Enfant	32	Floirac
47	Médecin - Gastro-entérologue et hépatologue	6	DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque	33	Perpignan
		7	Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables		
48	Médecin - endocrinologue/diabétologue- CHRU	52	Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance - Bretagne	37	Brest
49	Médecin généraliste -médecin spécialisé en santé publique et en médecine sociale	8	Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne	69	Rennes
50	Médecin-Endocrinologue et professeur de nutrition clinique - CHU	84	PRÉCIDIVE - Prévention de la récursive de la maladie chronique sévère par	63	Toulouse

			un changement de l'alimentation et de l'activité physique		
		63	BARIA UP - Parcours d'accompagnement du patient obèse opéré en amont et en aval de la chirurgie bariatrique par filière de suivi dédiée » dans les territoires de Lille, Lyon et de Toulouse		
Expérimentation ministérielle					
1	Docteur-chirurgien orthopédique	5	EDS - Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales	49	Paris
Référent Institutionnel					
1	Chargée de mission Innovation - Référente du dispositif Article 51 à l'ARS xxxx	Agence Régionale de Santé (ARS)	Direction de la Qualité, de la performance et de l'innovation	128	
Durée totale en minutes				3366	
Durée moyenne				65	
Temps d'entretien en heures				56,10	

Les 52 entretiens conduits représentent une durée totale de 56h10 pour une durée moyenne de 65 mn. Compte tenu de l'éparpillement géographique des projets et de leurs porteurs, la plupart des entretiens ont été conduits à distance via des moyens dédiés (Zoom, Teams ou des logiciels de visioconférence internes aux organisations de santé). La pandémie ayant accéléré et facilité les relations et la communication digitales, les porteurs de projet ont répondu favorablement. Par ailleurs et sur le plan de la rigueur scientifique méthodologique, l'exercice d'entretiens par visioconférence, s'il pose un problème pour les approches ethnographiques (Howlett, 2022), est considéré comme particulièrement utile pour l'enquête qualitative par entretiens. La nature « en temps réel » de la conduite d'entretiens vidéo offre une même honnêteté que les entretiens sur sites, en préservant la qualité des interactions, la spontanéité des répondants, l'accès aux signaux verbaux et aux signaux non verbaux (Sullivan, 2012 ; O'Connor et Madge, 2017). L'expérience procurée est ainsi tout aussi authentique que pour celle des entretiens en personne (Howlett,

2022). Chaque entretien est enregistré et retranscrit. Le matériau de cette retranscription représente 1478 pages. Pour être tout à fait transparent, la démarche a été facilitée par l'utilisation du logiciel Sonix, dont les résultats, souvent approximatifs, nécessitent d'être réécoutés puis corrigés pour produire une transcription exploitable.

2.2.3. Analyse des données

Pour analyser ce matériau particulièrement volumineux et riche par la diversité des projets étudiés et des profils interviewés, l'analyse se concentre en deux étapes. Une première est essentiellement descriptive, porte sur l'analyse des données secondaires et ne vise qu'à appréhender les éléments constitutifs des IOS (2.2.3.1.). La seconde étape d'analyse est plus explicative, elle porte sur les données primaires, donc les entretiens et vise à comprendre la génération, les barrières et les leviers des IOS (2.2.3.2.).

2.2.3.1. Analyse des données secondaires

La première étape d'analyse commence par la réduction de la base de données, c'est-à-dire les 5099 pages de cahier des charges et d'avis CTIS qui ont été mentionnées précédemment. Dans cette perspective et conformément aux préconisations de Miles et Huberman (2010 : 134, 428), l'ensemble des données sont analysées à partir d'une démarche de construction de matrices, dont l'intention est descriptive, de façon à voir « *ce qui se passe* » (Miles et Huberman, 2010 : 429). Partant de ce principe, une première matrice fondatrice, parce qu'elle initie l'ensemble de la démarche d'analyse, est constituée. Cette première matrice, qui vise à décrire le contenu des IOS, est fondée sur un codage générique (Miles et Huberman : 119). Il indique plusieurs thèmes décrivant les projets qui peuvent être identifiés invariablement au sein des cahiers des charges et des avis du CTIS. Ce plan de codage générique est indiqué dans le tableau 12

Tableau 12 : Plan de codage générique des dossiers institutionnels

Codes	Descriptions
Problématique identifiée	<i>Problèmes de santé ou problèmes d'organisation en santé auxquels le projet s'adresse</i>
Solution proposée	<i>Solution apportée en réponse aux problèmes de santé ou aux problèmes d'organisation en santé énoncés plus haut</i>
Objectifs poursuivis	<i>Pistes d'amélioration envisagées face aux problèmes de santé</i>
Périmètre d'activité	<i>Zones de couverture du projet</i>
Acteurs impliqués	<i>Identification des parties prenantes au projet et de leur lieu d'exercice</i>
Etape dans le parcours patient	<i>Moment où le projet intervient dans le parcours du patient</i>
Critères d'évaluation de l'innovation	<i>Principaux indicateurs permettant l'évaluation de l'innovation</i>
Catégorie d'innovation	<i>Distinction ou cumul opérés entre innovation organisationnelle, technologique</i>
Durée de l'expérimentation	<i>Temps d'expérimentation accordé dès la première inclusion de patients</i>
Coût de l'expérimentation	<i>Coût global de l'expérimentation sur sa durée et détail du montant des prestations par acteurs impliqués</i>
Porteur de projet et coordonnées	<i>Détermination de l'appartenance institutionnelle et contact pour conduite d'entretiens</i>
Chronologie du cahier des charges et de l'avis du CTIS	<i>Etapas et temps d'instruction des dossiers</i>

Bien que l'approche soit générique, elle peut néanmoins être également mise en perspective, pour certains codes, avec les éléments décrits dans le chapitre sur les fondements théoriques de cette recherche. Ainsi, la problématique identifiée et la solution proposée renvoient à la génération de l'innovation. La catégorie d'innovation évoque les typologies d'innovation et la complémentarité technologique et organisationnelle. Les critères d'évaluation de l'innovation reflètent ses effets attendus. Pour expliquer au mieux la démarche, il convient également de souligner que certains codes se déclinent eux-mêmes en sous codes. Ainsi, le code « *acteurs impliqués* » est scindé dans chaque matrice en trois sous-ensembles : professionnels de santé de ville, professionnels de santé hospitaliers et autres professionnels et structures. Le code « *critères d'évaluation* » est dissocié en deux sous-ensembles, les critères d'évaluation en matière d'amélioration, effets attendus « *plus* » des IOS, et de diminution, effets attendus « *moins* » des IOS. Le code « *Coût de l'expérimentation* » est décomposé en plusieurs sous-éléments tels que le financement accordé par le FISS, parfois complété par celui du FIR, le montant total de ces financements, le nombre de patients visés dans l'IOS proposée, détaille les différents forfaits mobilisés, les limites des financements soulevés et par conséquent, la dérogation de financement accordée. Le code « *porteur de projet et coordonnées* », identifie le(s)

porteur(s) et ses (leurs) coordonnées (adresse, email et téléphone) ainsi, que le(s) statut(s) juridique(s) de celui (ceux)-ci. Enfin, le code « *chronologie du cahier des charges et avis CTIS* » permet d'identifier, au-delà de chaque étape du processus d'instruction des dossiers et de la date de l'avis CTIS, le délai total d'instruction de chaque IOS.

A partir de travail de catégorisation, 96 matrices sont développées. Un exemple de matrice est proposé dans le tableau 13. L'ensemble des 96 matrices sont disponibles dans les annexes de cette recherche (Annexe 1 : Matrices des 96 IOS).

Chapitre 2. Cadre Epistémologique et Méthodologique de la recherche
Section 2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

Tableau 13 : Exemple de matrice Metis Connect

Problématique identifiée	Solution proposée	Objectifs	Périmètre d'activités	Acteurs impliqués	Etape dans le parcours patient	Critères d'évaluation	Catégorie d'innovation IO ou IT ou les deux	Durée de l'expérimentation	Coût de l'expérimentation	Porteur du projet et coordonnées	Chronologie du cahier des charges art.51 et arrêté CTIS
<p>Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les cancers digestifs se placent, dans les 10 cancers les plus meurtriers du monde. D'ici à la fin 2025, l'OMS prévoit que 3,7 millions de nouveaux cas de cancers digestifs pourraient être diagnostiqués dans le monde, pouvant entraîner le décès de plus de 2 millions personnes.</p> <p>L'OMS recense en France près de 70 000 nouveaux cas par an.</p> <p>Le cancer colorectal représente, tous sexes confondus, le deuxième cancer en nombre de décès de la région Auvergne-Rhône-Alpes.</p> <p>Les récents congrès de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) ont montré les effets bénéfiques sur la qualité de vie et la survie globale des patients ayant utilisé un outil Patient-Reportes-Outcomes durant leur prise en charge.</p>	<p>Mettre en place une surveillance continue à domicile des effets indésirables des chimiothérapies via une solution digitalisée de suivi des patients en inter-cures de chimiothérapie pour un cancer digestif.</p> <p>L'outil digitalisé de communication et d'information sert d'accompagnement au patient à des moments clés de sa prise en charge entre les cures de chimiothérapie.</p> <p>Important : les professionnels de santé et le patient lui-même doivent s'approprier l'outil</p>	<p>Expérimenter le suivi digitalisé des patients atteints d'un cancer digestif ;</p> <p>Surveiller en continu, à domicile, les effets indésirables ;</p>	<p>Régional Auvergne-Rhône-Alpes</p> <p>Déploiement dans 3 établissements du groupe Ramsay</p>	<p>Ville : médecin traitant, infirmier libéral</p> <p>Hôpital privé : diététicien, enseignant APA, infirmière coordinatrice</p>	<p>Hôpital-Ville Ville-Domicile</p>	<p>Amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la continuité de la prise en charge du patient ; - de l'implication du patient dans le suivi de son état de santé ; <p>Diminution :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des hospitalisations ; - des ré-hospitalisations ; - de la durée des séjours ; - du recours aux transports sanitaire s ; - des dépenses pour l'AM via la réduction des arrêts maladie ; - des facteurs de risques, des complications, des comorbidités ; 	<p>IO et IT : organisation des professionnels via une application numérique à domicile « Metis Connect » qui permet de développer les flux d'informations entre les différents intervenants de santé et le patient et/ou aidant.</p> <p>L'application mobile permet une meilleure communication entre l'oncologue, l'infirmière coordinatrice et le patient et propose de nombreuses fonctionnalités : questionnaires médicaux (le patient complète tous les jours son ressenti : effets indésirables, efficacité du traitement...une alerte peut-être déclenchée), suivi des objectifs, contenus pédagogiques, recueil des constantes, observance et rappel des traitements, dossier médical et administratif et rappels de rendez-vous.</p> <p>Le parcours comprend 3 phases : inclusion (1 journée), adaptation (8 semaines) et poursuite et fin de traitement (20 semaines).</p> <p>-phase d'inclusion : deux semaines après la RCP chimio et l'évaluation de l'oncologue. Le patient rencontre l'infirmière coordinatrice pour se former à l'utilisation de l'application (création du compte et paramètres).</p> <p>- Phase d'adaptation (elle débute dès la première séance de chimiothérapie) : le patient rencontre régulièrement l'infirmière coordinatrice (IC) pour s'assurer de sa maîtrise de l'outil et adapter son utilisation. L'IC organise les rendez-vous du patient avec les différents intervenants à l'hôpital. Un bilan de fin de phase se réalise avec l'oncologue avant de poursuivre le suivi digitalisé.</p> <p>- Phase poursuite et fin de traitement (elle débute à la 11^{ème} semaine et se termine à la fin du traitement) : Le patient rencontre 2 fois l'IC, pour valider la bonne utilisation de l'outil et préparer « l'après cancer ». Le patient rencontre l'oncologue afin d'anticiper sa reprise d'activité et de valider la fin du programme en même temps que la fin de ses traitements.</p>	<p>5 ans</p>	<p>2020 : 37 180€ 2021 : 69 784€ 2022 : 125 609€ 2023 : 140 710€ 2024 : 39 465€</p> <p>Financement FISS : 412 747€</p> <p>Financement FIR (financement et mise en place de la solution numérique et formation du fournisseur) : 24 300€</p> <p>Coût total : 437 047€</p> <p>Nombre de patients : 410</p> <p>Forfaits : 3 forfaits - phase d'inclusion : 88€/patient - phase d'adaptation : 392,50€/patient - phase de poursuite et de fin de traitement : 526,20€</p> <p>Dérogation : temps de coordination, temps de suivi et gestion des alertes par l'oncologue référent, la solution de suivi connectée, temps de soins de l'équipe support (diététicien, enseignant APA, ostéopathe...), temps d'accompagnement après cancer.</p>	<p>Secteur Privé Hôpital Privé</p> <p>██████████ (chef de projet oncologie) Mail : ██████████ Tél : ██████████</p> <p>██████████ (réfèrent filière oncologie) Mail : ██████████ Tél : 06.28.92.25.09</p> <p>Partenaire : Société : ██████████ (outil de suivi digitalisé) ██████████ (co-fondateur)</p>	<p>Cahiers des charges : 11 juillet 2019, 9 juillet et 23 novembre 2020</p> <p>Examens CTIS : 23 juillet 2019, 8 septembre, 6 octobre et 1^{er} décembre 2020</p> <p>Avis CTIS : 22 décembre 2020</p> <p>Durée de la démarche globale : 17 mois</p>

Cette première étape de création de matrices de synthèse des projets, orientées par cas, permet de mieux comprendre le contenu de chaque projet, de résumer le cahier des charges et les avis du CTIS en une simple page. Comme indiqué à propos de la démarche de collecte des données, ces matrices ont également permis d'identifier les porteurs de projet et facilité, par conséquent, l'élaboration du fichier contacts permettant la prospection. Une seconde étape, concomitante à la précédente, résume et classe chronologiquement les 96 IOS, en un seul document, à partir de deux critères principaux : le problème énoncé par le porteur de projet, rédacteur du cahier des charges, et la solution proposée. Ainsi, cette démarche facilite l'appréhension générale des 96 projets d'IOS tout en se concentrant sur les deux éléments constitutifs principaux de la génération de l'innovation. Le tableau 14 présente un extrait de ce document disponible dans la partie annexes de cette recherche (Annexe 2 : Synthèse des différents projets de l'article 51 montrant le couple problèmes/solutions des IOS) .

Chapitre 2. Cadre Epistémologique et Méthodologique de la recherche
Section 2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

Tableau 14 : Extrait de la synthèse des différents projets de l'article 51 montrant le couple problèmes/solutions des IOS

Numéro	Problématiques rencontrées	Expérimentations (Solutions proposées)	Avis CTIS
9	Croissance d'arrivées de personnes migrantes primo-arrivantes ; surcharge des structures médicales initialement prévues et barrières langagières des médecins de ville.	Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne Structurer le premier accueil santé des migrants pour un égal accès aux soins avec un 1er bilan de santé réalisé au cours d'une consultation longue en langue « maternelle ». Organisation comprenant deux consultations longues par un avec le médecin, les prestations d'interprétariat professionnel (en présentiel ou à distance), la coordination médicale et administrative, la formation des professionnels.	18/06/2019
10	Les personnes à risque de développer une plaie en établissement de santé ou à domicile sont les personnes fragiles, polyopathologiques dont l'âge moyen est de 71 ans	Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie Mettre en œuvre un parcours de prise en charge pluriprofessionnelle par télé-médecine, intégrant différents services pour la prise en charge du patient dans son lieu de vie en lien avec les professionnels des soins primaires. Lorsque le médecin traitant et IDE identifient un problème de cicatrisation, ils peuvent accéder rapidement à une expertise réalisée par une IDE experte en plaies (téléconsultation, téléassistance et/ou téléexpertise).	28/06/2019
11	Paiement à l'acte ; redondance des actes et pas de prise en compte du temps nécessaire à l'éducation thérapeutique du patient et à la coordination.	EQUILIBRES - ÉQUIPES d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires Organiser le suivi des patients à domicile sous forme d'équipe composée d'infirmiers libéraux. Cette équipe est constituée pour prendre en compte les besoins du patient dans sa globalité : aspect environnemental, comportements de santé, aspect physiologique et psychosocial (référentiel OMAHA). Transmettre des connaissances au patient et à son entourage (ETP).	28/06/2019
12	La prévalence des plaies chroniques augmente avec l'âge ; situations complexes liées aux polyopathologies liées à l'âge ; enjeu majeur de santé publique (nombre de personnes concernées et dépenses engendrées).	CICA'Corse - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Corse Créer un dispositif de coordination et d'appui d'expertise dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes sur le territoire Corse. Dès qu'un professionnel de santé (Infirmier(e)/médecin traitant) ou un EHPAD souhaite une expertise, il peut contacter CICA'Corse (guichet unique) qui donnera un avis d'experts (équipe pluridisciplinaire) pour faciliter la prise en charge (orientation, diagnostic traitement) à partir d'une téléconsultation (l'information est systématiquement transmise au MT).	28/06/2019
13	Croissance des actes de chirurgie bariatrique ; les patients « perdus de vue » après une chirurgie bariatrique engendrent des complications et des résultats non-optimaux ; actes non-financés par l'AM	PACO - Parcours chirurgie bariatrique en région PACA Coordonner la prise en charge du patient en amont et aval de la chirurgie bariatrique et y associer un accompagnement éducatif. Parcours de soins pluridisciplinaire pour prendre en charge des personnes candidates à la chirurgie bariatrique (préopératoire et postopératoire avec suivi à long terme) par l'articulation des acteurs de ville et de l'hôpital	10/07/2019
14	Pathologies ostéoarticulaires concernent 50% des maladies chroniques après 65 ans ; fragmentation de l'offre de soins ; diminution du nombre de médecin généralistes	CeSOA - Centre de soins ostéo-articulaires en Ile de France Organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires complexes ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant un deuxième recours en permettant un accès facilité à une équipe pluriprofessionnelle spécialisée, sans reste à charge, dans une unité de lieu (centre ambulatoire) et de temps. Structurer un centre expert pour prendre en charge en un lieu unique l'ensemble des besoins des patients.	12/07/2019
15	La maltraitance et/ou les négligences sont les premières causes du handicap et de mortalité en France ; 299 600 enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance vivent dans un désert médical et sont peu suivis	PEGASE - Protocole de santé standardisé appliqué aux Enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance Renforcer et structurer le suivi de santé des jeunes enfants (moins de 5 ans) bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance. Mettre en place un bilan de santé initial standardisé et programmer 20 bilans de santé à âges fixes jusqu'à 7 ans et au besoin faire suivre les enfants par un psychologue/ psychomotricien.	19/07/2019

La production de ces deux outils, matrices de synthèse et résumé, permet de poser les bases de l'élaboration d'autres matrices, chronologiques et dites de catégories de variables (Miles et Huberman, 2010 : 429). Par exemple, la matrice de synthèse permet d'effectuer des catégorisations et des tris qui mettent l'accent sur le problème de santé adressé. Un second exemple pourrait consister en une analyse des catégories de professionnels impliqués. La plupart de ces matrices, de même qu'un rappel méthodologique, seront présentés dans le chapitre 4, qui porte sur les éléments constitutifs des IOS. A présent, l'accent est mis sur l'analyse des données primaires.

2.2.3.2. Analyse des données primaires : les entretiens

Pour analyser les entretiens se pose, comme pour la démarche d'analyse des données secondaires, la problématique du volume du matériau et de sa diversité. Comme le souligne Dumez (2013), pour une telle densité, plusieurs paradoxes doivent être surmontés par le chercheur. Un codage trop ouvert, à l'image de celui pratiqué dans le cadre de la théorie enracinée (Glaser et Strauss, 1967 ; Gioia *et al.*, 2013) est, en pratique, et sur un tel volume, impossible à élaborer (Dumez ; 2013 : 81). Un codage théorique mène à une impasse, tant il présente un très fort risque de circularité (Dumez, 2013 : 73). Pour faciliter l'analyse des entretiens, une décomposition en deux grandes catégories a d'abord été proposée. L'une portant sur la génération de l'innovation, l'autre portant sur les barrières et leviers de l'innovation organisationnelle.

La démarche de codage de la génération et des barrières et des leviers de l'innovation

Pour chacune de ces catégories, une liste de codes préétablie est définie préalablement, comme le suggèrent Miles et Huberman (2010). Dans la perspective d'éviter le risque de circularité, cette liste de codes demeure théorique, relative au cadre proposé dans le chapitre dédié aux fondements théoriques, mais avec des catégories suffisamment larges pour ne pas, précisément, sombrer dans ce risque épistémologique majeur. Concrètement, la démarche de codage est effectuée selon l'arborescence décrite par Savall et Zardet (2004), des phrases témoins qui ne sont autres que les verbatims, des thèmes, des sous-thèmes et des idées clés. Une précision est également à donner, le découpage du texte est

établi par unité de sens, ce peut être un paragraphe, une phrase, un mot, qui expriment une idée (Ayache et Dumez, 2011).

Le tableau suivant propose la grille de codage de la catégorie génération de l'innovation. Les *verbatim*, phrases témoins, ne sont pas présentés ici, puisqu'ils seront développés dans les résultats de cette recherche.

Tableau 15 : Grille de codage de la génération des IOS

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés
Besoins/Problèmes/ Opportunités	Empathie patient	Les porteurs de projet accordent un intérêt accru pour un problème de santé particulier et identifient des solutions
	Inspiration internationale	Les porteurs de projets identifient de nouvelles opportunités d'organisation inspirées par des initiatives internationales
	Inspiration technologique	L'évolution technologique offre aux porteurs de projet de nouvelles opportunités d'organisation
	Inspiration académique	Les porteurs de projets identifient de nouvelles opportunités à partir des travaux académiques
	Effets de rencontre	La rencontre d'acteurs de différents domaines d'activité stimule la volonté des porteurs de projet de développer des solutions pour un problème donné
	Volonté de transformation organisationnelle	Certains projets sont développés uniquement dans la perspective de transformer la ou les organisations de soins et de santé
	Interdépendance des phénomènes	Les catégories d'opportunités identifiées ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent être interdépendantes
Processus de recherche et de développement de la solution	Ouvert	Le processus de recherche et de développement des IOS fait intervenir de nombreuses parties prenantes internes et externes
	Ex materia	Le processus de recherche et de développement de l'IOS a débuté antérieurement à l'expérimentation article 51. Il se poursuit, s'étend, voire s'enrichit
	Ex nihilo	La volonté d'intégration au sein du dispositif article 51 motive la génération de l'innovation

Le tableau 16 propose le même exercice, mais adapté aux barrières et aux leviers des IOS. Dans ce cadre, il est important aussi de préciser que les barrières et leviers proposent un autre niveau d'analyse, puisque, là encore, le codage est mis en lien avec les aspects théoriques et contiennent deux dimensions, selon que les barrières et les leviers interviennent plutôt dans la phase de décision de mettre en usage ou plutôt dans la phase de mise en usage (Damanpour, 1991 ; Dubouloz, 2013, 2014). Cette étape est, par ailleurs, l'occasion de rappeler qu'il est difficile d'observer la poursuite de l'usage au niveau de cette recherche puisque les IOS sont encore en cours d'évaluation. Comme pour la grille de codage précédente, le point de départ est théorique et s'appuie sur le cadre théorique proposé en amont dans le chapitre 1. Il répartit ainsi les barrières et les leviers selon les catégories nano à supra et il intègre les attributs de l'innovation proposés par Rogers (1995).

Tableau 16 : Grille de codage des barrières à l'IOS dans la phase de décision

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	
Nano	Problèmes/ Besoins/ Opportunités	Modification du projet initial	L'opportunité nécessite des réajustements	
Micro	Attributs de l'innovation avantages perçus			
	Complexité			
	Compatibilité			
	Propension à être essayée			
	Observabilité			
	Porteurs de projet	Manque d'information		Les porteurs de projet n'ont pas connaissance de l'article 51
		Manque d'expertise		Les porteurs de projet, tout comme les référents institutionnels tâtonnent pour la rédaction du CDG, par manque d'expertise
	Partenaires	Lassitude/Démobilisation		Les partenaires se lassent compte tenu des process d'instruction
		Résistances		Les partenaires résistent au changement
		Capacité d'intéressement		Les partenaires nécessitent d'être convaincus pour intégrer le projet

Chapitre 2. Cadre Epistémologique et Méthodologique de la recherche
Section 2.2. Dispositif méthodologique de la recherche

		Omission de partenaires importants	Certaines parties prenantes importantes ne sont pas intégrées en phase de décision
	Individus adoptants/ Patients		
Meso	Organisationnel	Ressources financières	Les ressources financières sont nécessaires pour démarrer
		Agressivité concurrentielle	Certains concurrents font barrage aux projets
		Projet concurrentiel	Certains projets sont concurrencés par d'autres innovations
		Outils numériques intra-organisationnels	Les outils nécessitent d'être adaptés
	Inter-organisationnel		
	Social		
Macro	Environnement institutionnel	Manque de transparence sur l'évaluation	Certains porteurs veulent connaître les critères avant de s'engager
		Manque d'expertise institutionnelle	Les institutions ne maîtrisent pas les process d'élaboration du CDG
		Complexité des échanges	Les négociations avec les institutions sont complexes
		Limites du dispositif	Les procédures sont considérées comme lourdes
	Système de santé	Persistance des stéréotypes	Les stéréotypes professionnels persistent au sein du système
		Rigidité/Complexité du système	Le système manque de flexibilité
Supra	Environnement au sens large		
	Contexte politique et réglementaire	Menaces des nouvelles directives	Le projet est menacé par de nouvelles décisions

Plusieurs points nécessitent d'être éclairés. Les attributs perçus de l'innovation sont intégrés à cette grille mais ne sont pas liés à des sous-thèmes et des idées clefs puisque c'est plus dans la phase de mise en usage que ces dimensions apparaissent. D'une même façon, alors que l'environnement, au sens large, est très présent avec la crise sanitaire, dans la phase de mise en usage, il n'apparaît pas ici. Finalement, cette approche, qui est reprise pour 4 grilles, c'est-à-dire les barrières à l'innovation dans la décision, les barrières à l'innovation dans la mise en usage, les leviers de l'innovation dans la décision, les leviers de l'innovation dans la mise en usage, permet un double constat. Premièrement,

elle identifie les thèmes en fonction des phases. Deuxièmement, elle distingue les barrières et les leviers qui ne sont pas nécessairement réciproques.

Un codage complémentaire pour les catégories les plus prégnantes

Cette démarche de codage a fait apparaître des catégories particulièrement importantes, par exemple le lien entre Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et l'accès aux soins, le rôle central des caractéristiques entrepreneuriales du porteur de projet. Ces éléments sont parus suffisamment importants pour qu'un chapitre leurs soit consacré. Dans ce cadre, la démarche de codage n'est pas présentée ici mais fait l'objet d'une approche plus détaillée dans les chapitres dédiés. En effet, ces éléments impliquent également l'apport d'une revue de littérature plus spécifique et le choix d'un développement par chapitre est opéré. Dans tous les cas, les grilles et les démarches de codage sont expliquées et disponibles.

Conclusion

Ce chapitre présente les choix épistémologiques et méthodologiques qui sont opérés pour conduire cette recherche. Dans une première section, ce chapitre explicite le positionnement du chercheur. Il se situe dans une démarche interprétativiste et compréhensive, puisque cette recherche vise surtout à comprendre comment les acteurs de terrain perçoivent la génération de leur innovation, les barrières et les leviers de son adoption. Dans le cadre de cette réflexion, un accent est également mis sur la façon dont les risques épistémologiques, le risque des acteurs abstraits, le risque de circularité et le risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité, sont appréhendés (Dumez, 2013).

La partie, plus concrète, de développement du terrain de recherche, de collecte et d'analyse des données décrit, dans un premier temps et de façon détaillée, le dispositif de l'article 51. Cette démarche permet de comprendre les fondements de cette initiative, mais également d'appréhender l'ensemble du processus par lequel ont cheminé les porteurs de projet. Elle apporte aussi des éléments relatifs aux parties prenantes et aux instances composant l'article 51. Ensuite, une description de la collecte des données montre comment une base de données secondaires de 5099 pages est constituée pour cette recherche. Le recueil des données indique également la démarche concrète qu'a mobilisée le chercheur pour parvenir à conduire 52 entretiens principalement auprès des porteurs des 96 projets analysés. Enfin, la façon dont sont analysées les données secondaires et primaires est présentée. Une première étape détaille l'ensemble des procédés de réduction et d'élaboration matricielle qui sont exploités pour instrumenter les données secondaires. Une seconde étape souligne l'approche mobilisée pour les entretiens. Dans ce cadre et compte tenu du volume et de la richesse des données, un choix s'est opéré pour parvenir à résoudre le dilemme entre une approche inductive « pure » mais non applicable et une approche théorique pratique mais sans surprise (Dumez, 2013 : 73). Dans cette perspective, il convient également de souligner que les grilles de codage exploitées seront également disponibles dans les pages suivantes, qui développent, à présent, les résultats de cette recherche.

Chapitre 3

MEDISIS, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51

INTRODUCTION

Ce chapitre présente l'étude de cas à l'origine de cette recherche doctorale. Il expose le cas du projet MEDISIS, intégré au sein du dispositif de l'article 51. Comme indiqué dans la partie méthodologie, ce projet constituait, en soi, le design de cette recherche puisqu'une approche longitudinale et processuelle de diffusion et d'adoption de l'IOS était initialement envisagée. Lorsque surgit la crise de la Covid 19 et ses périodes de confinements liées, une double contrainte apparaît puisque non seulement l'hôpital est moins accessible, mais le chercheur ne peut plus se déplacer et est contraint par l'évolution de ses propres obligations professionnelles.

De façon incrémentale, mais en tirant les enseignements de cette étude de cas brusquement interrompue, la recherche évolue vers une appréhension plus globale de l'ensemble des projets de l'article 51. En effet, ces projets constituent une source particulièrement riche pour comprendre l'IOS et ses contours, telle qu'elle s'élabore et s'implémente dans les organisations de santé.

Finally, le projet MEDISIS est révélateur de deux choses. En premier lieu, il est représentatif d'une IOS vouée à l'amélioration du décroisement ville-hôpital. Ce projet permet effectivement d'identifier des pistes pour passer d'une action individuelle et non coordonnée à une action plus collective et articulée entre acteurs hospitaliers et libéraux. En second lieu, ce projet est également révélateur d'un ensemble de problèmes, puisque la coordination ne se fait pas dans difficultés. L'observation de ces phénomènes contribue à la constitution des questions posées dans le cadre de cette recherche.

La présentation de ce chapitre est hétéroclite, mais assumée. Hétéroclite, parce qu'il est difficile de présenter des résultats qui n'ont pas été approfondis compte tenu du contexte sanitaire. Assumée, parce que la présentation de ce chapitre, son maintien dans le manuscrit, s'est légitimement posée. Le matériau de données recueillies sur les IOS de l'article 51 suffit amplement pour une présentation cohérente de cette recherche doctorale alors, qu'au contraire, ce chapitre peut paraître non abouti, manqué de cohérence, voire arrivé comme un « *cheveu sur la soupe* ». Cet hétéroclisme est assumé

parce que ce chapitre constitue avant tout la description d'un cheminement. Cette trajectoire a permis à la recherche, par opportunisme ou plutôt par contrainte méthodique (Girin, 1989), d'évoluer d'une étude de cas unique vers une approche plus globale de l'ensemble des IOS de l'article 51. Ce cheminement a également été possible parce que l'étude de cas initiale a été révélatrice de plusieurs phénomènes stimulant la formalisation des questions posées dans le cadre de cette recherche.

La première section de ce chapitre présente le cas MEDISIS et la façon dont il illustre une réponse à un défi majeur du système de santé, décrit plus haut, c'est-à-dire le décloisonnement ville-hôpital (3.1.). Cette première section a fait l'objet d'une présentation dans le congrès ARAMOS 2019, qui a eu lieu à Lyon. La deuxième section, quant à elle, établit le lien entre le cas présenté et les questions posées dans cette recherche (3.2.).

3.1. MEDISIS, une IOS pour répondre au défi du Décloisonnement Ville Hôpital (DVH)

Cette première section présente le cas MEDISIS et montre comment un tel type d'IOS peut contribuer au DVH. Dans une première étape, l'importance de relever le défi du DVH est rappelée, de même que ses difficultés (3.1.1.). Une seconde étape propose des éléments de cadrage théorique du DVH à partir des travaux de Glouberman et Mintzberg (2002), puis des travaux de Rojot (2005), qui adapte les recherches de Crozier et Friedberg (1977) (3.1.2.). Dans un troisième temps et un quatrième temps, le projet MEDISIS est présenté, avant de développer ses contributions au DVH (3.1.3. ; 3.1.4.). La section se conclut par une présentation des prolongements qui étaient envisagés pour l'étude (3.1.5.)

3.1.1. Le DVH, une impérieuse nécessité confronté à des difficultés managériales

Comme indiqué dans le chapitre 1, le Décloisonnement Ville-Hôpital (DVH) et l'organisation de réseaux de santé constituent des enjeux fondamentaux dans l'ensemble des pays industrialisés (Bourret, 2008, Bloch et Hénaut, 2014).

3.1.1.1. Le DVH, une impérieuse nécessité

Le DVH s'inscrit dans une conceptualisation plus générale qui place la coordination et la coopération, le travail en réseau, au cœur de l'offre sanitaire. L'objectif affiché par cette vision réticulaire est de permettre une approche globale de la prise en charge et de favoriser la circulation des ressources au sein du système (Bruyère, 2008 ; Bruyère et Bonafini, 2008 ; Claveranne et Pascal, 2001 ; Bonafini et Nobre, 2011).

Depuis la fin des années 1990 et le début des années 2000, cette vision autour de la coopération et de la coordination des acteurs et des actions de l'offre sanitaire s'est imposée et est légitimée, tant chez les professionnels qu'au niveau institutionnel (Bonafini et Nobre, 2011, Bloch et Hénaut, 2014).

Dans ce cadre, un enjeu majeur se situe dans le DVH. Pour plusieurs auteurs et dès les années 1990, il n'existe pas d'alternative efficace sans une collaboration étroite entre la médecine de ville et la médecine hospitalière (Soulie, 1994 ; Sourty-Le Guellec, 1997). En

effet, la continuité des soins après un retour précoce du malade à son domicile nécessite une prise en charge « relais » par son médecin traitant. Par ailleurs, au-delà de la question de la continuité des soins, le DVH est aussi un enjeu majeur de réduction des erreurs médicamenteuses (Schmitt et Dufay, 2005 ; Dufay et Mallet 2012). Pour Dufay *et al.* (2011), l'absence de communication et de système d'information partagé entre les professionnels de santé de ville et ceux des établissements de santé est incontestablement contributive des erreurs médicamenteuses.

Autrement dit, renforcer le lien ville hôpital, la coordination et la coopération entre acteurs hospitaliers et libéraux, est un enjeu de santé fondamental et prioritaire.

A ce titre, les différents plans de santé gouvernementaux et les rapports officiels ne cessent de souligner l'impérieuse nécessité du DVH. Le DVH est ainsi inscrit en tant qu'orientation stratégique majeure du plan stratégique de santé 2018-2022.

Parmi les trois engagements prioritaires de ce plan, organiser l'articulation entre médecins de ville, médico-social et hôpital est un objectif fixé pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité. Récemment, le rapport de la Fédération Hospitalière de France (FHF) (2018)⁴⁴ montre également l'importance accordée au besoin de DVH : « *La FHF entend résolument et durablement engager l'hôpital public dans une démarche de construction commune et coordonnée des réponses à apporter aux besoins des territoires avec les acteurs de la ville* » (FHF, 2018 : 3).

3.1.1.2. Les difficultés managériales du DVH

Par-delà les volontés institutionnelles, le décloisonnement est, dans la pratique, difficile à mettre en œuvre. En effet, plusieurs auteurs soulignent déjà l'importance des dysfonctionnements dans la coopération interprofessionnelle au sein même de l'hôpital (Calmes *et al.*, 1998 ; Nobre, 1998 ; Zardet *et al.*, 2011).

Sur 4 organisations de santé étudiées de façon longitudinale, Zardet *et al.* (2011) montrent l'existence de plusieurs difficultés majeures qui entravent la coopération

⁴⁴<https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Contributions%20et%20les%202022%20propositions%20de%20la%20FHF%20pour%20la%20transformation%20du%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9.pdf>

interprofessionnelle. Pour ces auteurs, de nombreux clivages et cloisonnements sont observés, d'abord au niveau de l'établissement entre les personnels administratifs et ceux de soins. Les circuits de communication sont laissés à l'abandon, ce qui génère des frustrations pour les acteurs. Ensuite, les clivages sont identifiés entre les services de soins de l'hôpital. Pour Zardet *et al.* (2011), chaque service est hermétique à toute transversalité. Enfin, à l'intérieur des services de soins eux-mêmes, le clivage apparaît entre le corps médical, le corps infirmiers et les aides-soignants, la hiérarchie et l'autorité demeurant floues sur les activités des services, de soins et de gestion de personnel. Ces éléments confortent plusieurs observations déjà soulignées dans les travaux de Nobre (1998), qui montre l'existence de comportements quasi-claniques des acteurs à l'hôpital. Ces difficultés, de clivage et de cloisonnement, sont donc déjà observées au cœur de chaque hôpital.

Dans ces conditions, il semble peu probable, qu'étendue à un niveau inter-organisationnel, la coopération interprofessionnelle des acteurs du monde hospitalier ne souffre pas des mêmes écueils.

En effet, la plupart des travaux qui s'intéressent aux problématiques de coordination, tels que ceux relatifs aux réseaux de santé, en soulèvent les difficultés de fonctionnement.

Pour les auteurs (Hofmarcher *et al.*, 2007 ; Bruyère, 2008 ; Bruyère et Bonafini, 2008 ; Bruyère, 2009 ; Bonafini et Nobre, 2011 ; Bloch et Hénaut, 2014), par-delà l'enthousiasme suscité par l'action collective et le développement des réseaux de santé se masquent très concrètement des obstacles managériaux majeurs. En particulier, en parallèle des problématiques de ressources financières, matérielles et humaines, les obstacles liés aux attitudes et aux comportements d'acteurs déjà observés au sein de l'hôpital ne se diluent pas, voire peuvent être exacerbés dans une extension réticulaire. Les réseaux de santé sont composés d'une grande variété d'acteurs volontaires (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, etc.), aux secteurs professionnels divers, aux représentations et aux langages différents. Ils se retrouvent donc à l'interface de logiques d'actions différentes, voire antinomiques, allant de pair avec la peur de perdre du pouvoir, le besoin de trouver

un intérêt personnel à la coordination et la nécessité d'une confiance partagée (Bruyère, 2009).

Sur un plan managérial, surmonter ces difficultés constitue donc un véritable défi, qui, selon la FHF, doit, en premier lieu, répondre d'une démarche méthodologique empirique et pragmatique (FHF, 2018). Autrement dit, il est important de promouvoir les initiatives locales et d'identifier les bonnes pratiques qui contribuent au renforcement du lien ville-hôpital. Le projet MEDISIS constitue précisément une initiative locale visant le DVH. Pouvoir l'observer permet d'identifier un ensemble de pratiques pouvant être répliquables. Dans cette perspective et préalablement, il est important de constituer une grille d'analyse théorique permettant cette observation.

3.1.2. Un cadrage théorique du DVH

Sur un plan théorique, le DVH peut être appréhendé à partir de deux grilles d'analyse. Tout d'abord, la grille d'analyse des 4 mondes du système hospitalier de Glouberman et Mintzberg (2002) permet de décrire les lieux d'émergence des clivages et des cloisonnements au sein de l'hôpital et de son environnement. Ensuite, la grille de lecture des stratégies d'acteurs, proposée par Rojot (2005), sur la base des travaux de Crozier et Friedberg (1977) permet d'expliquer pourquoi les clivages et les cloisonnements peuvent apparaître en raison d'intérêts divergents, voire contradictoires, de la part des acteurs.

3.1.2.1. Les 4 mondes de Glouberman et Mintzberg (2002)

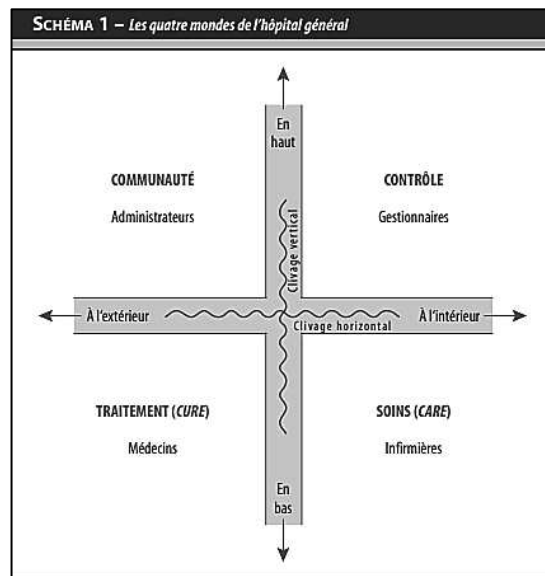
Selon Glouberman et Mintzberg (2002), le système de santé est découpé en quatre mondes comportant à la fois des caractéristiques spécifiques et des différenciations mais également des relations dynamiques.

Dans un premier temps, le secteur hospitalier est décrit dans un sous ensemble pour être ensuite incorporé dans un ensemble plus global, celui de la société en général. Les auteurs décomposent le secteur hospitalier en quatre mondes correspondant à quatre secteurs d'activités : le monde du traitement « cure », le monde des soins « care », le monde de la gestion « control » et le monde de la communauté médicale « community », ce qui est montré dans la Figure 5.

Le monde du traitement est le secteur des médecins (cure) et le monde des soins est celui des infirmiers (care). Dans le quadrant supérieur, se situe le monde du contrôle où se retrouvent les gestionnaires de l'hôpital (control) et le monde de la communauté qui comprend le conseil d'administration et les bénévoles impliqués (community).

Ces quatre mondes sont soumis à deux formes de clivages. Un premier, horizontal, discrimine, les acteurs (communauté et contrôle) dont le rôle est plutôt administratif et non soignant de ceux (médecins et infirmiers) qui sont, aux contraires, soignants et très orientés patients. Un second clivage, vertical cette fois, distingue les acteurs (gestionnaires et infirmiers) qui ont un lien fort et un rapport interne avec l'hôpital, de ceux (communauté et médecins), qui ont un lien plus faible et externe avec l'hôpital.

Figure 5 : Les quatre mondes de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2002)



De façon plus générale, ces clivages à l'hôpital se retrouvent dans un ensemble plus vaste, le système de santé. La figure 6 montre ainsi que la matrice de l'hôpital constitue seulement un sous ensemble inséré dans un ensemble plus large, celui de la société.

Dans ce cadre, les quatre mondes dans la société se décomposent de la même façon : les mondes du traitement, des soins, du contrôle et de la communauté. L'hôpital se retrouve dans la partie inférieure gauche « traitement de courte durée », tourné vers l'extérieur car

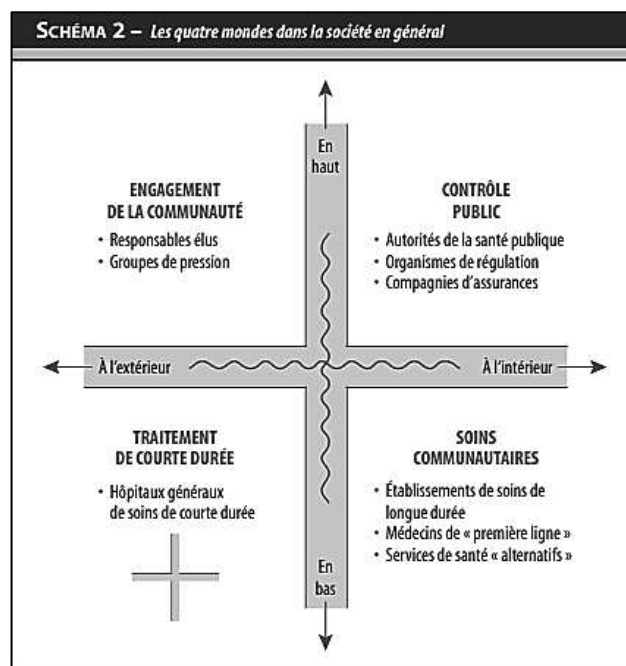
les praticiens sont hautement spécialisés, focalisés sur des maladies graves et donc davantage orientés sur le traitement que sur les soins.

Le monde des « soins communautaires », à sa droite, comprend « les établissements de soins de longue durée », les médecins de « premières lignes » et les services de santé « alternatifs ». La case en haut à droite décrit le monde « contrôle public », qui correspond au monde des gestionnaires, lié aux autorités de la santé publique, aux organismes de régulation et aux compagnies d'assurance.

Enfin, dans la case en haut et à gauche, le monde « engagement de la communauté », correspond aux parties prenantes externes au système de santé. Il comprend les responsables élus, les groupes consultatifs et les groupes de pression. Ce monde externe tente d'exercer une influence sur le système de santé.

Comme pour la première matrice, deux formes de clivage sont identifiées. Le premier clivage, horizontal, continue à distinguer les rôles administratifs et soignants. Le second clivage distingue l'appartenance interne ou externe à une organisation, qui, cette fois, n'est plus l'hôpital, mais le système de santé en général.

Figure 6 : Les quatre mondes dans la société (Glouberman et Mintzber, 2002)



En synthèse, les travaux de Glouberman et Mintzberg (2002) sont importants pour situer et décrire les parties prenantes, la multitude d'acteurs et les lieux d'émergence des clivages et des cloisonnements ville-hôpital. Pour mieux appréhender l'ensemble de ces éléments, il est néanmoins nécessaire d'interroger, en outre, les stratégies et les comportements des acteurs de santé ville hôpital.

3.1.2.2. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977)

Pour Crozier et Friedberg (1977), l'action collective n'est pas « un phénomène naturel », mais plutôt une réponse à des problématiques spécifiques, ces solutions étant apportées par des acteurs libres et autonomes, dont les orientations et les points de vue divergent. En effet, les acteurs, au sein ou en dehors des organisations, ont des orientations différentes, poursuivent des opportunités personnelles et coopèrent seulement *in fine* en vue d'atteindre un objectif commun.

En d'autres termes, l'action collective est loin d'être automatique mais se construit toujours au forceps des stratégies d'acteurs et des actions individuelles. Analyser l'action collective revient alors à étudier d'abord les stratégies et les pratiques des acteurs individuels, à évaluer les évolutions de ces comportements et comprendre les différentes interactions, voire les rapports de force et de pouvoir, qui existent entre plusieurs acteurs d'un ensemble social.

Comme les objectifs et les projets des acteurs peuvent être multiples, divergents, ambigus, voire contradictoires avec ceux de l'organisation, il est essentiel d'approfondir et de bien appréhender ces stratégies (Crozier et Friedberg, 1977).

Pour comprendre et relever le défi du DVH, il est nécessaire d'adopter une vision précise des stratégies et des rôles spécifiques des acteurs hospitaliers, libéraux et des organismes de santé pour mieux appréhender la façon dont cet ensemble peut coopérer.

Dans cette perspective, le cadre de réflexion découlant de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977), proposé par Rojot (Rojot, 2005 : 50), peut être mobilisé, conjointement à la grille de lecture de Glouberman et Mintzberg (2002).

Les stratégies d'acteurs des mondes hospitaliers

La complémentarité des travaux de Glouberman et Mintzberg (2002) et de ceux de Crozier et Friedberg (1977) nous permet de proposer une grille de lecture des stratégies d'acteurs en fonction de leur monde d'appartenance.

Stratégies des acteurs de ville du traitement et des soins

Le tableau 17 adapte la grille de lecture de Rojot (2005) aux acteurs des mondes du traitement (cure) et des soins (care) de ville. Une méthode identique est mobilisée pour la description des stratégies d'acteurs de chacun des mondes identifiés par Glouberman et Mintzberg (2002). Ce tableau insiste sur l'indépendance des acteurs, l'autonomie des activités et sur les intérêts financiers et individuels des professions libérales.

Tableau 17 : Stratégie des acteurs de santé de ville du traitement et des soins

Acteurs pertinents	Objectifs et intérêts manifestes	Comportements	Contraintes	Ressources	Stratégie	Objectifs et intérêts latents
Médecin généraliste	Délivrer des soins primaires ; Suivre l'état de santé de ses patients ; Orienter les patients vers d'autres professionnels. Développement de la patientèle.	Diagnostic, proposition de traitement, orientation vers des spécialistes de ville, des praticiens hospitaliers.	Gestion du temps ; Dépendance envers des informations provenant des autres professionnels ; Enjeux déontologiques. Dépendance envers organismes de santé.	Cabinet médical ; Technologie de l'information et de la communication ; Connaissances et compétences individuelles.	Conserver et développer sa patientèle sur le long terme.	Préserver son autonomie et sa liberté ; Développer ses gains financiers.
Infirmier libéral	Mettre en œuvre les traitements ; Prodiguer des soins ; Surveiller l'évolution de l'état de santé du patient. Développement de la patientèle.	Organisation de visites et de tournées ; prestations de soins courants, spécifiques et infirmiers en fonction des prescriptions du médecin.	Déplacements multiples auprès des patients ; Gestion comptable, des stocks et des patients ; dépendance envers les autres acteurs de santé.	Cabinet infirmier ; véhicule professionnel ; outils informatiques.	S'associer avec d'autres confrères ; Conserver et développer sa patientèle sur le long terme.	Préserver son autonomie et sa liberté ; Développer ses gains financiers.
Pharmacien d'officine	Contrôler, conseiller et transmettre les traitements préconisés	Accueil, conseils et vente de médicaments ; Orientation des patients vers d'autres acteurs	Dépendance des informations provenant du patient et des autres professionnels ;	Fonds de commerce ; Emplacement géographique ; Ressources	Maintenir et développer sa clientèle sur le long terme.	Préserver son autonomie et sa liberté ; Développer

	par le médecin. Développement de la clientèle.	de santé ; Préparation de solutions.	Proximité géographique des patients ; intensité capitalistique d'installation ; Concurrence.	humaines et financières.		ses gains financiers.
--	---	---	--	--------------------------	--	-----------------------

Stratégies des acteurs hospitaliers du traitement et des soins

Le tableau 18 adapte la grille de lecture de Rojot (2005) aux acteurs des mondes du traitement (cure) et des soins (care) hospitaliers. Ce tableau montre que les activités des acteurs hospitaliers sont interdépendantes, centralisées au sein d'une même structure et que les intérêts individuels concernent surtout l'évolution au sein de la structure et de son environnement proche.

Tableau 18 : Stratégie des acteurs de santé hospitaliers du traitement et des soins

Acteurs pertinents	Objectifs et intérêts manifestes	Comportements	Contraintes	Ressources	Stratégie	Objectifs et intérêts latents
Médecin hospitalier	Diagnostiquer ; Délivrer des soins techniques et spécialisés ; Participer à l'enseignement et à la recherche. Evolution de carrière.	Spécialistes ; Définition des besoins thérapeutiques et dispense des soins médicaux ; détermination des orientations stratégiques ; complétion des documents médico-administratifs.	Contraintes financières et administratives liées à l'appartenance à l'organisation ; Enjeux déontologiques ; Choix isolé ou dans l'urgence : Manque d'informations.	Ressources matérielles, financières et humaines de l'hôpital et de ses services. Connaissances et compétences individuelles.	Développer la reconnaissance sociale et la réputation des services, au sein de l'organisation et auprès de la population.	Sécurité de l'emploi et évolution de carrière. Reconnaissance auprès des pairs et de la population.
Infirmier hospitalier	Procéder à des soins et suivre le dossier médical du patient ; Être l'interface entre le patient, les familles et l'équipe médicale. Evolution de carrière.	Exécution des soins médicaux ; prise en charge globale du patient (physiologique, sociale, psychologique).	Respecter les consignes et directives données par le médecin ; S'adapter aux changements d'horaires et à la rotation des équipes ; Accéder aux informations.	Ressources matérielles, financières et humaines de l'hôpital et de ses services. Connaissances et compétences individuelles.	Développer la reconnaissance et la réputation du travail fourni au sein de l'hôpital, auprès des médecins, des patients et de l'entourage.	Sécurité de l'emploi et évolution de carrière, soit dans la spécialisation, soit dans l'encadrement.
Pharmacien hospitalier	Délivrer les médicaments prescrits par les médecins hospitaliers ;	Fourniture de médicaments à l'établissement, gestion des achats et des approvisionnement	Dépendance envers les autres acteurs de santé ; dépendance à l'allocation de	Ressources matérielles, financières et humaines de l'hôpital et de ses services.	Développer la reconnaissance et la réputation du travail fourni au sein de	Sécurité de l'emploi et évolution de carrière. Spécialisation

	Contrôler la qualité et garantir la sécurité sanitaire des patients. Evolution de carrière.	s, préparation magistrale hospitalière, sécurisation sanitaire du circuit du médicament.	ressources de l'organisation ; Gestion optimale du médicament ; astreintes.	Connaissances et compétences individuelles.	l'hôpital, auprès des médecins et des autres acteurs de santé.	et encadrement.
--	--	--	---	---	--	-----------------

Stratégies des acteurs du contrôle hospitalier

Le tableau 19 adapte la grille de lecture de Rojot (2005) aux acteurs des mondes du contrôle hospitalier. Ce tableau souligne l'importance institutionnelle et le rôle central, pour les acteurs, de la quête d'efficacité organisationnelle et économique.

Tableau 19 : Stratégie des acteurs de santé du monde du contrôle

Acteurs pertinents	Objectifs et intérêts manifestes	Comportements	Contraintes	Ressources	Stratégie	Objectifs et intérêts latents
ARS	Assurer un pilotage unifié de la santé en région ; Mieux répondre aux besoins de la population ; Accroître l'efficacité du système. Réalisation d'économies et atteinte de seuil de rentabilité.	Décliner les politiques de santé nationales sur le plan régional ; Organiser le système de santé régional ; S'adapter aux caractéristiques locales ; Réguler et financer le fonctionnement des hôpitaux.	Maîtriser les dépenses publiques ; Respecter les directives ministérielles et celles de la sécurité sociale.	Subventions de l'état ; contributions des régimes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; Fonds d'intervention régional.	Mettre en œuvre des décisions relatives au plan stratégique nationale sur les territoires, accroître l'efficacité des hôpitaux.	Intervenir dans le management des hôpitaux pour des impératifs économiques et de rentabilité.
Assurance Maladie	Mener une politique de gestion du risque qui vise à améliorer la santé de la population ; Renforcer l'efficacité du système de soins ; Maîtriser l'évolution des dépenses de santé.	Financement des dépenses de santé ; Organisation administrative et traitement des documents de santé.	Déficit budgétaire de la sécurité sociale.	Cotisations sociales ; Contribution sociale généralisée, Impôts et taxes diverses.	S'adapter aux évolutions de la population et de l'offre de soins. Organiser en fonction le système de remboursement .	Simplifier les démarches des assurés, réduire les procédures administratives , maintenir un équilibre budgétaire.
Direction de l'hôpital	Conduire la politique générale de l'établissement ; Assurer la gestion de	Gestion budgétaire et humaine de l'établissement ; Organiser les différents	Gérer l'hôpital dans un contexte de ressources limitées. Manager des équipes	Budget de fonctionnement , ressources humaines, financières et	Développer la qualité, la performance et la réputation de l'établissement.	Sécurité de l'emploi et évolution de carrière ; Reconnaissance auprès des

	l'établissement ; Informer le conseil de surveillance ; Respecter les orientations des ARS. Améliorer l'efficience de l'établissement .	services ; Travailler étroitement avec un directoire et l'équipe de direction.	administratives et des équipes de traitement et de soins sans ligne hiérarchique précise. Exécuter les décisions du conseil d'administration ; Responsabilité juridique.	matérielles de l'hôpital.		organismes régionaux, des élus locaux et de la population.
--	--	--	--	---------------------------	--	--

Stratégies d'acteurs de la communauté

Pour cette dernière catégorie, seuls les patients, considérés comme des acteurs prioritaires et centraux (Glouberman et Mintzberg, 2002), sont retenus dans l'analyse des stratégies d'acteurs de la communauté. Le tableau 20 poursuit la démarche d'analyse développée précédemment.

Tableau 20 : Stratégie des acteurs de santé du monde de la communauté

Acteurs pertinents	Objectifs et intérêts manifestes	Comportements	Contraintes	Ressources	Stratégie	Objectifs et intérêts latents
Patient	Accéder à des services et des soins personnalisés, de proximité et de qualité.	Plutôt passif et réactif, en attente d'une prise en charge et de soins après détection de la maladie ; confiant envers les acteurs de santé et le système de santé en général.	Fragmentation de l'offre ; Compréhension, lisibilité de l'offre de soins ; Manque d'informations ; Redondance des actes.	Assuré social, entourage familial et aidants.	Choisir la meilleure solution de traitement et de soins en matière de qualité et de proximité.	Disposer, voire exiger, une meilleure prise en charge dans des conditions de gratuité ; Être informé et orienté rapidement ; bénéficier d'une relation personnalisée, attentive et empathique avec les acteurs de santé.

Le cadre d'analyse mobilisant les stratégies d'acteurs des 4 mondes hospitaliers montre la divergence d'intérêts et la pluralité des sources potentielles de clivages et de cloisonnements. Il souligne ainsi l'importance des défis auxquels sont confrontés les acteurs de santé pour parvenir, de façon concrète, au décroisement ville hôpital.

3.1.3. L'étude de cas MEDISIS

Le site du Centre Hospitalier (CH) de Lunéville présente un terrain particulièrement fertile pour comprendre les pratiques managériales qui favorisent la collaboration entre acteurs hospitaliers et libéraux. En effet, depuis 2009, le centre hospitalier de Lunéville est reconnu pour l'expérimentation et l'implémentation d'innovations organisationnelles visant le DVH.

MEDISIS : un terrain approprié pour observer le DVH

Le Centre Hospitalier de Lunéville est le plus important centre intégré au Groupe Hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle. Il présente une capacité d'accueil de 427 lits et places, dont 149 en Médecine Chirurgie Obstétrique, 20 d'hospitalisation à domicile et 258 d'EHPAD et Unités de Soins de Longue Durée. L'effectif du centre hospitalier de Lunéville est constitué de 67 membres du personnel médical et de 576 membres du personnel non médical. Son attractivité est principalement centrée sur la région Lorraine, puisque 99,1% des patients y résident. 43 393 consultations externes sont recensées en 2016 annuellement au sein de l'hôpital, qui présente également sur la même période un total de 47 314 journées d'hospitalisations. Parmi les différentes activités de l'hôpital, Médecine, Chirurgie, Mère-enfant, Médicotechnique, une particularité du Centre Hospitalier de Lunéville est de s'être engagé très tôt envers la conciliation médicamenteuse et le rapprochement des acteurs hospitaliers et libéraux.

La conciliation médicamenteuse se définit de la façon suivante par le Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2015 ; 2018) : « *La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.* ».

De 2009 à 2014, le Centre Hospitalier de Lunéville a été retenu site pilote par la HAS pour mettre en œuvre et évaluer un protocole opérationnel et expérimental de conciliation médicamenteuse. L'expérimentation a fait l'objet d'un rapport détaillé publié par la HAS en septembre 2015. Pour l'année 2016, 93% des patients âgés sont ainsi conciliés au sein du centre hospitalier de Lunéville et bénéficient d'une collaboration ville/hôpital pour confirmer leur traitement. A ce jour, les pratiques de conciliation médicamenteuse s'inscrivent dans le cadre d'un projet encore plus ambitieux, intitulé MEDISIS, qui a d'abord été initié en 2013, puis a progressivement évolué vers un protocole plus formalisé à partir de 2017. Le projet MEDISIS est lauréat de plusieurs prix, notamment le Prix Vidal et prix de la Prévention Médicale 2018. Principalement, ce projet vise à créer du lien entre professionnels de santé pour clarifier et sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

Le chercheur participe à l'observation du projet MEDISIS, entre février 2019 et Mars 2020, ce qui a déjà été développé brièvement dans la description du terrain de cette recherche. A cette occasion, plusieurs types de données sont recueillies. Tout d'abord, le chef de Pôle Pharmacie de l'hôpital de Lunéville transmet l'ensemble des rapports, documents internes, supports de réunions, vidéos, qui sont disponibles depuis l'origine de la démarche. Sur site, le chercheur procède à des phases d'observation directe concentrée, c'est-à-dire que le chercheur consacre, plusieurs heures, voire plusieurs jours, à observer des situations de travail (Savall et Zardet, 2004 : 215). Ces phases d'observation sont indiquées dans le tableau...Enfin, le chercheur, au cours de ces phases d'observation, interroge les pharmaciens pour une meilleure compréhension des différentes étapes du processus MEDISIS et de ses contours. Ces entretiens demeurent non formalisés, pour ne pas déranger le fonctionnement interne de la pharmacie de l'hôpital. En complément des périodes d'observations sur site, le chercheur participe également à plusieurs réunions : réunion de formation des pharmaciens de ville, réunion d'adaptation du processus vers d'autres structures, réunion d'intégration au sein du dispositif article 51. Le tableau 21 développe la chronologie et le déroulement des étapes de terrain de cette recherche, stoppée brusquement par la crise sanitaire.

Tableau 21: Chronologie et principales étapes de terrain de l'étude de cas MEDISIS

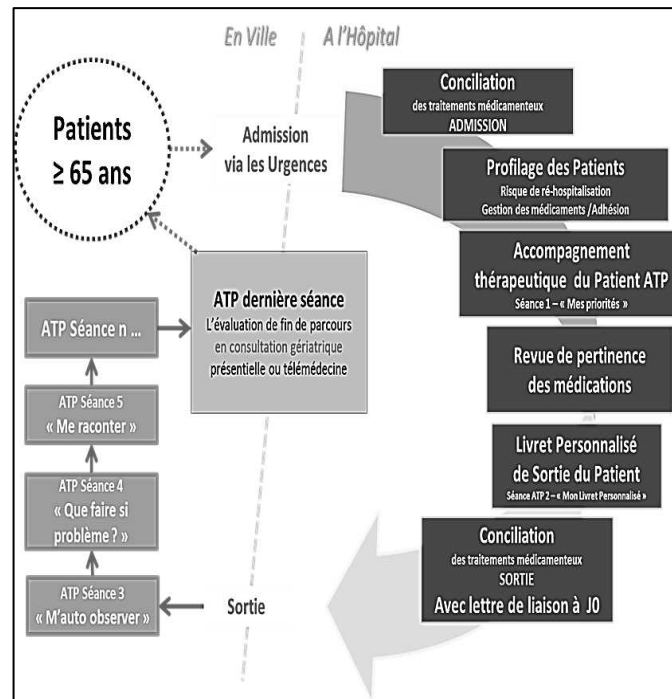
Principales étapes de terrain de l'étude MEDISIS	
Chronologie	Etapes de Terrain
5 février 2019	Accompagnée du directeur de thèse, rencontre avec le directeur de l'hôpital, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, la Chef du Pôle Pharmacie MEDISIS de l'Hôpital de Lunéville pour clarifier les contours du projet.
18 au 22 février 2019	Immersion sur le site de Lunéville. Notes de terrain sur les différentes étapes du processus. Rencontre avec les patients cibles, les médecins hospitaliers, les pharmaciens hospitaliers.
22 février 2019 20H-23H	Réunion de formation des pharmaciens de ville au Projet MEDISIS. Objectif de coordination des actions et des flux d'informations.
27 février	Observation des étapes du processus MEDISIS, échanges avec les acteurs internes et les parties prenantes au projet.
5 mars	Réunion sur les processus internes d'optimisation des flux MEDISIS.
11 mars	Accompagnée du futur directeur de thèse, réunion de finalisation des grands axes du projet de thèse avec la Chef du Pôle Pharmacie MEDISIS de l'hôpital de Lunéville
12 mars	Réunion au CHRU de Nancy Brabois en prévision de la transférabilité de MEDISIS. Notes de terrain sur les réflexions menées et les décisions prises par les acteurs pour la mise en usage de l'innovation.
20 mars, 27 mars, 2 avril, 24 avril 2019	Observation du processus MEDISIS, collecte de données primaires et secondaires.
29 mai 2019	Echange avec la coordinatrice du processus MEDISIS autour des différentes évolutions sur le transfert de l'innovation organisationnelle. Prise de notes terrain : éléments évolutifs des transferts en cours et éléments bloquants.
17 Octobre 2019	Réunion organisée par le CH de Lunéville regroupant les différents acteurs impliqués dans le processus MEDISIS et les acteurs à impliquer en vue de développer le réseau d'acteurs (présence de l'URPS Médecins, Pharmaciens, Infirmiers et professions libérales).
20 Décembre 2019	Echange avec la coordinatrice du projet MEDISIS sur les attentes de l'assurance maladie concernant le déploiement du projet et notamment les organisations identifiées.
6 Mars 2020	Réunion de travail ARS MEDISIS en vue de modifications du cahier des charges pour une inscription de MEDISIS au cœur du dispositif Article 51

Ce tableau montre que le projet MEDISIS observé se situe au croisement des 4 mondes de Glouberman et Mintzberg (2002) puisqu'il implique à la fois des acteurs du traitement et du soin hospitalier et de ville, des patients de la communauté et les organismes de contrôle.

Le processus MEDISIS

Le processus MEDISIS développe les flux d'informations entre les différents acteurs de santé internes (professionnels de santé de l'hôpital), externes (professionnels de santé de la ville) et auprès du patient, par sa propre éducation à la santé. Ces différents échanges ont ainsi pour objectif de mieux sécuriser la santé du patient tout au long de son parcours de soins, notamment en palliant le déficit d'informations médicamenteuses qui peut émerger sur un parcours de patient plus classique, avec ses cloisonnements, ville-hôpital. Le processus MEDISIS se décompose en plusieurs phases distinctes, 6 phases à l'hôpital, 3 phases en ville et une phase d'évaluation de fin de parcours au sein de l'hôpital. Le processus débute dès la prise en charge du patient au centre hospitalier et se prolonge jusqu'au trentième jour après sa sortie. Les personnes de 65 ans et plus déterminent la population cible actuelle de la patientèle, puisque les personnes âgées présentent fréquemment plusieurs pathologies et sont, par conséquent, poly-médiquées et susceptibles d'être confrontées aux erreurs médicamenteuses. La figure 7 schématise le déroulement du processus.

Figure 7: Déroulement du processus MEDISIS (schéma issu de document interne)



Les 6 phases à l'hôpital

La première phase de « conciliation médicamenteuse », s'effectue entre le premier jour et, au plus tard, deux jours après l'admission du patient à l'hôpital. Cette phase vise à réaliser le bilan médicamenteux du patient et à détecter de potentielles divergences entre le traitement administré à l'admission et le traitement usuel du patient. A cette fin, une phase d'investigation par les membres de l'équipe MEDISIS s'effectue auprès des différents acteurs de soins : les acteurs de soins de ville (médecin traitant, infirmier(e), pharmacien d'officine), les acteurs internes à l'hôpital (médecin, infirmier(e)) auprès du patient et/ou des aidants (famille, amis). A partir de l'ensemble des éléments recueillis, un recoupement des informations est réalisé, puis des mesures correctives sont prises, le cas échéant, sur la base d'échanges avec le personnel soignant. Parallèlement à cette étape, est réalisée une phase de pré-profilage, sous forme d'entretien individuel auprès du patient. Elle consiste à dresser le profil du patient en fonction de ses caractéristiques spécifiques (autonomie au quotidien, autonomie et perception médicamenteuse).

La deuxième phase « profilage du patient », est réalisée à la fois à partir du pré-profilage cité et du dossier du patient (de son admission à son état actuel). Elle analyse l'ensemble des informations pour évaluer l'adéquation à la personnalisation du parcours de soins MEDISIS. L'adéquation du profil du patient au parcours MEDISIS est déterminée à partir de critères spécifiques, notamment les problématiques liées aux traitements médicamenteux.

La troisième phase « Séance 1 : Accompagnement Thérapeutique Personnalisé (ATP 1) » permet de faire émerger les priorités du patient et/ou les problématiques rencontrées dans son quotidien. Cette phase s'effectue sous forme d'entretien individuel avec le patient à l'aide de carte d'évocation (images liées à l'aspect physique, psychologique du patient et à son ancrage social) afin d'approfondir son état de santé global et d'en informer, aux besoins, les acteurs impliqués.

La quatrième phase « révision médicamenteuse pluriprofessionnelle » vise à optimiser la pertinence des traitements médicamenteux et à en limiter les erreurs inhérentes. Cette étape se déroule sous forme de collecte d'informations (traitements, pathologies, antécédents, âge, poids...) et de recoupement afin de faire émerger les besoins et/ou les corrections nécessaires, de le(s) signaler aux parties prenantes, le cas échéant. Cette phase participe à affiner l'ordonnance de sortie du patient.

La cinquième phase « conciliation des traitements médicamenteux », se réalise le jour de la sortie du patient. Elle consiste, dans un premier temps, à obtenir et à confronter l'ensemble des informations afin de réaliser les corrections, si nécessaire, pour limiter les erreurs médicamenteuses. Ensuite, cette phase permet de réaliser « la fiche de conciliation à la sortie » (support de communication destiné à l'ensemble des professionnels de santé), qui précise : le motif et la durée de l'hospitalisation, les pathologies du patient, l'évolution des traitements (avant et après hospitalisation), les éléments du parcours MEDISIS et, potentiellement, les problèmes identifiés. Enfin, cette phase consiste à transmettre « la fiche de conciliation à la sortie » aux professionnels de santé de ville.

La sixième phase « séance 2 : Accompagnement Thérapeutique Personnalisé (ATP 2) », se réalise le jour de sortie du patient. Lors d'un entretien individuel avec le patient, Il lui est remis et expliqué un livret personnalisé regroupant les contacts des différents professionnels, les motifs et les étapes de l'hospitalisation, les rendez-vous futurs, les médicaments (noms, utilité, évolutions, posologie et leurs effets) et les éléments pertinents liés à son état (signe(s) d'alerte, informations diverses). Le but est d'intégrer le patient au cœur de son parcours santé. Le livret personnalisé permet de récapituler l'ensemble des éléments déterminants pour le patient : informer/comprendre/organiser/transmettre et s'appropriier l'outil (rôle d'éducation du patient).

Les trois phases de ville

Après la sortie du patient de l'hôpital, au moins trois séances d' « Accompagnement Thérapeutique Personnalisé (ATP) » sont envisagées. Elles se déroulent chronologiquement, le septième jour, le quatorzième jour et le vingt-et-unième jour après la sortie du patient de l'hôpital. Ces séances se pratiquent actuellement dans les officines de ville, lors d'un entretien confidentiel d'une demi-heure entre le pharmacien libéral et le patient. Chaque séance poursuit un objectif distinct.

La première séance, « ATP 3 », analyse l'état global du patient après son hospitalisation, mesure son adhésion thérapeutique, favorise l'importance de l'auto observation/éducation à la santé. Pour le patient, il s'agit de savoir détecter les signes d'alerte liés à son état de santé.

La seconde séance, « ATP 4 », consiste, d'une part, à reprendre les éléments évoqués à la séance précédente et, d'autre part, à développer la capacité du patient pour alerter rapidement les acteurs de santé concernés, en cas de besoin.

Enfin, la troisième séance, « ATP 5 », fait comprendre au patient les évolutions de son état de santé après l'hospitalisation (les éléments inchangés et les éléments modifiés) afin de faciliter la communication du patient auprès de l'ensemble des professionnels de santé.

En l'état actuel, seuls les pharmaciens d'officines sont officiellement associés au projet MEDISIS et constituent les médiateurs des autres acteurs libéraux du lien ville hôpital. Ce sont les premiers à avoir répondu favorablement à ce partage d'informations et à la prise en charge des patients sur les trois séances d'ATP de ville. Un forfait de 25 € par séance est déterminé en accord avec l'assurance maladie pour indemniser les pharmaciens d'officines pour le temps octroyé. Les autres acteurs de ville, potentiellement intéressés, ne sont pas encore intégrés de façon formelle. De nombreuses discussions sont en cours, notamment pour affiner, avec les organismes de contrôle, les modalités pratiques d'intégration, au sein de MEDISIS, des médecins et des infirmiers libéraux.

Une dernière phase de retour à l'hôpital

La dernière phase du processus MEDISIS se réalise trente jours après la sortie du patient, à l'hôpital. Le médecin hospitalier effectue un suivi du patient et évalue son état global.

Finalement, le processus MEDISIS forme ainsi une boucle Ville-Hôpital, Hôpital, Hôpital-Ville et Ville-Hôpital, dont chacune des étapes ciblent l'amélioration du traitement médicamenteux du patient par une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs professionnels de santé.

3.1.4. Contribution de l'IOS MEDISIS au DVH

Le tableau 22 montre la réciprocité du décroisement ville hôpital, hôpital ville, qui est initiée par le processus MEDISIS. Il souligne la pluralité d'acteurs impliqués tout au long du processus. Par ailleurs, MEDISIS transforme également les stratégies et les comportements de ces acteurs, qu'ils soient hospitaliers, libéraux, de contrôle ou le patient lui-même.

Tableau 22 : Une lecture du DVH par les étapes du projet MEDISIS

Décloisonnement ville Hôpital									
Etapes	Actions	Objectifs		Outils Mobilisés	Acteurs impliqués				
		Principaux	Secondaires		Patient	Hôpital	Ville	Autres	
1	Admission : Conciliation des traitements médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> Démarche proactive : Obtenir la liste la plus exhaustive possible des différents médicaments pris à domicile ; Démarche rétroactive : Obtenir la liste la plus exhaustive possible des différents médicaments pris à domicile + la liste des médicaments administrés à l'admission 	Réaliser le bilan médicamenteux du patient et détecter de potentielles divergences pour limiter les erreurs médicamenteuses	Obtenir l'ensemble des informations afin de limiter les erreurs médicamenteuses Recueillir et confronter l'ensemble des informations afin de réaliser les corrections (si nécessaire) pour limiter les erreurs médicamenteuses Pertinence : minimum 3 sources : données patient/ internes et externes	e-fichier Logiciel CoraDPS Dossier médical du patient (support papier) Ordonnance de ville Ordonnance de l'hôpital Bilan médicamenteux Fiche de conciliation des traitements à l'admission	Patient et/ou aidant(s)	Pharmacien Médecin Infirmier	Pharmacien Médecin Infirmier	EHPAD
	Pré-profilage du patient	<ul style="list-style-type: none"> Entretien patient : recueillir des informations pour déterminer son profil 		Connaître l'ensemble des caractéristiques du patient (facteurs sanitaires et sociaux) : - détection de potentiels problèmes de communication ; - autonomie au quotidien (besoins primaires : s'alimenter, se déplacer...) ; - autonomie dans la gestion médicamenteuse (approvisionnement, préparation, administration) ; - adhésion thérapeutique (prises et perceptions médicamenteuses) ; Obtenir l'adhésion du patient à la personnalisation MEDISIS	Bilan médicamenteux Fiche profilage MEDISIS Brochure Parcours MEDISIS	Patient et/ou aidant(s)	Pharmacien Médecin Infirmier		
2	Profilage du patient	<ul style="list-style-type: none"> À partir du pré-profilage : analyser le dossier complet du patient de son admission à son état actuel 	Affiner le profil du patient et évaluer son adéquation à la personnalisation du parcours de soins MEDISIS	Obtenir des informations complémentaires sur l'évolution de l'état de santé du patient Déterminer si le profil du patient est en adéquation avec le parcours MEDISIS (en fonction du risque de ré-hospitalisation liée à la prise médicamenteuse) Cas échéant : effectuer un signalement de prise en charge en fonction des éléments recueillis (perte d'autonomie...)	Fiche profilage MEDISIS e-fichier Logiciel CoraDPS				PAERPA PRADO ADMIR DIM Assistants sociales
3	Séance 1 Accompagnement thérapeutique personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du dossier du patient Entretien individuel approfondi sur l'état de santé global du patient (utilisation de cartes d'évocation pour faciliter la communication) 	Faire émerger les priorités du patient et/ou les problématiques rencontrées dans son quotidien Informer si besoin les personnes concernées	Affiner l'état physique (douleurs), psychologique (peurs, stress, perception des médicaments prescrits) du patient et son ancrage social (isolement) = analyser le bien-être du patient	Questionnaire GIRERD Trame de la séance 1 « ma priorité » Cartes d'évocation OMAGE	Patient et/ou aidant(s)	Pharmacien Médecin Infirmier		
4		<ul style="list-style-type: none"> À partir de la fiche de conciliation médicamenteuse, 		Collecter l'ensemble des informations (traitements, pathologies, antécédents, âge, poids...), les recouper et faire émerger les besoins et/ou les corrections nécessaires (signaler au médecin, le cas échéant).	Fiche conciliation des traitements à l'admission				

Chapitre 3. MEDISIS, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51

	Révision médicamenteuse pluriprofessionnelle	analyser les traitements de la dernière ordonnance et les caractéristiques spécifiques du patient (âge, pathologies...)	Optimiser la pertinence des traitements médicamenteux Limiter les erreurs médicamenteuses	Réaliser l'ordonnance de sortie	Ordonnance de l'hôpital (+ récente) Logiciel Vidal Guide PAPA Fiche « Optimisation de la pertinence des traitements médicamenteux » e-fichier Cora DPS		Pharmacien Médecin		
5	Séance 2 : avant la sortie Accompagnement thérapeutique personnalisé	Entretien individuel avec le patient	Récapituler l'ensemble des éléments déterminants pour le patient : informer/comprendre/organiser, transmettre = s'approprier l'outil	Expliquer au patient les éléments du livret personnalisé : les contacts des professionnels, les motifs et les étapes de l'hospitalisation, les rendez-vous, les médicaments (utilité, noms, évolutions, posologie et effets) et les éléments pertinents liés à son état (signe(s) d'alerte, informations diverses). Adapter le langage technique pour faciliter la communication avec le patient.	Fiche de conciliation à la sortie Livret personnalisé	Patient et/ou aidant(s)	Pharmacien ou Infirmier(e)		
6	Avant la sortie : Conciliation des traitements médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> Croiser l'ensemble des informations liées aux traitements par rapport aux pathologies du patient Regrouper les différents médicaments, compléter les pathologies correspondantes et informer sur des éléments spécifiques 	Etablir la lettre de liaison à destination des acteurs de ville (informations essentielles sur l'état de santé du patient)	Obtenir et confronter l'ensemble des informations afin de réaliser les corrections si nécessaire pour limiter les erreurs médicamenteuses Réaliser la fiche de conciliation à la sortie (supports destinés à l'ensemble des professionnels de santé) qui précise : <ul style="list-style-type: none"> le motif et la durée de l'hospitalisation ; les pathologies du patient ; l'évolution des traitements (avant et après hospitalisation) ; les éléments du parcours MEDISIS les problèmes identifiés Transmettre la fiche de conciliation à la sortie aux professionnels de santé de ville 	e-fichier Logiciel CoraDPS Ordonnance de l'hôpital (sortie et précédente) Fiche de conciliation à la sortie CoraDOC		Pharmacien Médecin Infirmier(e)	Médecin traitant Pharmacien Infirmier(e)	
Décloisonnement hôpital → ville									
7	Séance 3 : 7 jours après la sortie Accompagnement thérapeutique personnalisé	Entretien individuel avec le patient (1/2 heure)	Eduquer le patient Signaler les éléments alarmants	Analyser l'état global du patient après hospitalisation : adhésion thérapeutique, verbalisation de l'importance de l'auto observation (savoir détecter les signes d'alerte)	Schéma corporel				
8	Séance 4 : 14 jours après la sortie Accompagnement thérapeutique personnalisé	Entretien individuel avec le patient (1/2 heure)	Savoir alerter rapidement Signaler les éléments alarmants	Reprendre les éléments évoqués à la séance précédente (auto observation) ; Développer la capacité du patient à alerter rapidement les acteurs santé concernés		Patient et/ou aidant(s)		Pharmacien Médecin Infirmier(e)	
9	Séance 5 : 21 jours après la sortie Accompagnement thérapeutique personnalisé	Entretien individuel avec le patient (1/2 heure)	Connaitre les évolutions de son état de santé, et de ses traitements. Savoir verbaliser son état de santé et anticiper sa communication pour son prochain rendez-vous médical. Favoriser la diffusion de l'information à travers la création de son dossier pharmaceutique (DP) et/ou dossier médical partagé (DMP)	Comprendre les évolutions de son état de santé après l'hospitalisation (éléments inchangés et modifiés) pour faciliter la communication auprès des professionnels de santé	Feuille vierge Tableau de structuration « éléments de santé inchangés/modifiés »				
Décloisonnement ville → hôpital									
10	30 jours après sortie : Consultation	Suivi du patient	Evaluer : - l'état global du patient - son niveau de satisfaction vis-à-vis de son hospitalisation			Patient et/ou aidant(s)	Médecin		

Le pharmacien hospitalier : d'une gestion centrée médicaments au chef d'orchestre du parcours patient

Le pharmacien hospitalier a classiquement de nombreuses missions très variées, qui placent au centre de ses activités l'approvisionnement, la gestion des stocks, la délivrance, la préparation, la traçabilité...du médicament. Outre ces missions quotidiennes du pharmacien à l'hôpital qui se prolongent, le projet MEDISIS modifie surtout le rôle du pharmacien, puisqu'il endosse à présent un rôle de chef d'orchestre du parcours patient. En premier lieu, le pharmacien hospitalier est fortement en contact avec le patient, pour investiguer son traitement, les acteurs de son traitement, mais également des éléments relatifs à son ancrage social. Ensuite, le pharmacien hospitalier coordonne, collabore et alerte les différents acteurs de santé hospitaliers et de ville. Dès le démarrage du processus, le pharmacien hospitalier est l'acteur principal qui centralise et recoupe l'ensemble des informations provenant des différents autres acteurs, notamment le médecin, le pharmacien de ville et le patient lui-même. Au passage, le pharmacien endosse donc un rôle de communicant, ce qui est facilité par les outils mobilisés, comme montré dans le tableau.... Au sein de l'hôpital lui-même, MEDISIS contribue à décloisonner les relations interprofessionnelles, puisque le pharmacien hospitalier est en contact régulier avec les médecins et le personnel infirmier pour informer, réviser, voire corriger les informations recueillies sur le traitement et contribuer ainsi à une meilleure prise en charge du patient.

Le pharmacien de ville : du conseil centré médicaments au service de l'éducation à la santé

Le paradoxe du métier de titulaire d'officine française est qu'il doit allier une double compétence liée à son statut, un commerçant et un professionnel de santé (Reyes, 2013). Sur ce dernier point, la plupart des conseils délivrés par le pharmacien sont classiquement associés aux médicaments, en matière de délivrance, de posologie, d'ordonnance...Dans le cadre de MEDISIS, le pharmacien d'officine intègre une nouvelle forme de prestations de service. En effet, le processus de relation avec le patient est déjà modifié, puisque le contact ne se déroule pas en public, au sein d'une officine et face à un comptoir, mais à

huit clos et en face à face. Par ailleurs, le contenu des échanges est également nouveau, puisque, par-delà les éléments relatifs aux traitements médicamenteux, le pharmacien aborde une démarche de prise de conscience et d'éducation à la santé avec le patient, voire lui transfère des connaissances sur la façon de communiquer avec les autres acteurs de santé. MEDISIS transforme également les activités du pharmacien de ville, notamment parce que cet acteur entre beaucoup plus en contact avec les acteurs hospitaliers, s'occupant du suivi post-hospitalier.

Le patient : du patient passif à l'acteur plus engagé sur sa propre santé

Le patient a longtemps été considéré comme un malade soumis à la hiérarchie médicale et aux traitements, notamment parce que le patient ne maîtrise pas l'ensemble des connaissances liées à sa maladie (Boudier *et al.*, 2012). Le projet MEDISIS contribue à rompre cette passivité du patient, notamment car tout au long de son parcours de soin, le patient est sollicité, informé, formé pour qu'il tienne un rôle plus engagé sur sa propre santé. Les nombreux entretiens avec les acteurs hospitaliers et libéraux, les efforts de vulgarisation engagés par les documents tels que le livret personnalisé permettent aux patients de maîtriser le langage inhérent à son traitement et de mieux informer les acteurs de sa prise en charge. Lorsque le patient n'est pas à même d'intégrer ces éléments, le processus MEDISIS et ses acteurs associent l'entourage social et les aidants dans une même approche, plus active, de l'éducation à la santé.

Les acteurs du contrôle : de la règle à l'action concrète

Plusieurs lois récentes et plans de santé officiels modifient et suggèrent de nouvelles missions pour les pharmaciens hospitaliers, les pharmaciens de ville, et, plus généralement pour l'ensemble des acteurs hospitaliers et libéraux. Avec l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), une nouvelle façon d'appréhender les besoins et le quotidien des patients est également envisagée (HAS, 2014). Ainsi, selon l'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, le pharmacien hospitalier se doit « *de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe*

de soins et en y associant le patient ». Dans ce cadre, la conciliation médicamenteuse, émergente depuis 2010, est fortement encouragée par la HAS. De la même façon, les pharmaciens libéraux se voient également attribués de nouvelles missions, notamment la participation à la coordination des soins, ce qui est inscrit dans le décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Le décret mentionne « *Participer à la coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient dans le respect de son parcours de soins coordonné par le médecin traitant* ». Enfin, l'éducation à la santé est inscrite comme concept clé du le plan de santé 2022, qui préconise la mobilisation d'un ensemble d'activités d'information et d'éducation pour aider les individus à faire des choix favorables à leur santé.

Face à ces considérations, MEDISIS constitue un projet concret, qui atteint les objectifs décrits dans ces documents officiels et qui transforme la règle en un ensemble d'actions plus identifiables et tangibles. Les nouvelles missions suggérées pour les acteurs hospitaliers et libéraux sont ainsi pragmatiquement déployées au sein du projet MEDISIS, puisque les pharmaciens hospitaliers, libéraux et les autres acteurs de santé étendent leurs périmètres d'activités et endossent un nouveau rôle au cours de la démarche.

Malgré cet ensemble de résultats relativement prometteurs, l'étude de cas MEDISIS n'a pu être conduite à son terme, alors que plusieurs perspectives de recherche étaient, d'ores et déjà, imaginées.

3.1.5. Les prolongements envisagés pour MEDISIS

Plusieurs prolongements étaient envisagés pour MEDISIS, au moment de l'interruption de la recherche et de l'évolution de son design. Premièrement, le matériau collecté était seulement constitué par des données secondaires et des notes de recherches issues de l'observation *in vivo* directe.

Confronter ces observations aux discours des acteurs aurait permis d'enrichir les résultats et d'approfondir les perceptions des acteurs sur leur collaboration et sur les apports de

l'innovation MEDISIS, qu'ils soient managériaux ou médicaux. Il était ainsi prévu de concevoir un guide d'entretien, destiné à mieux comprendre les enjeux et les difficultés de la coordination et de la coopération inter-organisationnelle, et conséquemment, identifier des pistes pour répondre au défi du DVH.

Un autre prolongement se situait dans une vision encore plus largement étendue de la collaboration et de la coordination entre acteurs de santé. Jusqu'à présent, MEDISIS était seulement développé sur le site du centre hospitalier de Lunéville. Son inscription au cœur du dispositif de l'article 51, et son allocation de ressources associée, aurait permis un déploiement territorial plus important et sur d'autres structures de différentes tailles.

Une étude approfondie de ce déploiement aurait ainsi permis de mieux identifier et de formaliser les pratiques managériales qui renforcent la coordination inter-organisationnelle et le lien ville hôpital en fonction des typologies d'organisation. Finalement, cette démarche aurait permis, au regard du parcours de la littérature présenté, de mieux appréhender le processus d'adoption et de diffusion de l'IOS, dont la spécificité est d'être inter-organisationnelle.

La démarche n'était pas incantatoire puisque plusieurs réflexions et concertations étaient engagées pour un déploiement plus vaste sur l'ensemble des organisations du Grand Est de la France et du Luxembourg. Plusieurs établissements étaient d'ailleurs identifiés, comme le montre le tableau 23.

Tableau 23 : Projet de diffusion de MEDISIS

Territoires	Capacité d'accueil
CH Lunéville	656
Transfert du processus vers d'autres structures et d'autres territoires	
CHRU de Nancy	1883
SSR Saint-Nicolas-de-Port	55
Badonviller	60
Cirey-sur-Vezouze	81
Blâmont	80

L'élargissement de MEDISIS à d'autres établissements était en attente de validation. Le projet de transfert visait les sites d'Épernay (255 lits), de Colmar Louis Pasteur (190 lits), de Colmar Albert Schweitzer (1039 lits) et de plusieurs établissements situés au Luxembourg.

Autrement dit, MEDISIS aurait pu présenter un intérêt majeur pour l'observation de l'adoption et de la diffusion d'une IOS dans un contexte inter-organisationnel. Cet intérêt était par ailleurs renforcé, puisqu'originellement, l'innovation provenait d'une petite structure pour être déployée vers des structures de taille plus importante, comme le CHRU de Nancy. Finalement, le confinement arrive et interrompt cette recherche. Cette interruption mène à de profondes interrogations et à élaborer des questions proches de celles posées par Glaser et Strauss (1967) puis par Dumez (2013) : « de quoi mon cas est-il le cas ? » ; « de quoi mon cas se compose-t-il ? » ; « que peut produire un cas ? ».

3.2. MEDISIS, une étude de cas révélatrice d'un besoin d'élargissement de la recherche

Cette seconde section appréhende le lien entre cette étude de cas initiale et les questions posées dans cette recherche (3.2.2.). Au préalable, il est important de souligner de quoi MEDISIS est-il le cas (3.2.1.).

3.2.1. MEDISIS, un cas d'expérimentation d'article 51

Comme il a été énoncé à plusieurs reprises, le confinement conduit à réviser intégralement le design de la recherche puisque les hôpitaux ne sont plus accessibles et que le chercheur, lui-même, ne peut plus se déplacer. Comme il a été également indiqué, l'intérêt, pour les sciences de gestion, du projet MEDISIS se situe initialement surtout au niveau de la coordination inter-organisationnelle, de la capacité d'une innovation à contribuer au décloisonnement ville hôpital et dans la trajectoire envisagée de diffusion de l'innovation. Or, le cas MEDISIS n'est pas composé que de ces éléments puisque le projet est également étroitement lié à l'article 51. Effectivement, une lettre d'intention et un cahier des charges ont été constitués depuis décembre 2018 et, au moment du confinement, l'instruction est toujours en cours. Le 6 mars 2020, le chercheur, accompagné de son directeur de thèse, assistent d'ailleurs à une réunion à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Strasbourg. Cette réunion, qui vise l'amélioration du cahier des charges de MEDISIS en vue de l'acceptation du dossier au sein du protocole article 51, débute par un état des lieux des expérimentations de l'article 51. A cette période, les 52èmes et 53èmes projets sont en cours d'autorisation. Le propos introductif présente les sites internet dédiés du ministère et souligne l'ampleur du phénomène article 51. A posteriori, cette réunion constitue un évènement majeur dans le cheminement de cette recherche. Elle contribue effectivement à l'élargissement du spectre du terrain de recherche, qui évolue d'un cas d'expérimentation à l'ensemble du dispositif, même si cette évolution est contrainte. Le cas MEDISIS est un cas du dispositif de l'article 51, qui, théoriquement, constitue un cas d'observation de l'Innovation Organisationnelle en Santé,

de son adoption et de sa diffusion. Les contraintes liées à la crise sanitaire ont ainsi stimulé l'opportunisme méthodique (Girin, 1989) pour consacrer pleinement le temps du confinement à l'étude des données de l'article 51, disponibles et accessibles, contrairement à celles de MEDISIS, qui ne l'étaient plus.

3.2.2. Un cas stimulant pour l'élaboration des questions de recherche

Difficile d'affirmer à posteriori quels sont les éléments qui stimulent la formalisation des questions de recherche. Pour autant, le cas MEDISIS a joué un rôle important pour poser les fondations de la seconde phase de cette recherche doctorale portant sur l'ensemble des IOS de l'article 51. En particulier, les réflexions sur le contenu des IOS, des barrières et des leviers à l'adoption de l'innovation émergent avec l'observation de l'étude de cas MEDISIS.

3.2.2.1. MEDISIS, un cas stimulant pour le développement de connaissances sur le contenu des IOS

Avec l'étude de cas MEDISIS, une prise de conscience de l'importance du développement de connaissances sur le contenu des IOS émerge. Effectivement, les effets attendus de l'innovation organisationnelle, telle qu'elle est entendue en sciences de gestion et telle qu'elle a été décrite au sein du chapitre 1, se situent surtout au niveau de la performance financière et organisationnelle. Or, le temps passé à observer et comprendre le processus MEDISIS montre à quel point ses effets attendus portent sur une autre dimension. Il s'agit, certes, de réduire les coûts de ré-hospitalisation et la dimension pécuniaire est bien présente, mais il s'agit aussi d'éviter les accidents et les incidents liés aux risques iatrogènes, de répondre au défi du décloisonnement, qui constitue un problème majeur du système de santé. Le chercheur, en observant l'ensemble des étapes du projet MEDISIS prend conscience des enjeux de santé vitaux et fondamentaux de cette innovation. Il prend aussi conscience du caractère essentiel de la coordination professionnelle et inter-organisationnelle, qui, dans le cadre des organisations de santé, prend une ampleur peut-être plus essentielle que dans les autres types d'organisation. Autrement dit, l'étude de cas MEDISIS, parce qu'elle est elle-même stimulante par son contenu, encourage le

développement de connaissances sur l'ensemble des innovations organisationnelles de l'article 51, ce qui fera l'objet du chapitre 4 suivant.

3.2.2.2. MEDISIS, un cas stimulant pour le développement de connaissances sur les barrières et les leviers de l'IOS

Parallèlement aux éléments de contenu de l'IOS, le cas MEDISIS stimule également une réflexion sur le besoin de développer des connaissances sur les barrières et les leviers à l'adoption des IOS. Tout d'abord, le chercheur observe que les délais d'instruction du cahier des charges sont particulièrement longs, que les modifications induites sont exigeantes. Ainsi, la réunion du 6 mars 2020 conduit à une révision importante du cahier des charges, lequel doit intégrer de nouvelles données extraites de la littérature, des références chiffrées, une explicitation des critères d'inclusion, mais également de non inclusion de patients.

Ensuite, le chercheur observe que certains partenaires, notamment ceux de structures plus importantes, sont difficiles à convaincre dans la perspective d'une adoption de l'innovation, particulièrement pour des questions de faisabilité. Ainsi, l'encadré 3 développe les notes de recherche prises lors d'une réunion d'adaptation de MEDISIS au CHRU de Nancy. Cette note insiste sur les difficultés d'adaptation, particulièrement pour des questions de taille d'échantillons et de nombres de partenaires.

Encadré 3 : Extrait notes de recherche réunion équipe MEDISIS/CHRU Nancy

Réunion CHRU NANCY Brabois – Mardi 12 Mars 2019

Chaque territoire aura une (des) particularité(s) le but est d'adapter le modèle en fonction de chaque territoire (typologie des structures). Le parcours complet MEDISIS est estimé à 3 heures trente/patient (problème temporel).

Eléments importants relevés :

- **Redondance de l'étape « profilage »** (problème intra organisationnel) : au CHL elle est réalisée par les pharmaciens de l'hôpital, au CHRU cette étape est déjà formalisée par les infirmières.

Décision : fusionner et créer un document collaboratif (pharmacien/infirmier) pour simplification.

But : limiter la superposition des actions.

- **Problématique liée au Système d'Information (SI)** (système limité, problème de croisement des données) : pour le moment, la requête des sorties n'est pas opérationnelle (logiciel qui synthétise et cible les patients proches de la sortie). Cette étape permet de réaliser la lettre de liaison destinée aux professionnels de santé de ville.

Décision : Discipliner les sorties/ réaliser un croisement entre les différents systèmes d'information.

But : fluidifier l'accès aux données.

- **Dispersion de documents de sortie** (problème intra organisationnel) :

Actuellement au CHRU de Nancy le médecin réalise la lettre médicale provisoire (obligation légale) le jour de la sortie du patient et la lettre définitive dans la semaine. La lettre de liaison (regroupant les différents médicaments et les changements dus à l'hospitalisation) réalisée par MEDISIS s'ajoute aux deux éléments précédents.

Décision : agréger les documents, réunir la lettre médicale de sortie et la lettre de liaison en un seul document. Le document sera réalisé en trois volets :

1. La lettre médicale provisoire du médecin ;
2. La lettre de liaison (médicaments et évolutions de ces derniers) ;

3. Lettre de signalement : pour les patients plus complexes avec des problématiques spécifiques (perte d'autonomie...)
But : améliorer le suivi et limiter l'absence de rupture hôpital-ville, synthétiser les éléments.

- **Population cible trop élargie** (problème structurel) : la population cible du CH de Lunéville est basée sur les personnes âgées de + de 65 ans polypathologiques et polymédiquées. Critères non-réalisables sur le CHRU de Nancy car le nombre de patients traités seraient beaucoup trop important. Au CHRU, le nombre d'hospitalisation des patients de + de 75 ans = 13 000 patients/ an (Hospitalisations passant par les urgences : 5786 patients/ an ; Hospitalisations programmées: 7917 patients /an).

Décision : Réviser la population cible et la fixer aux + de 75 ans (uniquement les patients passant par les urgences), le suivi sera effectué par l'équipe mobile de gériatrie (EMG).

But : cibler la population en adéquation avec le parcours MEDISIS.

- **Difficultés de mettre en place les séances d'ATP de ville** (problème inter organisationnel) : le CH de Lunéville a créé un réseau de pharmaciens (40 pharmaciens ciblés dont 15 formés actuellement) pour réaliser des séances de suivi après la sortie (trois séances : à 7, 14 et 21 jours). Le CHRU de Nancy soulève l'impossibilité de pouvoir mettre en œuvre cette démarche. En effet, le nombre de pharmacies présentes sur le territoire est beaucoup trop étendu.

Décisions globales :

- Cibler les patients dont les séjours se situent entre 5 et 6 jours (plus facilitant pour réaliser les différentes actions) ;
 - Commencer dans les services où les acteurs sont plus souples (moins de résistance au changement) ;
 - Faire une étude pilote sur trois mois : réaliser une sélection aléatoire pour limiter les groupes et comparer les patients avec le processus MEDISIS et sans le processus MEDISIS afin de mesurer les impacts sur la ré-hospitalisation ;
 - Faire valider l'ensemble de ces éléments par le CME et la direction avant de les mettre en œuvre.
-

A l'opposé de ces difficultés, l'étude de cas MEDISIS indique également l'existence d'éléments facilitant l'adoption de l'innovation. Le chercheur participe, le 22 février 2019, à une réunion de formation des pharmaciens de ville, qui se montrent particulièrement impliqués à l'idée de développer de nouvelles compétences. Dans une même veine, le chercheur observe, à l'occasion de la réunion du 6 mars 2020, que si les référents institutionnels de l'article 51 sont exigeants à propos de la rédaction du cahier des charges, ils montrent également une volonté affirmée d'accompagnement des porteurs de projet.

Enfin, l'étude de cas MEDISIS, présentée de façon hétéroclite parce qu'abrégée, a permis de poser les fondations empiriques et théoriques de cette recherche. D'un point de vue empirique, elle a permis une prise de conscience de l'intérêt d'appréhender le dispositif de l'article 51 dans toutes ses expérimentations. D'un point de vue théorique, elle a mis en lumière l'importance de mieux mettre au jour le contenu, les barrières et les leviers de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS).

Conclusion

Ce premier chapitre de résultats présente une étude de cas, MEDISIS, qui devait constituer le cœur de cette recherche doctorale, avant que ne surgisse la crise de la Covid-19.

Le premier temps de ce chapitre montre comment cette IOS contribue au décroisement ville-hôpital, en faisant collaborer plusieurs professionnels de santé sur le parcours du patient et dans la perspective d'améliorer la conciliation médicamenteuse. Malheureusement, ces résultats ne peuvent être approfondis, puisque l'étude de cas est abrégée par le contexte, alors que plusieurs prolongements étaient envisagés, notamment une étude de la diffusion de MEDISIS auprès d'autres établissements, de structure et de taille différente.

En dépit des contraintes et de l'amertume liées à l'impossibilité de prolonger cette recherche, MEDISIS demeure une étape importante pour le cheminement de ce travail doctoral. Alors que, préalablement, MEDISIS était un cas plutôt centré sur la coordination inter-organisationnelle et le décroisement, la réflexion conduit à l'observer comme un simple cas d'expérimentation du dispositif article 51 et, par conséquent, à élargir la recherche à l'ensemble des IOS de l'article 51.

En faisant référence aux réflexions de Dumez (2013) sur ce qu'est un cas et sur ce qu'on peut en attendre, le cas de MEDISIS devient ainsi un cas empirique des expérimentations de l'article 51, qui constituent également des cas, dont la nature et le volet théoriques portent sur l'innovation organisationnelle en santé, sa genèse et ses phénomènes générateurs, les barrières et les leviers à son adoption.

Dans ce cadre, MEDISIS constitue un élément moteur dans l'étape de formalisation des questions de cette recherche. Tout d'abord pour le contenu de l'innovation. MEDISIS contribue à une prise de conscience selon laquelle les éléments constitutifs des IOS, en raison de leurs enjeux vitaux, pour les patients, et fondamentaux, pour les organisations et les systèmes de santé, méritent d'être approfondis. Ensuite, des barrières et des leviers à l'IOS sont déjà observées grâce au cas MEDISIS. En particulier, l'adaptation d'une

innovation générée par une petite structure semble complexe pour une plus grande structure.

Ces réflexions mènent à considérer le cas MEDISIS comme un point de départ et un élément catalyseur de cette recherche doctorale, révélateur du besoin d'approfondir l'ensemble des IOS de l'article 51, tant pour leur contenu, leur genèse que pour leurs barrières et leviers.

Le chapitre suivant poursuit précisément cet objectif. Il étend l'analyse à l'ensemble des cas d'innovations de l'article 51 et vise à mettre au jour les éléments constitutifs des IOS expérimentées dans le cadre du dispositif.

Chapitre 4

Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) expérimentées dans le cadre de l'article 51

Introduction

La revue de littérature montre que l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) fait face à des défis importants tels qu'un nombre croissant de patients, des risques iatrogènes, un besoin d'amélioration des soins et de la qualité de vie des patients (Omachonu et Einspruch, 2010 ; Thakur *et al.*, 2012). Les innovations organisationnelles répondent également à des évolutions managériales fondamentales, telles que les logiques de parcours, qui sont concrètement inscrites dans les directives et les rapports de santé gouvernementaux. Face à ces enjeux cruciaux, la dynamique des recherches sur l'IOS s'accroît, comme le souligne les thématiques développées dans plusieurs congrès internationaux (ARAMOS 2020 ; EHMA, 2020 ; ICHSM 2020). Plusieurs pistes de recherches se dessinent et, notamment, le besoin de mieux conceptualiser les IOS, qui souffrent, jusqu'à présent, d'une connaissance plutôt hyperspécialisée et fragmentée (Omachonu et Einspruch, 2010 ; Cutler, 2011 ; Thakur *et al.*, 2012 ; Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013 ; Moreira et al., 2017 ; Institut Montaigne, 2018). En effet, les connaissances sur les IOS demeurent souvent très fortement contextualisées, notamment parce qu'il existe aussi, sur le terrain des organisations de santé, une prolifération d'IOS qui émergent. Pour plusieurs auteurs, il est donc essentiel de développer les connaissances sur le contenu des IOS, cet exercice devant permettre de faciliter la tâche des praticiens, voire de générer un effet de catalyse de l'innovation dans les organisations de santé (Omachonu et Einspruch, 2010 ; Bourgueil, 2017). Le parcours de littérature propre à l'innovation a montré qu'une innovation est constituée, peut-être avant toute autre chose, par un problème, un besoin, une opportunité, pour lesquels une solution est engagée (Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017).

Comme il a déjà été souligné en amont, l'article 51 procure un terrain de recherche idéal pour mieux comprendre les éléments constitutifs des IOS. Non seulement le dispositif rassemble un nombre important d'expérimentations, mais celles-ci se distinguent également par leur diversité, faisant de l'article 51 un panel particulièrement représentatif de l'innovation, telle qu'elle se décide et s'implémente actuellement dans les organisations de santé. Dans ce contexte, ce chapitre a pour objectif de préciser les

éléments constitutifs des IOS expérimentées dans le cadre de l'article 51. Il s'agit ainsi de mieux comprendre quels sont les besoins, les problèmes identifiés et leurs principales composantes, mais également de comprendre quelles solutions sont proposées, avec quels acteurs, dans quels contextes. D'un point de vue méthodologique, il s'appuie principalement sur l'analyse des données secondaires, les cahiers des charges des expérimentations de l'article 51 et les avis du CTIS. Lorsque le terme porteur de projet est évoqué au sein de ce chapitre, celui-ci ne correspond donc pas aux personnes interviewées, mais bien à la personne ou aux groupes de personnes qui ont rédigé et proposé un cahier des charges. Cette appellation de porteur de projet, en tant que rédacteur de cahier des charges, est, par ailleurs, retenue par le CTIS. La première sous-section de ce chapitre s'appuie sur la phase méthodologique de condensation des données pour présenter une synthèse du contenu des IOS. Cette synthèse n'a pas d'autres objectifs que de présenter une brève description de l'ensemble des projets étudiés, et, par conséquent du couple problèmes/solutions identifié (4.1.). Ensuite, une approche plus analytique, conduite à partir des 96 matrices élaborées, est proposée sur les problèmes relatifs à l'organisation des soins, tels qu'ils sont appréhendés par les porteurs de projet, dans la rédaction de leur cahier des charges. Cette section montre à quels défis du système, et des organisations de santé, les IOS de l'article 51, s'adressent (4.2.). Dans un troisième temps, l'analyse est poursuivie au niveau des problématiques de santé, notamment en appréhendant la distribution des IOS par problématiques de santé adressées, c'est-à-dire, concrètement, les pathologies visées (4.3.). Ce troisième temps est complété par une quatrième approche qui associe cette fois, les profils de patients et les problématiques de santé adressées (4.4.). Dans une cinquième étape, l'analyse est conduite auprès des acteurs impliqués dans les innovations observées. Cette étape est complétée par une observation des interactions et des lieux d'action des différents acteurs dans le parcours de soins des patients (4.6.). Une septième étape porte sur les éléments connexes au contenu des IOS, notamment sur leurs effets attendus (4.7.). L'ensemble de ces résultats permet de proposer, dans une dernière sous-section, une conceptualisation intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'innovation organisationnelle en santé, qui souligne sa complexité (4.8.).

4.1. Synthèse du contenu des IOS

Le travail de condensation des données secondaires permet de proposer une lecture globale des 96 projets analysés, tout d'abord via les matrices élaborées, telles qu'elles ont été présentées dans la partie méthodologie de ce travail doctoral. Ces dernières font l'objet d'une seconde approche de réduction, qui propose un résumé du contenu des IOS. Un extrait de cette synthèse est présenté ci-dessous, les autres éléments étant présentés dans l'annexe 2. Les résumés sont classés par ordre chronologique d'acceptation du CTIS. Ils présentent le couple problèmes/solutions des IOS de l'article 51.

Tableau 24 : Extrait de la synthèse des différents projets de l'article 51 montrant le couple problèmes/solutions des IOS

Num éro	Problèmes rencontrés	Expérimentations (Solutions proposées)	Avis CTIS
1	Croissance des besoins ; manque de disponibilité de spécialistes ; ré-hospitalisations élevées	DiVa - Dijon Vascular Project - suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52 Mettre en place une organisation de suivi intensif des patients victimes d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde par des équipes mixtes, composées de professionnels hospitaliers (cardiologues, neurologues, pharmaciens et infirmiers) et de professionnels exerçant en ville (médecins, pharmaciens et infirmiers). Protocole de prise en charge normé : 18 à 19 séances ou consultations par une équipe pluridisciplinaire : consultations infirmières (6 par des professionnels de ville et 5 par des professionnels hospitaliers), d'entretiens par un pharmacien (2 par un pharmacien d'officine et 2 par un pharmacien hospitalier), de 3 consultations par un cardiologue hospitalier et d'une consultation par un cardiologue libéral ou hospitalier.	15/11/2018
2	Prévalence de l'obésité dans la région concernée (taux supérieur à la moyenne nationale) ; Croissance de la chirurgie bariatrique ; Inégalités et disparités dans les prises en charge	EMNO - Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon Améliorer la coordination des soins (coordination entre le Centre de soins Obésité (CSO), l'Espace Médical Nutrition et Obésité (EMNO) et les professionnels libéraux) pour améliorer la prise en charge du patient obèse. L'organisation propose l'accès à une équipe pluridisciplinaire dans une unité de lieux, un accompagnement médico éducatif renforcé par une plateforme pédagogique et la prise en charge de prestations non remboursées actuellement par l'AM (métiers supports : IDE d'éducation thérapeutique, psychologue et diététicien).	13/12/2018
3	Peu de prises en compte de l'hygiène dentaire ; difficultés de déplacement et aggravation de l'état de santé ; complications coûteuses pour l'AM	SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme Coordonner les acteurs (EHPAD-Ville) et mettre en place un service mobile buccodentaire. Intégrer la prévention avec la réalisation d'actes de télédiagnostics et les soins, avec une intervention en EHPAD des chirurgiens-dentistes, soit avec une camionnette aménagée, soit avec des mallettes de matériel dentaire portatives.	25/04/2019
4	Peu de prises en compte de l'hygiène dentaire et le personnel en EHPAD manque d'informations/formation sur l'importance de l'hygiène dentaire.	UFSBD - Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées Structurer un programme de prévention de la santé bucco-dentaire en EHPAD avec l'utilisation d'un dispositif associant matériel d'imagerie et de télésurveillance afin d'intégrer le suivi bucco-dentaire des résidents dans leurs protocoles de soins et d'éviter la rupture du lien avec les chirurgiens-dentistes traitants. Dépister et diagnostiquer via le système d'imagerie et de télésurveillance (application smartphone qui permet de prendre des scans de la bouche des résidents) et organiser des soins avec les dentistes de ville.	06/05/2019
5	Population vulnérable avec des besoins spécifiques ; surreprésentation de handicap ; problématiques	Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés Coordonner le parcours de soins des enfants et adolescents faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance. Inclure une prise	22/05/2019

Chapitre 4. Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé expérimentées dans le cadre de l'article 51

	de santé mentale ; difficulté d'accès aux soins ; soins non pris en charge par la sécurité sociale	<i>en charge somatique et psychique précoce. Structurer un suivi médical régulier autour de la réalisation de l'évaluation médicale et psychologique par la coordination des acteurs des champs sanitaires, médico-social et social.</i>	
6	Progression constante du diabète gestationnel ; consultations non nécessaires et hospitalisations inutiles ; télésurveillance non prise en charge ; inégalités géographiques de prise en charge	Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel- ex My DIABBY <i>Introduire la télésurveillance dans la prise en charge spécialisée du diabète gestationnel. Combiner des soins en présentiel et des soins à distance (par télésurveillance) pour les patientes atteintes de diabète gestationnel. Les patientes sont incluses dans une démarche d'éducation à leur santé (ETP) et elles sont également formées au fonctionnement du système de télésurveillance (formations réalisées par la société).</i>	11/06/2019
7	Peu de dépistages des patients éloignés du système de soins.	DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque <i>Mettre en œuvre un dépistage de proximité de l'hépatite C par test rapide TROD en pharmacies d'officine, à l'intention de personnes identifiées par un court questionnaire sur l'existence d'un ou plusieurs facteurs de risque : antécédents de transfusion, d'usage de drogues même unique par voie nasale ou parentérale, tatouages, incarcération etc...Coordination entre les pharmacies d'officine au plus près de la population ciblée (Questionnaire et test TROD) et une équipe mobile hépatite hospitalière (formation TROD auprès des pharmaciens et prise en charge des patients testés positif TROD)</i>	18/06/2019
8	Peu de dépistages des patients éloignés du système de soins.	Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables <i>Mettre en place une équipe mobile hépatite hospitalière (une équipe pluriprofessionnelle) pour réaliser, en une séance unique de 5h, le dépistage, le bilan et l'initiation du traitement de l'hépatite C auprès des populations vulnérables. Une équipe mobile du centre hospitalier (multi-acteurs) agit directement auprès des populations vulnérables auprès de différentes structures afin de débiter au plus tôt la prise en charge des patients à plus fort risque de transmission (camping-car aménagé).</i>	18/06/2019
9	Croissance d'arrivées de personnes migrantes primo-arrivantes ; surcharge des structures médicales initialement prévues et barrières langagières des médecins de ville.	Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne <i>Structurer le premier accueil santé des migrants pour un égal accès aux soins avec un 1er bilan de santé réalisé au cours d'une consultation longue en langue « maternelle ». Organisation comprenant deux consultations longues par an avec le médecin, les prestations d'interprétariat professionnel (en présentiel ou à distance), la coordination médicale et administrative, la formation des professionnels.</i>	18/06/2019

Les résumés produits des 96 IOS permettent d'observer, au-delà du nombre important des IOS validées, que les contenus sont riches et diversifiés. Cette approche ne vise qu'à compléter la description du terrain de recherche et à mettre à la disposition du lecteur une brève description des différents projets étudiés, en insistant sur les composantes principales de l'innovation, les problèmes rencontrés et les solutions envisagées (Damanpour et Wischnevsky, 2006). Une approche complémentaire, conduite cette fois à l'aide des 96 matrices élaborées, à partir de nombreux allers-retours entre ces matrices, le contenu des cahiers des charges et les avis CTIS permet de proposer plusieurs analyses. En premier lieu, cette analyse porte sur les problèmes qui sont relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé.

4.2. Une observation des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé

Le premier temps de cette sous-section montre la démarche permettant d'analyser le contenu des différents problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé, tels qu'ils sont soulevés, par les porteurs de projet, dans la rédaction de leur cahier des charges. Cette approche permet également d'observer la fréquence des problèmes soulevés (4.2.1.). Dans un second temps, les problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé sont illustrés, à partir d'extraits des cahiers des charges (4.2.2.).

4.2.1. Éléments constitutifs des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé

Chaque problème relatif à l'organisation des soins et aux défis du système de santé, au sein des 96 expérimentations de l'article 51, est encodé selon le procédé développé dans le tableau 25. Les annexes présentent l'ensemble de la démarche de codage des 96 expérimentations (Annexe 3).

12 catégories de problèmes apparaissent, de façon non mutuellement exclusive, dans le contenu des cahiers des charges et des avis du CTIS : la croissance des besoins et des actes (1) ; les hospitalisations/ré-hospitalisations/décès (2) ; les inégalités

territoriales/sociales d'accès aux soins (3) ; la diminution du nombre de médecins/de spécialistes/désertification médicale et manque de disponibilité médicale (4) ; absence/peu de prises en charge des patients ou redondance des actes (5) ; vieillissement de la population (6) ; déficit d'informations/de coordination et/ou de formation des professionnels (7) ; coût social important de l'Assurance Maladie (AM) (8) ; soins des patients non-pris en charge par l'AM (9) ; inégalités et disparités dans les prises en charge (10) ; temps médical et/ou pratiques professionnelles non-prises en charge par l'AM (11) ; difficultés de déplacement des patients/transports sanitaires (12).

Ces 12 catégories sont identifiées grâce à une pratique de codage ouvert, réalisée à partir des éléments relevés dans la première rubrique du cahier des charges, qui s'intitule « *Objet et finalité du projet d'expérimentation/Enjeu de l'expérimentation* ». Cette rubrique insistant sur les défis du système et des organisations de santé, le codage demeure ouvert parce que c'est le chercheur qui propose des catégories sans liste de codes établis (Miles et Huberman, 2010). Pour autant, ce codage respecte également fidèlement les éléments, tels qu'ils sont relevés et indiqués par les porteurs de projet, rédacteurs des cahiers des charges.

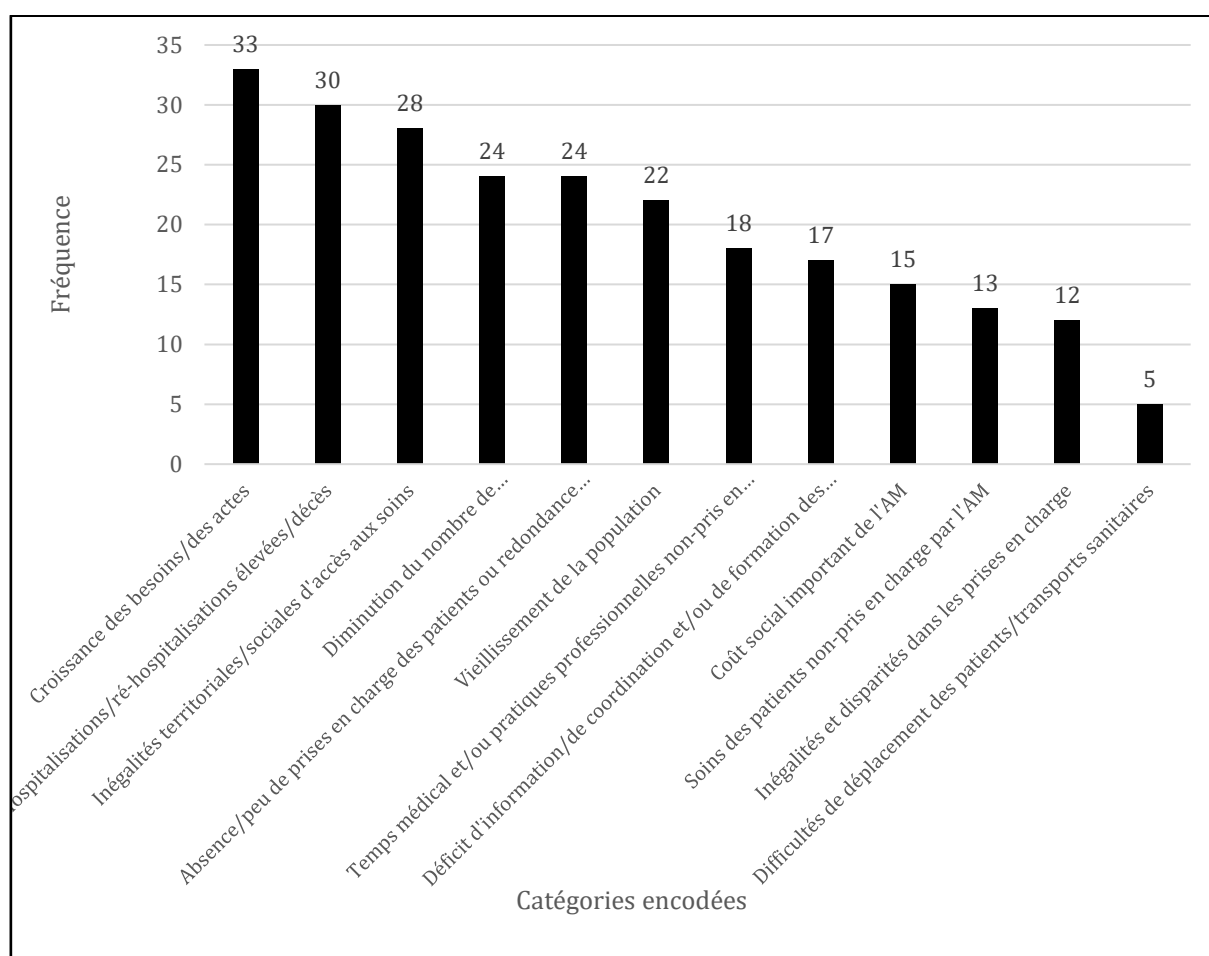
Chapitre 4. Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé expérimentées dans le cadre de l'article 51

Tableau 25 : Extrait du tableau de codage des problèmes relatifs à l'organisation des soins et des défis du système et des organisations de santé

Numéro	Problématiques liées au système de santé rencontrées	Catégories des problèmes relatifs à l'organisation des soins/défis du système de santé				
1	Croissance des besoins ; manque de disponibilité de spécialistes ; ré-hospitalisations élevées	Croissance des besoins/ des actes	Hospitalisations/ré-hospitalisations élevées/ décès	Diminution du nombre de médecins/spécialistes/ désertification médicale/ manque de disponibilité médicale		
2	Prévalence de l'obésité dans la région concernée (taux supérieur à la moyenne nationale) ; Croissance de la chirurgie bariatrique ; Inégalités et disparités dans les prises en charge	Croissance des besoins/ des actes	Inégalités et disparités dans les prises en charge			
3	Peu de prises en compte de l'hygiène dentaire ; difficultés de déplacement et aggravation de l'état de santé ; complications coûteuses pour l'AM	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes	Difficultés de déplacement des patients/ Transports sanitaires	Coût social important de l'AM		
4	Peu de prises en compte de l'hygiène dentaire et le personnel en EHPAD manque d'informations/formation sur l'importance de l'hygiène dentaire.	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes	Déficit d'information/ de coordination et/ou de formation des professionnels			
5	Population vulnérable avec des besoins spécifiques ; surreprésentation de handicap ; problématiques de santé mentale ; difficulté d'accès aux soins ; soins non pris en charge par la sécurité sociale	Inégalités territoriales/ sociales d'accès aux soins	Soins non pris en charge par l'AM			
6	Progression constante du diabète gestationnel ; consultations non nécessaires et hospitalisations inutiles ; télésurveillance non prise en charge ; inégalités géographiques de prise en charge	Croissance des besoins/ des actes	Temps médical et/ou pratiques professionnelles non pris en charge par l'AM	Hospitalisations/ré-hospitalisations élevées/ décès	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes	Inégalités territoriales/ sociales et d'accès aux soins
7	Peu de dépistages des patients éloignés du système de soins.	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes				
8	Peu de dépistages des patients éloignés du système de soins.	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes				
9	Croissance d'arrivées de personnes migrantes primo-arrivantes ; surcharge des structures médicales initialement prévues et barrières langagières des médecins de ville.	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes	Déficit d'information/ de coordination et/ou de formation des professionnels	Diminution du nombre de médecins/spécialistes/ désertification médicale/ manque de disponibilité médicale		
10	Les personnes à risque de développer une plaie en établissement de santé ou à domicile sont les personnes fragiles, polypathologiques dont l'âge moyen est de 71 ans	Vieillesse de la population				
11	Paieement à l'acte ; redondance des actes et pas de prise en compte du temps nécessaire à l'éducation thérapeutique du patient et à la coordination.	Temps médical et/ou pratiques professionnelles non pris en charge par l'AM	Déficit d'information/ de coordination et/ou de formation des professionnels	Absence/ peu de prise en charge des patients ou redondance des actes		

La démarche d'interprétation et de catégorisation des problèmes relatifs à l'organisation des soins permet de souligner les problèmes et les défis qui apparaissent comme les plus importants. La représentation ci-dessous offre une vision plus claire et par répartition de ces problèmes et défis, tels qu'ils sont identifiés, par les porteurs de projet, dans la rédaction de leur cahier des charges.

Figure 8 : Répartition des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système et des organisations de santé



Cette représentation permet d'observer une répartition des problématiques soulevées par les porteurs de projet. La croissance des besoins et des actes (33) est souvent mentionnée. Parallèlement, le vieillissement de la population (22) est également fortement mis en évidence, ainsi que, plus globalement, la croissance des pathologies (les cancers, le diabète, le surpoids et l'obésité...). L'ensemble de ces éléments peut être mis en

perspective avec les hospitalisations, des ré-hospitalisations voire, les décès (30), qui sont également fréquemment cités. Enfin, le coût social supporté l'Assurance Maladie est mis au jour par les porteurs de projet (15).

4.2.2. Illustration des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé

Plusieurs catégories identifiées sont illustrées à partir d'extraits des cahiers des charges. Chacune des douze catégories n'est pas décrite de façon indépendante puisque les porteurs de projet, dans la rédaction de leur cahier des charges, proposent des regroupements, à partir de problèmes qu'ils considèrent comme étroitement liés. Quatre éléments sont ainsi développés : Croissance des besoins et raréfaction des ressources, Inégalités sociales, territoriales et soins non pris en charge par l'AM, Déficit d'informations/de coordination et/ou de formation des professionnels de santé, Temps médical et/ou pratiques professionnelles non prises en charge par l'AM.

Croissance des besoins et raréfaction des ressources

Paradoxalement à une croissance des besoins de prise en charge, les porteurs de projets soulèvent fréquemment la problématique de l'offre. Celle-ci s'explique par la diminution du nombre de médecins, de spécialistes, et, par les phénomènes de désertification et de manque de disponibilité médicale. En complément, les cahiers des charges des expérimentations 39, 56, 84, indiquent également un changement de paradigme chez les jeunes médecins, qui souhaitent trouver un équilibre plus prononcé entre vie privée et vie professionnelle, qui se traduit par une volonté de travailler de manière plus coordonnée. Les extraits des cahiers des charges suivants montrent ce changement de paradigme.

Tableau 26 : Raréfaction des ressources exprimée dans les cahiers des charges

Numéro et nom de l'expérimentation	Extrait du cahier des charges
39. IPSO - Contrat médecin traitant renforcé en Ile de France	<i>« Le système n'est aujourd'hui plus perçu comme suffisamment attractif pour les jeunes générations de professionnels, qui considèrent que les modalités de pratiques ne correspondent plus à leurs aspirations [...] Actuellement, moins de 11% des internes en médecine générale choisissent la voie de l'installation en ambulatoire à la sortie de leurs études » (page 12) »</i>

56. PRIMORDIAL - Les soins primaires c'est Primordial	« Impact attendu pour les professionnels de santé : à court et moyen terme, une plus grande attractivité via une meilleure qualité de vie au travail : exercice coordonné pluridisciplinaire, environnement collaboratif et convivial, temps de travail modulable (page 8) »
84. REMIDOM - Réseau Médecin - Infirmier à DOMicile - PDL	« Sur le plan national, comme sur le plan local, la densité des médecins généralistes libéraux diminue et cela s'aggrave d'année en année, en raison du vieillissement des médecins et du changement des pratiques des nouveaux installés (page 9) »

Inégalités territoriales et sociales et soins non-pris en charge par l'assurance maladie

Les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins sont souvent associées, par les porteurs de projet au sein de leur cahier des charges, aux soins des patients non pris en charge par l'AM. Le tableau 27 souligne ces éléments. A la suite du tableau, sont présentées, dans un premier temps, la question des inégalités sociales, avant d'approcher, dans un second temps, celle des inégalités territoriales.

Tableau 27 : Inégalités territoriales et sociales et soins non-pris en charge

Numéro et nom de l'expérimentation	Extrait du cahier des charges
45. TLSA Occitanie - Expérimentation relative aux Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TLSA)	« L'absence de financement des actes non pris en charge par l'assurance maladie majeure les inégalités socio culturelles et économiques avec un retentissement sur toute la vie (page 3) »
65. PROXOB - Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'Obésité infanto-juvénile	« Même si la prévalence semble s'être stabilisée, de grandes disparités subsistent notamment en fonction du lieu de vie et du statut socio-économique des parents (inégalités sociales et territoriales de santé) [...] le caractère innovant du projet réside dans : Le financement par des psychologues et professionnels de la parentalité, de manière dérogatoire par rapport aux règles actuelles, permettant à ces prises en charge de rester gratuites pour la personne accompagnée, favorisant la réduction des inégalités sociales de santé » (pages 12 et 14)
81. TIMEO - Traitement Innovant Multi Evaluations de l'Obésité	« En région Centre-Val de Loire, le pourcentage de personnes touchées passe de 10% en 1997 à 17% en 2012, ce qui fait de notre territoire une zone particulièrement à risque, au-dessus de la moyenne nationale [...] L'obésité est une maladie complexe nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels. Or, à ce jour, les prises en charge de ville des psychologues, diététiciens et enseignants en activités physiques adaptées ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie, bien qu'essentielles pour le patient » (page 15)

<p>82. PRÉCIDIVE – Prévention de la récurrence de la maladie chronique sévère par un changement de l'alimentation et de l'activité physique</p>	<p>« Des maladies chroniques susceptibles d'entrer en rémission mais avec un haut risque de récurrence, pourrait voir ce risque de récurrence réduit par un changement des habitudes de vie, concernant l'activité physique, l'alimentation, et éventuellement la perte de poids, ainsi que la consommation de tabac [...] La prise en charge de ces changements des habitudes de vie par des professionnels experts n'existe pas dans le droit commun, de même qu'un projet de prévention du risque de récurrence n'est pas financé » (page 5)</p>
--	---

Les inégalités sociales d'accès, qui sont reliées, par les porteurs de projet, à la non-prise en charge des actes de professionnels de santé touchent, entre autres : les problèmes d'obésité et de surpoids, les problèmes cardio-vasculaires, les problèmes post-cancer, les maladies et les troubles psychiques. Ces pathologies, nécessitent, la plupart du temps, de faire appel à des professionnels de santé dont le reste à charge impacte la situation économique des patients : diététicien, psychologue, enseignant APA... Ces éléments sont soulignés, par exemple, au sein du cahier des charges de l'IOS 81.

Outre les pathologies qui peuvent être sources d'inégalités d'accès aux soins, les porteurs de projet identifient également des problèmes touchant des populations spécifiques, comme les migrants. Les mouvements de population sur le territoire font apparaître deux problématiques qui sont identifiées par les porteurs de projet. D'une part, les populations migrantes ont peu accès au système de soins et/ou ont peu de connaissances sur les rouages du système de soins français et, d'autre part, les professionnels de santé se sentent démunis pour pouvoir les soigner, n'ayant pas d'antécédents des soins et se retrouvant confrontés à des barrières langagières. Deux exemples illustrent ces éléments :

« Les freins dans l'accueil des personnes en situation de précarité par les professionnels de santé répertoriés sont : la barrière de la langue, la méconnaissance du public (conditions de vie et culture) [...] consultation trop courte par rapport aux besoins, à la traduction et à la complexité des situations, des difficultés à recueillir les prises en charges médicales antérieures » (IOS N° 58, pages 3, 5 et 8) ;

« Face à l'augmentation progressive ces 4 dernières années d'arrivées de personnes migrantes en Bretagne, les professionnels de santé et du social sont de plus en plus confrontés à des difficultés pour accompagner ce public en matière de santé (IOS N°9, pages 4).

Les inégalités territoriales, quant à elles, correspondent à une disparité de l'offre de soins sur le territoire. Les inégalités territoriales impactent les déplacements et le recours aux transports sanitaires et créent un phénomène de renoncement aux soins lié à l'éloignement des patients par rapport aux lieux de soins. Ces problématiques motivent, dans les expérimentations, l'usage de pratiques de télémédecine, qui seront détaillées plus précisément dans les pages suivantes.

Déficit d'informations/de coordination et/ou de formation des professionnels de santé

Les porteurs de projet associent le déficit d'informations, de formation et de coordination dans la rédaction de leur cahier des charges. Ces éléments sont relativement fréquemment soulevés. Quelques extraits sont proposés dans le tableau ci-dessous pour illustrer cette catégorie (Tableau 28).

Tableau 28 : Déficit d'informations/de coordination et/ou de formation des professionnels de santé

Numéro et nom de l'expérimentation	Extrait du cahier des charges
<p>4. UFSBD - Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées</p>	<p>« Or, actuellement, la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire et le suivi des indicateurs de santé bucco-dentaires sont rarement mis en place par le personnel soignant et aidant des EHPAD. Si la problématique du manque de temps est souvent mise en avant, force est de constater que le personnel manque d'informations sur l'importance de la santé bucco-dentaire pour une bonne santé générale et de connaissances en termes de savoir-faire et de savoir-être pour pratiquer les bons gestes et les faire accepter par les résidents » (page 2)</p>
<p>29. IATROPREV - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France</p>	<p>« Les personnes âgées sont les plus exposées au risque iatrogène du fait d'une polypathologie et d'une polymédication fréquentes [...] Cependant, le risque iatrogène n'est pas uniquement lié aux caractéristiques des patients : il dépend également de l'organisation structurelle des soins portés au patient, et notamment de la qualité de la transmission d'information entre les professionnels de santé [...] » (page 7)</p>
<p>78. URGENCES DENTAIRES - Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU centre 15 - dimanche et jours fériés (plusieurs régions sont</p>	<p>« La régulation des urgences dentaires est assurée par des médecins auprès du centre SAMU-15 se résumant souvent à indiquer au patient les coordonnées du cabinet dentaire de garde dans son secteur géographique. En conséquence, le cabinet de garde reçoit des patients qui ne nécessitaient pas spécifiquement des soins dentaires en urgence, mais simplement un conseil. Ces</p>

Chapitre 4. Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé expérimentées dans le cadre de l'article 51

<p>concernées par l'expérimentation)</p>	<p><i>patients se rendant de manière inopportune dans le cabinet dentaire de garde deviennent une source de saturation de la garde et de tensions entre patients et professionnel. De plus, l'absence de régulation induit un déséquilibre d'activité entre les secteurs de garde dans le département, avec des cabinets en suractivité, et d'autres en sous-activité » (page 8)</i></p>
<p>79. AKO@DOM/PICTO - Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie dans la région Grand Est</p>	<p><i>« Les nouveaux traitements anticancéreux à domicile soulèvent de nombreux défis dans la prise en charge : [...] une coordination ville-hôpital sous optimale ; des professionnels de santé de ville dans leur ensemble peu formés aux nouvelles thérapies et au suivi en oncologie ; une interopérabilité entre les systèmes d'information ne permettant le partage d'informations » (page 12)</i></p>
<p>82. LYMPHORAC 51</p>	<p><i>« Le lymphœdème est une affection mal connue des médecins généralistes, mal détecté par les soignants de premiers recours et qui a souffert d'une solide réputation d'incurabilité plutôt que sa reconnaissance pour ce qu'elle est, une affection chronique dont les complications peuvent être prévenues [...] Difficultés pour les professionnels : [...] l'absence de coordination et d'interaction/formation intégrées avec les centres experts » (Pages 9 et 12)</i></p>

Plusieurs éléments sont importants à soulever à propos du triptyque informations/formation/coordination. En premier lieu, la coordination est inhérente aux projets de l'article 51, puisque c'est un des critères d'éligibilité des projets. Ensuite, la coordination des professionnels est considérée par les porteurs eux-mêmes comme un élément fondamental et un objectif à atteindre pour une amélioration de la prise en charge des patients. Dans le cadre du projet 78, la problématique identifiée porte sur l'orientation des patients par le SAMU et c'est bien la coordination des professionnels qui constitue le cœur de la solution pour éviter un déséquilibre entre les différents cabinets de garde, la sous-activité pour les uns, d'un côté, la saturation pour les autres, d'un autre côté. En dépit de cette importance et de l'inscription du critère de coordination au centre du dispositif de l'article 51, les porteurs de projet insistent néanmoins encore sur l'importance de renforcer cette coordination. Le décloisonnement des acteurs de santé ville-hôpital en vue d'un renforcement de la continuité et de la sécurité des soins du patient est constitutif de plusieurs expérimentations. Il reste que certaines limites à la mise en œuvre concrète de cette coordination ville-hôpital sont mentionnées par les porteurs de projet. Ainsi, le porteur de l'expérimentation 79 identifie : « une interopérabilité entre les systèmes d'information ne permettant pas le partage

d'informations ». Cette problématique d'échange d'informations entre professionnels de santé ville-hôpital, liée au système d'information complexifie la tâche des acteurs de santé, ce qui fera l'objet de développements futurs, notamment dans le chapitre relatif aux barrières à l'innovation organisationnelle en santé.

Outre les éléments portant sur la coordination, le manque d'information et de formation est également souligné par les porteurs de projet : « *Force est de constater que le personnel manque d'informations sur l'importance de la santé bucco-dentaire pour une bonne santé générale et de connaissances* » (IOS N°4). Ce manque d'information et de formation peut générer une augmentation des coûts pour l'AM : « *Les nouveaux traitements anticancéreux à domicile soulèvent de nombreux défis dans la prise en charge : une moindre observance sur ce type de traitement entraînant une baisse d'efficacité et une perte de chance [...] de nombreux effets indésirables liés aux thérapies entraînant des ruptures des soins et des hospitalisations supplémentaires et une augmentation des coûts* » (IOS N° 79).

Ces extraits insistent sur une forte prise en compte, par les porteurs de projet et dans le contenu des innovations, du besoin de mieux informer et de mieux former l'ensemble des acteurs de santé dans la prise en charge du parcours des patients.

Temps médical et/ou pratiques professionnelles non-pris en charge par l'AM

Une dernière observation sur le contenu des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé porte sur les difficultés rencontrées par les professionnels, ces difficultés étant liées aux limites du paiement à l'acte et à des pratiques professionnelles non prises en charge par l'assurance maladie. Le tableau 29 présente des extraits de cahiers des charges soulignant ces difficultés.

Tableau 29 : Temps médical et/ou pratiques professionnelles non prises en charge par l'AM

Numéro et nom de l'expérimentation	Extrait du cahier des charges
6. Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel- ex My DIABBY	« <i>Pour répondre au besoin de suivre les patientes [...] sans ajouter de déplacements supplémentaires, de nombreuses équipes médicales ont recours à une « télésurveillance rudimentaire et gratuite » [...] l'activité à distance étant non-valorisée pour les</i>

	<i>professionnels de santé, ils sont donc encore nombreux à faire revenir les patientes pour des consultations non-nécessaires » (Page 4)</i>
11. EQUILIBRES - EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires	<i>« La raison d'être de cette expérimentation est de lever les freins systémiques qui entravent actuellement la bonne réalisation par les infirmières de la mission qui est la leur [...] Le but est d'impulser un changement de paradigme : passer d'un cadre réglementaire orienté par et vers la production d'actes de soins, à un système focalisé sur les patients [...] Les moyens proposés pour atteindre ce but sont l'incitation à un exercice infirmier en équipe, avec un mode de rémunération simplifié, forfaitaire au temps passé auprès des patients » (Page 4)</i>
32. CoPa Coaching Parental en Grand-Est	<i>« En outre, les accompagnements actuellement proposés et effectués par les sage-femmes sont principalement centrés sur les aspects médicaux de la prise en charge [...] L'organisation au domicile, la prévention des incidents et accidents de la vie [...] n'entrent pas dans les dispositifs suscités dans le post-partum [...] ce travail d'accompagnement et la prise en charge de ces besoins n'est pas inscrite dans la nomenclature des actes tarifés » (Page 7)</i>
39. IPSO - Contrat médecin traitant renforcé en Ile de France	<i>« Objectifs du projet d'expérimentation : [...] inciter les médecins généralistes à prendre dans leur patientèle « médecin traitant » des patients complexes avec un nouveau mode de financement prenant en compte le temps de prise en charge qu'ils nécessitent » (Page 8)</i>
52. CANDISS - Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance - Bretagne	<i>« Actuellement pas de financement pour la télésurveillance du diabète gestationnel (solution technique + acte médical de télésurveillance) ; financement à l'acte impliquant la facturation d'actes non nécessaires pour compenser le manque de valorisation de la télésurveillance » (Page 22)</i>
73. GPSO -Gestion du Parcours de Santé dans l'Obésité	<i>« Actuellement de nombreux freins s'opposent à cette prise en charge : [...] l'accès à l'éducation sous toutes ses formes, pilier de la prise en charge, est par ailleurs difficile pour de nombreux patients. Les modèles de financement de l'éducation thérapeutique sont aléatoires et peuvent décourager les associations et les professionnels » (Page 6)</i>

Dans le cadre du contenu des problèmes relatifs à l'organisation des soins, la télésurveillance apparaît comme une solution essentielle pour réduire les files actives et libérer du temps disponible pour les professionnels de santé. Dans ce cadre, les porteurs de projets des expérimentations 6 et 52 relèvent certaines limites du financement à l'acte, notamment la non-prise en compte de la télésurveillance dans le droit commun. Cette problématique a été très récemment résolue puisque deux décrets ont été publiés dans le

journal Officiel du 31 décembre 2022. La télésurveillance est donc reconnue et autorisée depuis le 1^{er} juillet 2023.

L'enjeu de la télésurveillance concerne à la fois les professionnels mais également les patients. 11 expérimentations intègrent la télésurveillance dans l'organisation du parcours patients. Pour les professionnels de santé, la télésurveillance permet de limiter la croissance de leur file active car les données peuvent être interprétées à distance ce qui permet également une réactivité dans les prises de décisions. Les expérimentations 24, 47 et 91 soulignent ces éléments : « *La télésurveillance a pour objet de permettre à un professionnel de santé incluant ou suivant un patient d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical du patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à sa prise en charge* » (IOS N°24, page 3) ; « *Il est donc possible de conseiller utilement à distance les patients sur les ajustements à effectuer* » (IOS N°47 page 6) ; « *Pour garantir aux patients un accès égalitaire aux meilleurs soins possibles, la télésurveillance dans le cadre de parcours organisés peut jouer un rôle important* » (IOS N°91, page 3).

Au-delà de l'intérêt pour les professionnels de santé, la télésurveillance apporte également de nombreux avantages pour les patients, voire les aidants. La télésurveillance sécurise, rassure, limite les déplacements du patient et permet son maintien à domicile : « *La mise en place d'un suivi personnalisé de la santé orale des personnes dépendantes par télésurveillance [...] permet, soit d'éviter des déplacements inutiles au cabinet dentaire soit d'organiser de façon optimale la consultation au cabinet dentaire* » (IOS N°4, page 4) ; « *Il apparaît donc au regard de cet enjeu majeur que représente le vieillissement de la population [...] que les dispositifs permettant de prolonger le soutien à domicile dans des conditions sécurisées sont une réponse adaptée et réaliste* » (IOS N°55, page 8) ; « *Grâce à une plateforme de télésurveillance... Vigie-Age permet d'améliorer le dépistage précoce de la dégradation de l'état de santé, d'organiser la réponse médicale, paramédicale et/ou médicosociale adéquate et rapide au domicile du patient, et d'en suivre l'évolution, la réévaluation comme l'implémentation des décisions* » (IOS N°92, page 16).

Enfin, la télésurveillance permet de maîtriser le coût social de l'assurance maladie en limitant les déplacements des patients, les actes, les hospitalisations/ré-hospitalisations

inutiles et les complications. Pour conclure, la télémédecine répond à de nombreux défis du système de santé tels que la croissance des besoins liée à l'évolution des pathologies, le vieillissement de la population, l'accès aux soins et les tensions sur les professionnels de santé. Les pratiques de télémédecine feront l'objet d'une analyse plus fouillée dans les pages suivantes.

Concernant le paiement à l'acte, certains porteurs de projets, tels que les porteurs des expérimentations 11 et 39, en soulignent ses limites. Selon les porteurs de projet, ce système de financement incite davantage les professionnels à multiplier les actes au lieu de financer le temps nécessaire à passer auprès du patient. D'autres porteurs mentionnent également d'autres limites au financement. Pour le porteur de projet de l'expérimentation 32 une inexistence de financement est observée pour accompagner et répondre aux besoins des jeunes mamans à domicile, le financement proposé, dans ce cadre, se limitant exclusivement aux actes médicaux. Enfin, pour le porteur de l'expérimentation 73, un déséquilibre est observé entre le financement des approches préventives et des démarches curatives. La prévention de l'obésité, via l'éducation thérapeutique du patient, n'est effectivement pas financée, alors que les actes de chirurgie bariatrique, eux, le sont.

Pour donner suite à la première section (4.1.), qui indique les problèmes rencontrés et les solutions apportées dans le cadre des IOS de l'article 51, cette seconde section (4.2.) observe quels sont les problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé qui sont adressés par les innovations de l'article 51. La démarche permet d'identifier 12 catégories principales de problèmes adressés, lesquelles, sont, ensuite et pour les plus prégnantes, détaillées. La section suivante (4.3) propose une seconde approche du couple problèmes/solutions des innovations de l'article 51, par les problématiques de santé, c'est-à-dire les pathologies visées.

4.3. Une approche par les problématiques de santé adressées

Les sections précédentes ont d'abord présenté par classement chronologique les 96 IOS analysées à partir du couple problèmes/solutions de l'innovation, puis ont mis en lumière les problèmes d'organisation des soins et des défis du système de santé auxquels les

innovations proposaient de répondre. Cette section complète cette description, par une approche centrée sur les problématiques de santé adressées, et, par conséquent, les pathologies visées. Après une explication de la démarche méthodologique est proposée une vue synoptique des différentes innovations par problématique de santé adressée (4.3.1.). Cette sous-section est complétée par une analyse plus approfondie des catégories de problématiques de santé les plus observées (4.3.2.).

4.3.1. Une description des problématiques de santé adressées par les IOS de l'article 51

Une nouvelle étape de réduction des cahiers des charges est nécessaire pour présenter le contenu des IOS par problématiques de santé adressées. Un procédé de catégorisation est opéré à partir des solutions proposées afin de pouvoir les identifier, mais également les classer et procéder à des regroupements. Le tableau ci-dessous présente un extrait de cette démarche, qui est également développée dans son intégralité dans les annexes de cette recherche (Annexe 4).

Tableau 30 : Contenu des IOS par problématiques de santé adressées (Extrait)

Numéro	Problématique de santé adressée	Expérimentations
1	Accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde	<i>DiVa - Dijon Vascular Project - suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52</i>
2	Surpoids/obésité	<i>EMNO- Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon</i>
3	Problèmes bucco-dentaires	<i>SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme</i>
4	Problèmes bucco-dentaires	<i>UFSBD - Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i>
5	Etat de santé général, maladies et troubles psychiques	<i>Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés</i>
6	Diabète gestationnel	<i>Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel- ex My DIABBY</i>

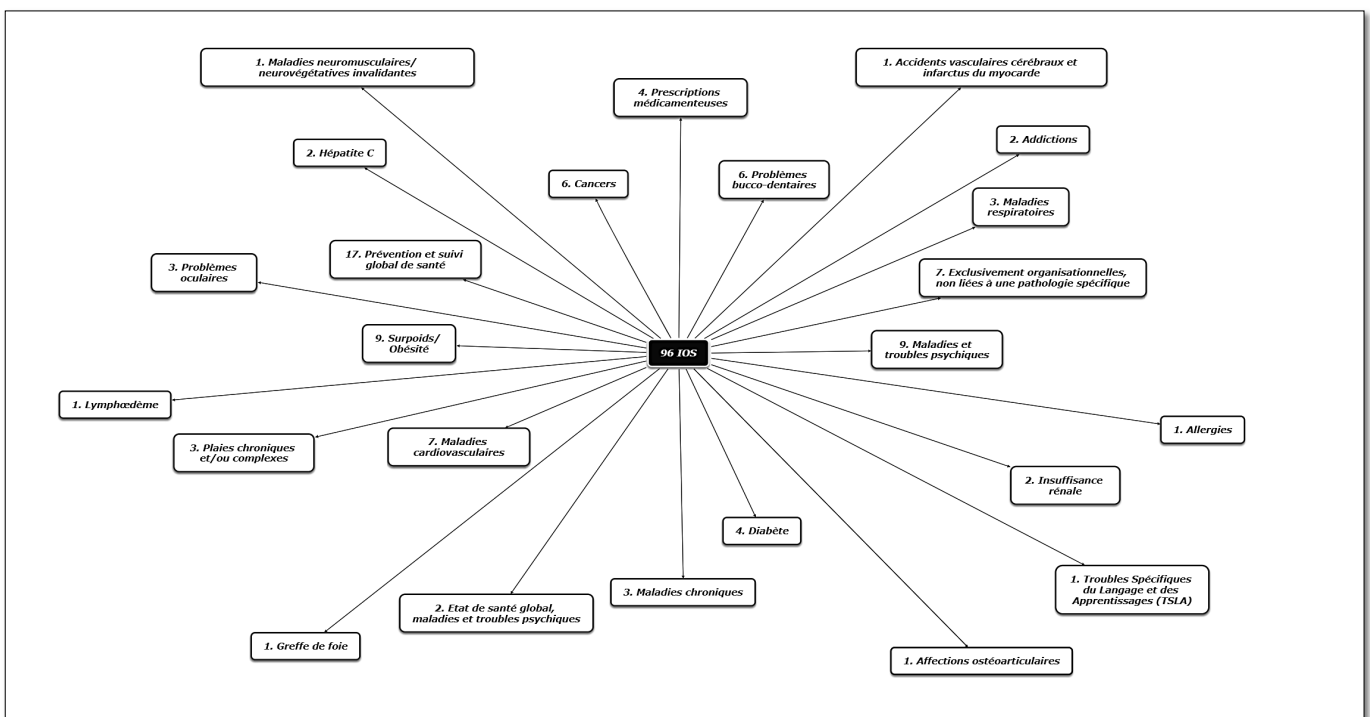
Chapitre 4. Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé expérimentées dans le cadre de l'article 51

7	Hépatite C	<i>DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque</i>
8	Hépatite C	<i>Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables</i>
9	Exclusivement organisationnelle non liée à une pathologie spécifique : population migrante	<i>Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne</i>
10	Plaies chroniques et ou complexes	<i>Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie</i>
11	Prévention et suivi de l'état global de santé	<i>EQUILIBRES - EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires</i>
12	Plaies chroniques et ou complexes	<i>CICA'Corse - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Corse</i>
13	Surpoids/obésité	<i>PACO - Parcours chirurgie bariatrique en région PACA</i>
14	Affections ostéo-articulaires	<i>CeSOA - Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire en Ile de France</i>
15	Etat de santé général, maladies et troubles psychiques	<i>PEGASE - Protocole de santé standardisé appliqué aux Enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une meSure de protection de l'Enfance</i>

Cette nouvelle étape de catégorisation permet d'identifier l'ensemble des problématiques de santé visées par les solutions proposées des expérimentations. 24 catégories sont déterminées. Comme dans le cadre de la démarche de codage précédente, le codage peut être considéré comme ouvert, parce qu'il n'existe pas de liste de codes préétablis. La terminologie de la catégorie est proposée par le chercheur, mais, ces codes demeurent, là encore, très fidèles au contenu décrit dans les cahiers des charges. Une vue synoptique est proposée dans la figure 9. Les chiffres mentionnés dans chaque encadré indiquent le nombre d'IOS visant la problématique de santé. Plus les encadrés sont proches du cœur du schéma, plus les expérimentations adressant les problématiques sont nombreuses. A l'inverse, plus les encadrés sont éloignés, moins les expérimentations adressant ces problématiques de santé sont nombreuses. Comme le souligne Dumez (2013 : 89), ce

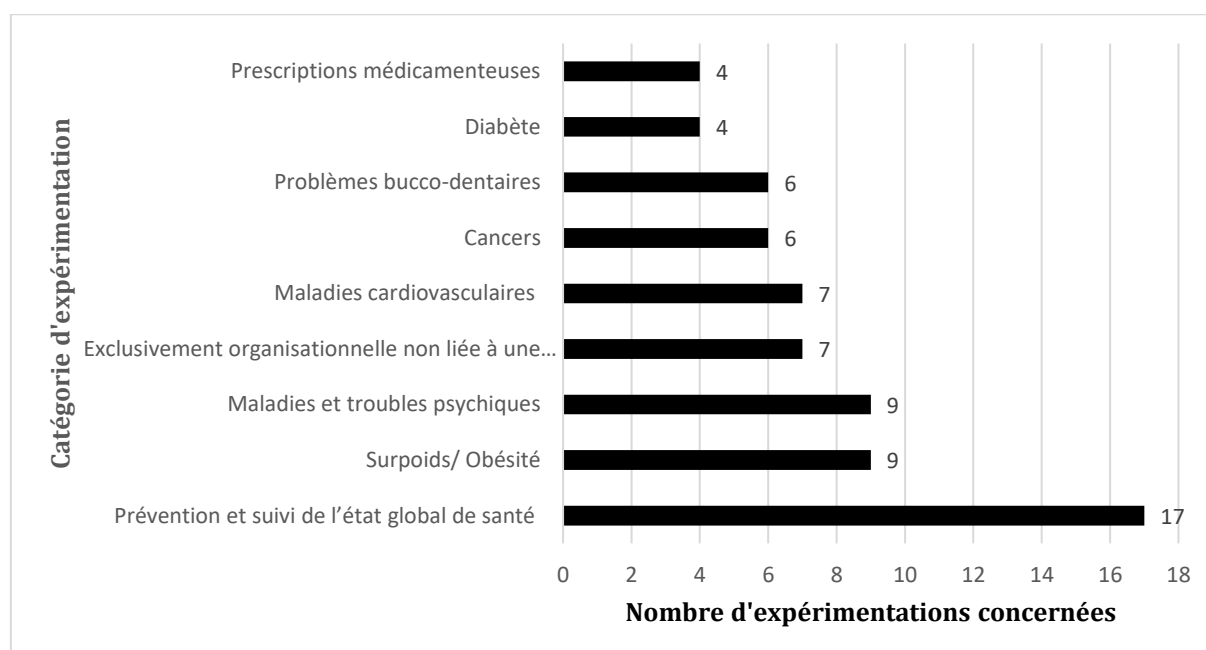
schéma n'a pas d'autres objectifs que de fournir un support visuel, synoptique, des problématiques de santé adressées par les IOS de l'article 51.

Figure 9 : « Vue synoptique du contenu des IOS par problématique de santé »



Cette première vue synoptique offre un point de vue de l'ensemble des problématiques de santé visées par les solutions proposées dans les expérimentations. Les 24 catégories couvrent un vaste ensemble divers de pathologies. Seule une catégorie, rassemblant 7 expérimentations, n'est pas dédiée aux pathologies mais centrée sur la transformation organisationnelle. La figure 10 ci-dessous montre les 9 catégories de problématiques de santé les plus observées au sein des IOS de l'article 51.

Figure 10 : 9 catégories de problématiques de santé particulièrement observées au sein des IOS de l'article 51



17 expérimentations proposent une approche préventive et un suivi de l'état global de santé (1). Deux catégories « *surpoids/obésité* » (2) et « *maladies et troubles psychiques* » (3) impliquent, chacune d'elles, 9 expérimentations. Deux catégories, « *Exclusivement organisationnelle, non liée à une pathologie* » et « *maladies cardiovasculaires* » (4 et 5) intègrent 7 expérimentations pour chaque thématique. Les catégories « *Cancers* » et « *problèmes bucco-dentaires* » (6 et 7) sont toutes deux présentes au sein de 6 expérimentations. Enfin, les catégories « *diabète* » et « *prescriptions médicamenteuses* » (8 et 9) sont intégrées dans 4 expérimentations distinctes. L'ensemble de ces catégories sont appréhendées de façon plus approfondie dans les sous-sections suivantes.

4.3.2. Un approfondissement des problématiques de santé adressées les plus observées

Le contenu des 9 catégories identifiées précédemment est détaillé dans les pages suivantes.

Prévention et suivi de l'état global de santé

17 IOS portent sur la prévention et le suivi de l'état global de santé des patients. Dans cette catégorie, 4 expérimentations ont pour objectif de suivre l'état de santé global des patients et, entre autres, de prévenir la dénutrition du patient âgé à domicile (IOS N°60, 61), en pré et post-opératoire (IOS N°63) et à l'hôpital, coordonné ensuite avec les professionnels de santé de ville (IOS N°68). Ces expérimentations ont pour objectif d'effectuer un repérage précoce, de limiter les complications, d'en éviter les risques associés et/ou d'améliorer l'efficacité de la chirurgie. Les 13 autres IOS de cette catégorie visent également à prendre en amont des actes de prévention, à renforcer le suivi de l'état global de santé des patients et à améliorer l'accès aux soins. Cette approche permet d'éviter les complications de santé, celles-ci impliquant des hospitalisations, des ré-hospitalisations voire des décès.

Surpoids et obésité

9 IOS font face aux problématiques de surpoids et d'obésité avec des organisations totalement différentes. Certains projets utilisent des outils numériques pour favoriser l'autonomie du patient à distance. D'autres proposent une prise en charge de l'enfant, de sa famille, à domicile. D'autres traitent le problème en amont par des séances de détection et de prévention au sein du système scolaire. Malgré cette divergence dans les solutions, l'ensemble des porteurs convergent pour souligner la croissance de cette pathologie et par conséquent, le développement des besoins et des actes chirurgicaux. Le tableau 31 présente des extraits de cahiers des charges relatifs au surpoids et à l'obésité.

Tableau 31 : Des IOS visant les problèmes de surpoids et d'obésité

Numéro et nom de l'expérimentation	Extrait du cahier des charges
<p>30. Obepar - Parcours de chirurgie bariatrique en Ile de France</p>	<p>« La prise en charge de l'obésité en France est un problème de santé publique majeur avec l'augmentation continue du nombre d'interventions de chirurgie bariatrique » (Page 3)</p>
<p>51. TOPASE - Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble Pédiatrique en Centre-Val de Loire</p>	<p>« La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents a fortement augmenté entre les années 1980 et 2000 en France (Afssa, 2008). Ainsi, en 2006, 18% des enfants âgés de 3 à 17 ans sont en surpoids ou obèses, dont 3% des garçons et 4% des filles classés comme obèses » (Page 9)</p>
<p>72. GPSO -Gestion du Parcours de Santé dans l'Obésité</p>	<p>« En France métropolitaine, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 17 %, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. L'obésité est une maladie chronique plurifactorielle, aux nombreuses comorbidités, marquant des inégalités sociales et dont le coût socio-économique déjà important va aller croissant » (Page 6)</p>

Comme indiqué précédemment à propos des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé, les porteurs de projet insistent sur le lien entre les inégalités sociales, le surpoids et l'obésité : « La proportion est de 24% chez les enfants d'ouvriers contre 12% chez les enfants de cadres. Cette évolution est donc marquée par de fortes inégalités sociales » (IOS N°51, page 9).

Par ailleurs, cette pathologie nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé, tels qu'un diététicien, un psychologue et un enseignant APA, ce trio étant nécessaire pour prendre en charge dans la complétude les problématiques de surpoids et d'obésité. Pour autant, l'accès à ces professionnels nécessite un reste à charge pour les patients : « L'obésité est une maladie complexe nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels. Or, à ce jour, les prises en charge de ville des psychologues, diététiciens et enseignants en activités physiques adaptées ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie, bien qu'essentielles pour le patient » (IOS N° 81, page 16).

Finally, the project holders identify two sources of inequality regarding obesity. On the one hand, patients with low income and who are more confronted with this health problem, on the other hand, access to expensive care in terms of out-of-pocket costs.

Maladies et troubles psychiques

This category groups 9 IOS focusing on the psychological care of the patient and/or the caregiver. One of them (IOS N°64) is directly derived from the health context and proposes to integrate psychological care within existing microstructures in order to address the psychological problems linked to confinement. The health context has effectively been an accelerator of the emergence of devices that were previously missing in the care system.

The 8 other experiments, not initiated by the health context, already highlight a lack of psychological and emotional care. IOS N°16 addresses people affected by Alzheimer's disease and caregivers: *« Anxiété et dépression sont fréquemment retrouvées dans les formes de début de la maladie au stade de plainte mnésique ou de trouble cognitif léger. Chez les aidants, une augmentation des troubles dépressifs est observée avec une forte augmentation de psychotropes [...] la prise en charge psychologique est un élément central »* (Page 7). IOS N°36 identifies a sub-diagnosis of depression, which impacts the psychiatric service putting under tension the care professionals and which leads to an important rate of suicides *« 80% des personnes décédées par suicide souffraient de dépression et n'étaient pas traitées de façon adéquate [...] au plan démographique, on compte un nombre inférieur de psychiatre par nombre d'habitants »* (page 7).

These content elements show that the project holders are fully aware of the problems linked to mental disorders, even if the health context has put the accent on the need to better take into account this pathology.

Une catégorie plus spécifique, exclusivement organisationnelle, non-liée à une pathologie

Une catégorie identifiée n'est pas spécifique à un problème de santé en particulier. La catégorie « *Exclusivement organisationnelle, non-liée à une pathologie spécifique* », concerne 7 expérimentations. Afin d'illustrer, cette catégorie, le tableau 32, ci-dessous, présente le contenu de 3 innovations.

Tableau 32 : Des IOS visant les problématiques exclusivement organisationnelles

Numéro et nom de l'expérimentation	Contenu de l'innovation	Objectifs
9. Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne	<i>Organisation comprenant deux consultations longues par an avec le médecin et les prestations d'interprétariat professionnel (en présentiel ou à distance) à destination des populations migrantes.</i>	<i>Améliorer le parcours santé des migrants en facilitant l'accès à la prévention et aux soins.</i>
39. IPSO - Contrat médecin traitant renforcé en Ile de France	<i>Regrouper une équipe interdisciplinaire composée de 30 professionnels de santé (25 médecins généralistes, 3 sage-femmes, 3 infirmiers) au sein d'un même cabinet</i>	<i>Développer la prévention, la collaboration des médecins traitants et les installations des jeunes médecins généralistes.</i>
56. PRIMORDIAL - Les soins primaires c'est Primordial	<i>Créer de nouvelles structures de soins primaires pluriprofessionnelles (5 centres expérimentateurs).</i>	<i>Attirer de nouveaux médecins généralistes dans les zones de désertification médicale. Inciter le travail d'équipe et l'implantation en territoires fragilisés</i>

Ces expérimentations visent une amélioration de l'organisation pour faciliter l'accès aux soins des personnes précaires et des populations migrantes et pour une meilleure coordination entre professionnels par une structuration sous forme de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

Les maladies cardiovasculaires

Comme la catégorie précédente, la prise en compte des maladies cardiovasculaires est particulièrement intégrée au sein des IOS. 7 IOS se penchent sur cette problématique de santé. Les maladies cardiovasculaires posent une double problématique. D'un côté, les

besoins de prise en charge augmentent avec, entre autres, l'enjeu du vieillissement de la population et de l'autre, la réadaptation cardiaque est faiblement mobilisée, de nombreux freins limitant sa mise en œuvre. 5 IOS se penchent sur cette problématique (IOS N°38, 40, 70, 76 et 77) avec des modes d'organisation, parfois différents, parfois complémentaires. En effet, les porteurs de projets relèvent fréquemment le fait que peu de patients suivent un programme de réadaptation cardiaque après une hospitalisation. Quelques extraits des cahiers des charges illustrent cette observation : *« Depuis plusieurs décennies, la réadaptation cardiaque permet aux patients y accédant d'instaurer une prévention secondaire dans les meilleures conditions. Cependant, force est de constater que la prescription et la participation effective à ces programmes restent limitées » (IOS N° 38, page 2) ; « La Réadaptation Cardiaque (RC) repose sur un programme composé d'entraînement physique, d'optimisation thérapeutique, de prise en charge des facteurs de risque [...] Actuellement, seulement 30% des hommes et 25% des femmes coronariens bénéficient d'un tel programme (taux moyen national)» (IOS N° 77, page 4).*

Deux types de freins sont recensés grâce aux extraits des cahiers des charges rédigés par les porteurs de projets. Le premier frein provient de la volonté du patient lui-même qui n'intègre pas les programmes de réadaptation cardiaque par manque de temps (éloignement géographique des centres), par la volonté de reprendre le cours de sa vie de façon normale, avec le minimum de contraintes (les programmes de réadaptation cardiaque proposés par les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont très contraignants au niveau des horaires proposés et très chronophages) et de réintégrer au plus tôt ses activités professionnelles. L'autre frein est fortement lié à la saturation des SSR, puisque la réadaptation cardiaque n'est proposée que dans certains centres. L'offre de soins proposée est donc difficile d'accès et, surtout, peu flexible.

Cancers

Les organisations proposées pour faire face aux complications liées aux traitements des cancers sont variées, même si elles comportent, par ailleurs, certaines similarités. Ainsi, 4 IOS proposent un suivi à domicile des traitements, soit uniquement en présentiel, soit en

présentiel soutenu par une solution digitale pour favoriser un suivi à distance. Le tableau suivant (Tableau 33) présente le contenu de ces innovations.

Tableau 33 : Des IOS visant les problèmes liés aux cancers

Numéro et nom de l'expérimentation	Contenu des IOS	Objectifs
<p>37. Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie - Centre Léon Bérard - Auvergne Rhône-Alpes</p>	<p><i>Assurer de manière sécurisée la prise en charge à domicile d'une activité de soins, actuellement exclusivement hospitalière. L'essor des traitements par immunothérapie engendre la croissance de la file active de patients. Assurer le suivi du patient directement à son domicile, limiter ses déplacements et la fatigue engendrée par ces derniers (traitement sur deux ans).</i></p>	<p><i>Désengorger les hôpitaux de jour (essor de ces nouvelles thérapies = croissance de la file active de patients).</i></p> <p><i>Limiter les transports sanitaires : coûts pour l'AM et fatigue des patients liés aux allers-retours.</i></p>
<p>62. ONCO'LINK - Suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux</p>	<p><i>Mettre en œuvre un suivi à distance des patients sous thérapies orales par des équipes hospitalières ainsi que par des professionnels de ville (pharmaciens d'officine).</i></p>	<p><i>Détecter et prendre en charge précocement les effets indésirables du traitement et favoriser une meilleure adhésion et observance des soins par le patient.</i></p> <p><i>Optimiser le parcours du patient souffrant d'un cancer et traité par voie orale.</i></p>
<p>69. METIS CONNECT - « Suivi digitalisé des patients atteints d'un cancer digestif en inter-cures de chimiothérapie</p>	<p><i>Mettre en place une solution de surveillance au domicile du patient suivi pour un cancer digestif afin de suivre les effets indésirables de la chimiothérapie via une solution digitalisée</i></p>	<p><i>Expérimenter le suivi digitalisé des patients atteints d'un cancer digestif.</i></p> <p><i>Surveiller en continue, à domicile, les effets indésirables</i></p>
<p>79. AKO@DOM/PICTO - Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie dans la région Grand Est</p>	<p><i>Programme qui vise à associer les professionnels de santé des établissements de soins et ceux de la ville pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer, à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie.</i></p>	<p><i>Démontrer le bénéfice médico-économique d'un modèle organisationnel ville-hôpital-domicile associant l'humain et le numérique sur la qualité de vie, la qualité et l'efficacité des soins pour des patients traités ou suivis à domicile pour leur cancer, à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie.</i></p>

Les IOS mettent en évidence les conséquences des nouveaux traitements anticancéreux, qui placent parfois les professionnels de santé sous tension. En effet, ces traitements nécessitent un suivi plus strict pour limiter les effets indésirables, augmentant par conséquent, le nombre de visites chez l'oncologue. Les outils digitalisés permettent de limiter les déplacements éprouvants et les complications plus sévères pour les patients et favorisent le suivi à distance des professionnels de santé, ce qui permet de résorber la croissance de la file active.

Les 2 autres IOS identifiées dans la catégorie « Cancers » (IOS N°67 et 90) proposent quant à elles d'intégrer des Activités Physiques Adaptées (APA), l'une d'elle intégrant des séances post-cancer et l'autre IOS, proposant ces séances pendant et après le traitement. Les séances d'APA à disposition des patients, sont, dans les deux cas, accompagnées par des supports digitalisés. Les objectifs d'intégrer les séances d'APA dans le traitement des cancers sont clairement identifiés par les porteurs de projets dans rédaction de leur cahier des charges : « *Renforcer la prise en charge coordonnée des patients en post cancer, l'autonomisation du patient et l'évaluation régulière des patients via des données en vie réelle accessibles à l'ensemble des acteurs permettent d'envisager un impact en termes d'observance, d'amélioration de la qualité de vie et de diminution des arrêts de travail et de ré-hospitalisations* » (IOS N° 67) ; « *maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles, l'efficacité des traitements conventionnels et la lutte contre leurs effets indésirables, tout en améliorant la qualité de vie des patients et en diminuant les risques de récurrence* » (IOS N° 90).

L'enseignant APA est donc fortement sollicité dans ces deux organisations afin d'améliorer la vie du patient, de limiter les complications, les récurrences et, par conséquent, les coûts sociaux. Cet acteur professionnel est également identifié pour faire face aux problématiques de surpoids et d'obésité, qui ont été évoquées précédemment.

Problèmes bucco-dentaires

6 IOS portent sur les problèmes bucco-dentaires. Dans cet ensemble, 4 sont en lien avec le vieillissement de la population et offrent un service directement en EHPAD. L'une

d'entre elles, offre ce service également aux personnes en situation de handicap (IOS N° 19). Le tableau 34 illustre deux IOS relatives aux problèmes bucco-dentaires.

Tableau 34 : Des IOS visant les problèmes bucco-dentaires

Numéro et nom de l'expérimentation	Contenu des IOS	Objectifs
<p>3. SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme</p>	<p>« Coordonner les acteurs (EHPAD-Ville) et mettre en place un service mobile buccodentaire. Intégrer la prévention avec la réalisation d'actes de télédiagnostics et les soins, avec une intervention en EHPAD des chirurgiens-dentistes, soit avec une camionnette aménagée, soit avec des malles de matériel dentaire portatives »</p>	<p>« Limiter les déplacements des résidents difficilement mobiles à la charge des familles ou de l'assurance maladie. Eviter les hospitalisations dues à la mauvaise prise en charge des personnes âgées par une prise en charge plus tôt, avant l'apparition de complications. Informer et former les familles, les résidents et le personnel référent en EHPAD sur les techniques et process d'hygiène dentaire gériatrique ».</p>
<p>19. Ildys - Service de soins bucco-dentaires mobile en Bretagne</p>	<p>« Proposer un service de dépistage et de soins bucco-dentaires mobiles à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans le département du Finistère. Les aides-soignants en EHPAD sont formés afin d'assurer l'hygiène buccodentaire quotidienne, les soins des prothèses, etc. Des consultations de dépistage sont organisées et le bilan bucco-dentaire d'entrée est systématisé par la téléconsultation, voire la télé expertise (utilisation de smartphones HD et de filtres « clipsables » sur les iris ou des caméras HD à fluorescence).</p>	<p>« Améliorer la santé bucco-dentaire des résidents des établissements d'hébergement médico-sociaux pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.</p> <p>Permettre à des chirurgiens-dentistes spécifiquement formés au handicap et aux soins des personnes âgées d'effectuer des soins buccodentaires de qualité en intervenant sur les lieux d'hébergement de la personne ».</p>

Ces IOS intègrent les outils digitalisés, la télémédecine et des nouveaux acteurs dans la prévention de la santé orale des patients en perte d'autonomie. Les chirurgiens-dentistes s'appuient sur le personnel support présent en EHPAD, ils sensibilisent également, les familles/aidants dans la prise en compte de l'hygiène dentaire. La préoccupation de l'hygiène bucco-dentaire est accrue avec le vieillissement de la population. Les porteurs soulignent le manque de prise en charge actuel de la prévention au sein des EHPAD : « En EHPAD, un résident sur deux est concerné par le manque de soins bucco-dentaires » (IOS N°19, page 4) ; « La santé bucco-dentaire des personnes âgées manque souvent de suivi en

EHPAD alors que les besoins sont importants » (IOS N°3, page 6). Les impacts de la non-prise en compte des soins bucco-dentaires peuvent être importants : « *La mauvaise santé bucco-dentaire a pourtant de nombreux retentissements sur la santé générale des personnes du 4ème âge et est à l'origine de complications coûteuses pour l'Assurance Maladie. En premier lieu, une mauvaise santé bucco-dentaire entraîne une perte de capacité masticatoire, empêche les personnes âgées de se nourrir normalement [...], oblige souvent le mixage des aliments, peu encourageant à favoriser l'appétit et le plaisir de manger, et favorise la dénutrition [...]. Or, la dénutrition constitue un des quatre facteurs de perte d'autonomie de la personne âgée, intimement lié à un autre facteur clé que sont les chutes* » (IOS N°3, page 6). Cet exemple illustre parfaitement les nombreux enjeux des complications bucco-dentaires des personnes âgées, mais également le caractère multidimensionnel et la complexité des problèmes à l'origine des IOS.

Deux autres expérimentations contenues dans la même catégorie sont plus spécifiques. L'expérimentation N° 73, soumet des actes de préventions destinés aux jeunes adultes de 18 à 21 ans afin de prendre en charge précocement les pathologies pour limiter les actes de chirurgie-dentaire non-nécessaires. L'expérimentation 78 propose l'intégration des chirurgiens-dentistes au sein du SAMU centre 15 afin d'effectuer la régulation médicale. L'objectif est de renforcer l'organisation et le système d'aiguillage des urgences.

Pour conclure cette section, la catégorie « *problèmes bucco-dentaires* » présente donc une forte implication des professionnels de santé à l'égard des enjeux de santé, et particulièrement ceux liés au vieillissement de la population.

Le diabète

4 IOS portent sur les problèmes de diabète. 2 expérimentations s'adressent spécifiquement au diabète gestationnel (IOS N° 6 et 52), qui présente la caractéristique d'être détecté au moment de la grossesse. Les porteurs de projets, dans la rédaction de leurs cahiers des charges soulèvent la croissance des besoins de suivi de cette pathologie : « *Le diabète gestationnel « DG » est en constante progression : en 2002, il concernait entre 1 et 6% des grossesses selon les études. En 2015, l'International Diabetes Federation estime sa prévalence à une grossesse sur 7, soit 14%* » (IOS N° 6, page3).

Ces deux expérimentations intègrent la télésurveillance, pour favoriser un suivi distanciel et incluent l'éducation thérapeutique du patient, pour favoriser son autonomie. Les porteurs soulignent les problématiques vécues par les patientes, par les professionnels et pour le système de santé.

- Problématiques vécues par les patientes : *« le caractère chronophage, la pertinence des consultations, sources de déplacements nombreux et difficiles (enfants en bas-âge, femmes pouvant travailler, souvent milieu de faible niveau socio-économique, éloignement géographique...) »* (IOS N°52).
- Difficultés rencontrées par les professionnels : *« [...] Pour ajuster le traitement de façon réactive sans ajouter de déplacements supplémentaires, de nombreuses équipes médicales ont eu recours à une « télésurveillance rudimentaire et gratuite » qui consiste à demander aux patientes de prendre en photo leur carnet glycémique et l'envoyer par email aux équipes, qui leur font un retour par email. Cette méthode de travail est chronophage et mal organisée »* (IOS N°6).
- Conséquences sur le système de santé : *« Différentes réponses ont donc été apportées par les professionnels de santé : maintien des consultations (ou remplacement par des téléconsultations), voire des hospitalisations puisque les autres solutions de prise en charge (appels téléphoniques, échanges de mails...) ne sont pas valorisées financièrement »* (IOS N°52).

2 IOS portent sur le diabète, de façon plus générale (IOS N°47 et 66). Les 2 porteurs de projets soulignent la croissance des besoins et par conséquent, un suivi accru du patient sur le long terme, cette pathologie étant chronique : *« Le diabète de type 1 concerne 10% des diabétiques en France avant l'âge de 35 ans [...] avec une incidence qui a doublé en 20 ans [...] La prise en charge actuelle du diabète de type 1 nécessite l'administration à vie d'insuline par injection sous-cutanée »* (IOS N°47) ; *« Le diabète est une épidémie. En France, en 2016, environ 3,1 millions de personnes sont diabétiques. Ce chiffre est en constante progression : +2, 7% par an entre 2012 et 2016 du nombre de personnes diabétiques »* (IOS N° 66, page 3). Cette croissance des besoins impacte fortement le coût social de la prise en charge des personnes diabétiques comme le souligne le porteur de projet de l'expérimentation N° 66 : *« Avec une telle progression, la maladie implique des dépenses importantes. Le coût du diabète en 2016 est évalué à 6,8 milliards d'euros/an pour le régime général (ou 8, 1 Mds tous régimes) de l'assurance maladie obligatoire, soit une dépense moyenne de 2 150 euros annuels par patient diabétique »*. Ces extraits mettent en lumière les enjeux d'améliorer la prise en charge des patients. Les deux expérimentations

proposent une organisation très différente. L'un d'elle est focalisée sur le prédiabète (IOS N°66) et son objectif est de renforcer l'autonomie du patient en proposant un programme d'accompagnement pluriprofessionnel pour, *in fine*, prévenir, retarder voire éviter l'apparition d'un diabète de type 2. La deuxième expérimentation (IOS N° 47) développe une organisation basée sur la création d'une structure pluriprofessionnelle, sur la télésurveillance et sur le renfort de l'autonomie du patient. L'objectif est ici de diminuer le nombre de jours d'hospitalisation (habituellement de 5 jours) lié à la mise en place d'une pompe à insuline externe, portable et programmable. Cette mise en place est proposée dans des structures dédiées sur 2 jours avec un suivi distanciel qui est renforcé par un suivi à domicile.

L'ensemble de ces expérimentations et des solutions qui sont proposées montrent que les problèmes de santé ne sont pas isolés, par les porteurs de projet, des autres problèmes déjà identifiés précédemment, d'organisation des soins et en réponse aux défis des systèmes de santé. Les problèmes étant multi-dimensionnels, il s'agit d'envisager des solutions qui, elles-mêmes sont plurielles : enrayer la croissance des demandes, diminuer les hospitalisations, corriger les inégalités territoriales, limiter les déplacements inutiles, maîtriser les impacts sociaux de la croissance des pathologies.

Les prescriptions médicamenteuses

4 IOS portent sur les prescriptions médicamenteuses et se penchent sur des problématiques liées au vieillissement de la population. Le patient âgé est fréquemment polypathologique et, par conséquent, polymédiqué. Un déficit d'informations/de coordination entre les acteurs de santé ville-hôpital présente un risque d'iatrogénie médicamenteuse et, donc, de complications de l'état de santé du patient : *« Les personnes âgées sont les plus exposées au risque iatrogène du fait d'une polypathologie et d'une polymédication fréquentes ; les patients âgés présentant des syndromes gériatriques (comme une dénutrition, des chutes, une démence) ont un risque encore accru d'événement iatrogène. Cependant, le risque iatrogène n'est pas uniquement lié aux caractéristiques des patients : il dépend également de l'organisation structurelle des soins portés au patient, et notamment de la qualité de la transmission d'information entre les professionnels de santé »*

(IOS N°29, p. 7). Les enjeux sont donc majeurs, puisque ce manque d'informations/de coordination, qui implique une complication de l'état de santé, induit également un potentiel recours aux urgences. Pour faire face à ces problèmes, 4 IOS proposent des solutions totalement différentes pour corriger cette problématique de santé. Le tableau suivant présente ces 4 innovations, qui intègre le processus MEDISIS, présenté en détail dans le chapitre précédent.

Tableau 35 : 4 solutions pour améliorer l'organisation de la prescription médicamenteuse

Numéro et nom de l'expérimentation	Solutions
29. IATROPREV - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France	<i>Mettre en place auprès du médecin traitant et du pharmacien d'officine, un appui hospitalier d'expertise gériatrique et de pharmacie clinique dédiée à l'optimisation médicamenteuse du sujet âgé résidant à son domicile ou en hospitalisation.</i>
41. OPTIMED - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Ile-de-France	<i>Renforcer l'intervention du pharmacien d'officine au sein des EHPAD. Un pharmacien d'officine sera présent ½ journée par semaine au sein d'un EHPAD pour participer à la coordination des soins avec l'équipe soignante et améliorer la prise en charge médicamenteuse.</i>
46. OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire	<i>Organiser et coordonner les différents acteurs de santé ville-hôpital-ville autour du patient âgé (65 ans et polymédiqué) par le partage d'informations (plateforme numérique), en amont lors de la planification de l'hospitalisation et en aval (transmission sécurisée).</i>
54. MEDISIS - Parcours de soins	<i>Mettre en œuvre un parcours d'accompagnement personnalisé autour de la prise en charge médicamenteuse des patients passant par l'hôpital, de leur admission (par les urgences ou en soins programmés) à leur suivi de retour à domicile (jusqu'à 30 jours). Transmission des informations de la ville vers l'hôpital, puis de l'hôpital vers la ville, avec un suivi par les pharmaciens d'officine et des séances d'ETP patients</i>

Ce tableau illustre plusieurs organisations distinctes de la prescription médicamenteuse. L'IOS 29 propose une expertise à destination des professionnels de santé de ville. L'IOS 41,

quant à elle, fait intervenir le pharmacien d'officine directement au sein des EHPAD. Les IOS 46 et 54, visent plus spécifiquement le décloisonnement des acteurs de santé de ville et hospitalier par la transmission des informations du traitement médicamenteux du patient âgé, avant, et après l'hospitalisation.

En conclusion de cette présentation des problèmes de santé adressés par les IOS, il convient de souligner encore leur caractère multidimensionnel et interdépendant d'autres problèmes, d'organisation des soins et en réponse aux défis des systèmes de santé. Le problème n'est pas qu'individuel, comme le problème de santé d'un patient, mais s'inscrit dans un ensemble plus vaste et étroitement lié, de problèmes organisationnels et systémiques.

4.4. Une vue synoptique par profil de patients et par problématique de santé

Pour affiner encore le contenu des IOS, une démarche complémentaire de catégorisation est proposée. Cette approche permet de préciser si les solutions portent sur les maladies chroniques et détermine quels sont les patients concernés par les expérimentations. Le tableau suivant présente un extrait de cette catégorisation (Tableau 36). L'annexe 5 développe l'ensemble des éléments. Le procédé d'encodage a permis de faire apparaître 10 catégories : 6 IOS concernent la grossesse et la natalité, 1 IOS s'adresse exclusivement à des enfants, 6 IOS s'adressent aux enfants et aux adolescents, 1 IOS est dédiée aux adolescents exclusivement, 2 IOS concernent les adolescents et adultes, 33 IOS sont dédiées exclusivement aux adultes, 1 IOS porte sur les profils adultes et les personnes âgées, 25 IOS s'adressent exclusivement aux personnes âgées, dépendantes et/ou en situation de handicap. Enfin, 21 IOS impliquent l'ensemble de la population (catégorie « toutes catégories » de patients). En complément de cette approche par profil, la chronicité des maladies a également fait l'objet d'une démarche de codage. Comme pour les autres approches, il s'agit d'un codage sans liste de codes préétablis, mais l'interprétation est limitée, en lien avec les cahiers des charges. Autrement dit, le chercheur ne se prononce pas sur la chronicité des maladies, mais se contente d'indiquer si oui ou non, oui et non, elles le sont.

Tableau 36 : Profils de patients et problèmes de santé (Extrait)

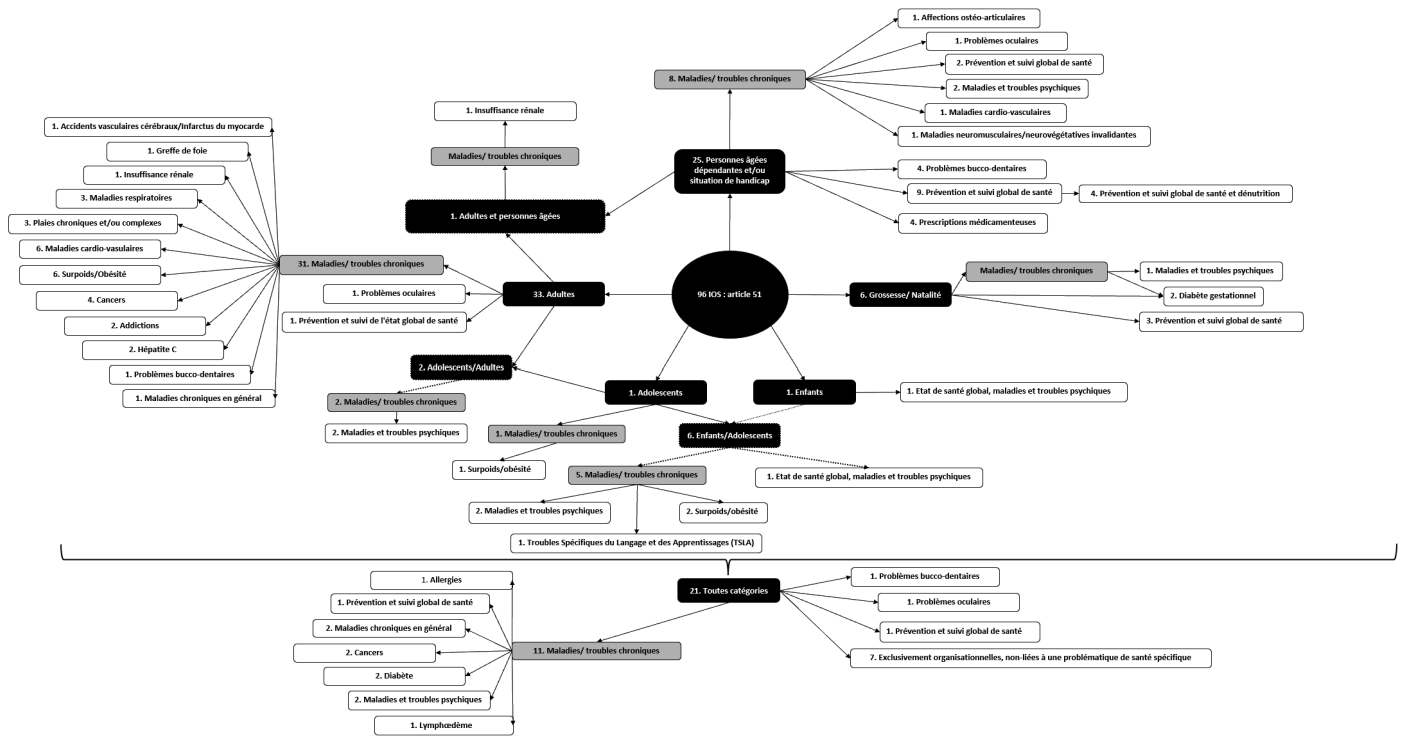
Numéro	Profils de santé	Problématique de santé adressée	Maladies/troubles chroniques	IOS
1	Adultes	Accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde	Oui	<i>DiVa - Dijon Vascular Project - suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52</i>
2	Adultes	Surpoids / obésité	Oui	<i>EMNO- Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon</i>
3	Personnes âgées, dépendantes et/ou situation de handicap	Problèmes bucco-dentaires	Non	<i>SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme</i>
4	Personnes âgées, dépendantes et/ou situation de handicap	Problèmes bucco-dentaires	Non	<i>UFSBD - Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i>
5	Enfants-adolescents	Etat de santé général, maladies et troubles psychiques	Non	<i>Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés</i>
6	Grossesse-natalité	Diabète gestationnel	Oui/Non	<i>Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel- ex My DIABBY</i>
7	Adultes	Hépatite C	Oui	<i>DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque</i>
8	Adultes	Hépatite C	Oui	<i>Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables</i>
9	Toutes catégories	Exclusivement organisationnelle non liée à une pathologie spécifique : population migrante	Non	<i>Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne</i>
10	Adultes	Plaies chroniques et ou complexes	Oui	<i>Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie</i>

Cette catégorisation permet de mettre en lumière le nombre des maladies/troubles chroniques présentent au sein des problématiques de santé abordées par les projets. 3 catégories ont été identifiées, 58 IOS portent sur les maladies chroniques, 35 IOS ne concernent pas les maladies chroniques et 3 peuvent devenir, ou non, une maladie chronique. Par exemple, le diabète gestationnel peut être un diabète détecté au moment de la grossesse, peut déjà être existant sans avoir été diagnostiqué auparavant ou

apparaître au moment de la grossesse et disparaître ensuite. C'est également le cas du prédiabète qui peut encore être corrigé avant de devenir une pathologie chronique.

L'ensemble de cette démarche de catégorisation permet d'identifier de développer une vue synoptique de répartition des IOS, par profil de patients et par problématique de santé adressée. La figure 11 présente cette vue synoptique. Comme dans la présentation de la figure précédente, le nombre précédant l'énoncé indique le nombre d'IOS qui s'adresse à ce profil et à ce problème de santé.

Figure 11 : Vue synoptique de la répartition des IOS par profil de patients et par problématique de santé adressée



4.5. Les acteurs impliqués dans les organisations proposées

L'analyse du contenu des cahiers des charges permet également d'identifier quels sont les acteurs de ces innovations et d'observer quels professionnels de santé sont sollicités. Pour parvenir à identifier ces acteurs, l'analyse approfondie des 96 matrices a permis de les répartir selon 3 catégories principales : professionnels de santé de ville, professionnels hospitaliers et autres professionnels/structures. Le tableau 37 présente un extrait de ce procédé de catégorisation, l'ensemble des éléments est présent dans l'annexe 6.

Tableau 37 : Les acteurs impliqués dans les IOS (Extrait)

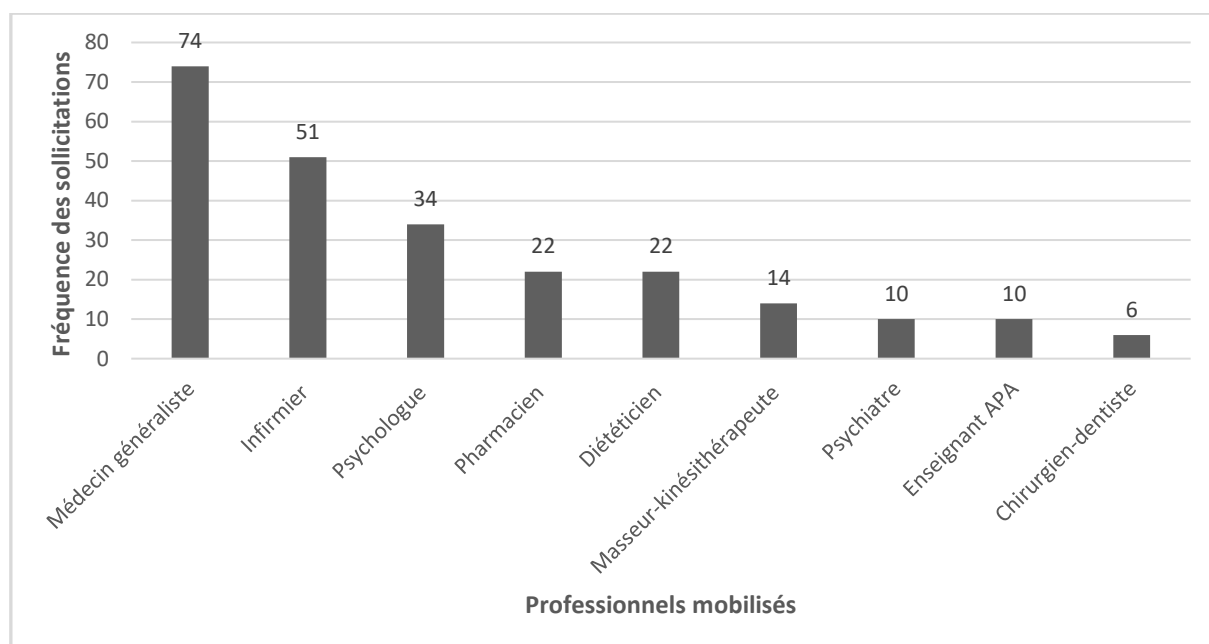
Numéro	Innovations	Acteurs impliqués		
		Professionnels de santé de ville	Professionnels hospitaliers	Autres professionnels/structures
9	<i>Consultations santé migrants – Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne</i>	Médecin généraliste, interprète infectiologue, gynécologue, infirmier, psychologue	Médecin, psychologue	Assistante sociale
10	<i>Domoplaies – Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie</i>	Infirmier, médecin généraliste	Médecin expert en plaies, infirmier expert en plaies	EHPAD
11	<i>EQUILIBRES – EQUIpes d'Infirmières LIBres Responsables et Solidaires</i>	Infirmier		
12	<i>CICA'Corse – Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Corse</i>	Pharmacien, infirmier, médecin généraliste	Médecin expert en plaies, infirmier expert en plaies	EHPAD
13	<i>PACO – Parcours chirurgie bariatrique en région PACA</i>	Médecin généraliste, infirmier, psychologue, enseignant APA, masseur-kinésithérapeute, diététicien	Chirurgien, psychiatre, infirmier	
14	<i>CeSOA – Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire en Ile de France</i>	Médecin généraliste, rhumatologue, masseur-kinésithérapeute, manipulateur d'électro cardiologie	Rhumatologue	

Une première sous-section développe la catégorie des acteurs de santé de ville fréquemment sollicités au sein des projets (4.5.1.). Ensuite est exposée la catégorie des professionnels hospitaliers (4.5.2). Cette section se conclut par la présentation des autres acteurs professionnels (4.5.3.).

4.5.1 Les acteurs de santé de ville sollicités au sein des projets

Les cahiers des charges mentionnant qui sont les acteurs impliqués dans chaque innovation, il est possible de proposer une répartition de la sollicitation des professionnels de santé (Figure 12).

Figure 12 : Répartition des professionnels de ville sollicités au sein des IOS



Le médecin généraliste est l'acteur le plus sollicité au sein des projets (74). Ce constat peut paraître, à priori, surprenant, puisque plusieurs tensions relatives à la disponibilité de ces professionnels ont été soulignées précédemment. Pour autant, le médecin généraliste/traitant, demeure un pivot central du système de soins. A ce titre, Bloch et Hénaut (2014) rappellent déjà la volonté du ministère, depuis plusieurs années, de consolider le rôle du médecin dans la coordination des parcours de soins des patients. Dans le cadre des IOS, ce rôle est endossé, puisque le médecin généraliste occupe une place centrale au cœur de chaque projet.

En second lieu, les infirmiers sont également fréquemment sollicités (51). Les infirmiers sont à la fois demandés pour le suivi au domicile du patient et/ou pour décharger les autres acteurs de santé fortement mobilisés. Un extrait du cahier des charges de l'expérimentation N° 18 montre l'importance et le rôle de ces acteurs : « *Le projet consiste en la mise en place d'un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant de la MSP et l'infirmier(e) du secteur pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. Le médecin de la MSP ne se déplacerait plus au domicile du patient tous les mois ou deux mois mais une à deux fois par an. Dans l'intervalle, c'est l'infirmier(e) du patient qui assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin qui décide de la procédure à suivre. Il participe ainsi activement à la continuité des soins* » (Page 5). Cet acteur peut ainsi, soulager les tensions existantes sur la disponibilité des médecins, favoriser l'éducation thérapeutique du patient pour développer son autonomie et répondre entre autres, aux enjeux du vieillissement de la population par un suivi plus accru, directement au domicile des patients.

En troisième lieu, le psychologue est régulièrement sollicité (34). En effet, au-delà des projets portant directement sur les maladies et les troubles psychiques, le psychologue est mobilisé dans de nombreux projets visant : le surpoids et l'obésité, les addictions, les maladies cardiovasculaires, la dénutrition... C'est un acteur clé fortement identifié dans la prévention afin de limiter les complications et les récives. En complément de ces constats, il semble également difficile de ne pas évoquer le contexte pandémique, qui a mis l'accent et réaffirmé la nécessité de prendre en compte cet acteur clé dans le contexte des systèmes et des organisations de santé.

Le pharmacien d'officine est sollicité 24 fois dans les projets. Il est régulièrement acteurs des innovations touchant une diversité de problématiques de santé, telles que l'hépatite C, les plaies chroniques et/ou complexes, les prescriptions médicamenteuses, les addictions, les maladies cardio-vasculaires, la dénutrition, les cancers. Le maillage territorial des officines, en fait un acteur support stratégique, ce qui, là encore, a été rappelé durant le contexte pandémique, notamment du besoin massif de vaccination contre la Covid 19.

Les diététiciens (22), masseurs-kinésithérapeute (14) et les enseignants APA (10), sont avec les psychologues énoncés précédemment, des acteurs fréquemment mobilisés ensemble, sur le parcours du patient. Ces quatre acteurs sont régulièrement sollicités pour traiter des problématiques telles que le surpoids et l'obésité, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et la dénutrition. Ces acteurs permettent de mettre en œuvre la prévention et de modifier le comportement des patients via des séances d'éducation thérapeutique afin de favoriser son autonomie. Un extrait d'un cahier des charges souligne l'importance d'une mobilisation conjointe de ces acteurs : *« Grâce à une approche pluridisciplinaire : conseils diététiques, activité physique, prise en charge des TCA et des difficultés psychologiques, traitement des comorbidités et des complications...L'objectif de la prise en charge est de modifier le comportement du patient via l'acquisition de connaissances et de compétences, permettant un changement pérenne des comportements »* (Expérimentation N°2, page 10).

Le psychiatre est, quant à lui, mobilisé 10 fois au sein des projets portant sur les maladies et troubles psychiques. Ce professionnel est d'abord identifié principalement pour un profil de patient, pour les enfants et adolescents afin prendre en charge rapidement des troubles pouvant impacter plus durablement leurs vies futures (IOS N°45, 53, 80 et 88). Il intervient également pour prendre en charge les personnes âgées, dépendantes et/ou en situation de handicap pour faire face notamment, aux troubles cognitifs liés au vieillissement de la population (IOS N°48). Par ailleurs, cet acteur est également identifié pour faire face à diverses problématiques de santé, telles que la bipolarité (IOS N°20), les problématiques liées au confinement (IOS N°64) et dans la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques invalidants, fréquemment hospitalisés (IOS N°94).

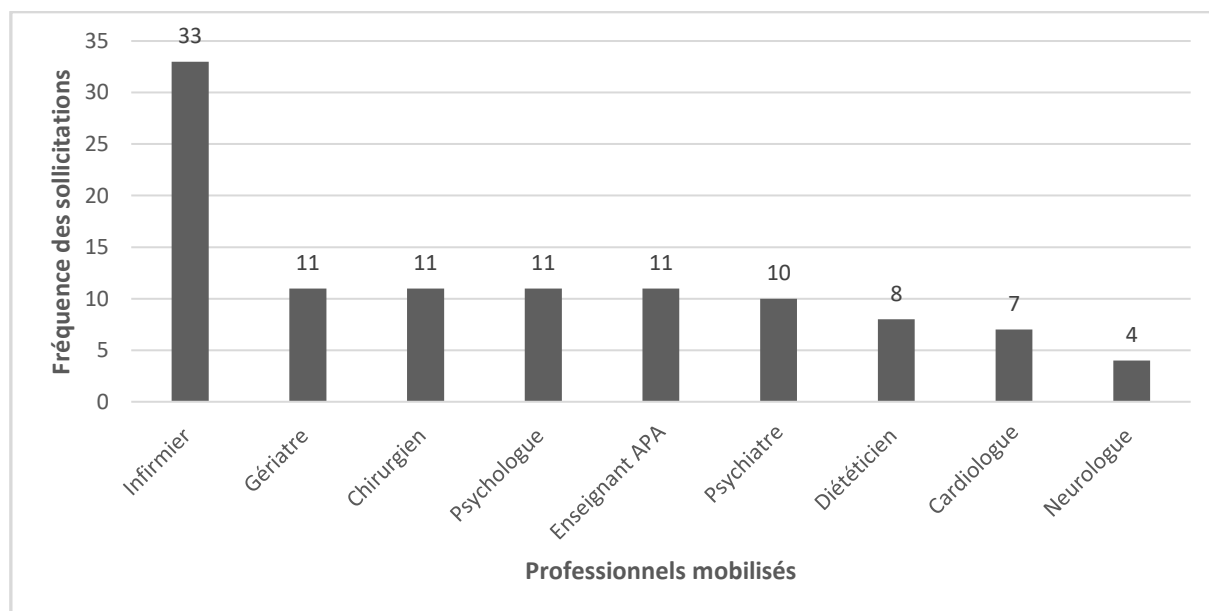
Enfin, la dernière catégorie d'acteurs sollicités concerne les chirurgiens-dentistes (6). Ces professionnels sont impliqués dans 4 IOS à destination des personnes âgées, dépendantes et/ou en situation de handicap. Leurs prestations s'effectuent au sein des EHPAD pour prendre en charge les patients au plus proche de leur lieu de vie afin de développer la prévention, les soins et de limiter les complications et les déplacements complexes (IOS N°3, 4, 17 et 19). Deux autres projets s'adressent plus spécifiquement aux personnes en

situation de handicap, en complément des personnes âgées (IOS N°3, 19). Ces acteurs sont également intégrés au sein d'un projet portant sur l'amélioration de la santé orale des jeunes adultes (18-21 ans), l'objectif est de mener des actions de prévention pour limiter les complications et les actes plus lourds (IOS N°18) et dans la régulation médicale du SAMU centre 15, ce qui a été souligné précédemment.

4.5.2. Les professionnels de santé hospitaliers fréquemment sollicités au sein des projets

Comme pour les acteurs de ville, une répartition des professionnels de santé hospitaliers est proposée dans la figure 13.

Figure 13 : Répartition des professionnels de santé hospitaliers sollicités au sein des IOS



Concernant les professionnels de santé hospitaliers, les infirmiers sont également fortement mobilisés au sein des projets (33). L'observation rejoint celle émise pour les professionnels de santé de ville. Les infirmiers ont une proximité avec le patient, ils favorisent son autonomie, son suivi et ils sont les supports de l'information et de coordination entre les professionnels de santé ville-hôpital.

Second acteur fortement sollicité, le gériatre est mobilisé 11 fois dans les organisations expérimentées. 25 IOS sur 96 concernent les patients âgés, dépendants et en situation de handicap. La mobilisation de ces acteurs répond donc aux enjeux déjà très largement évoqués du vieillissement de la population.

Les psychologues (11), les enseignants APA (11), les psychiatres (10), les diététiciens (8), rejoignent également les observations portées pour les acteurs de santé de ville.

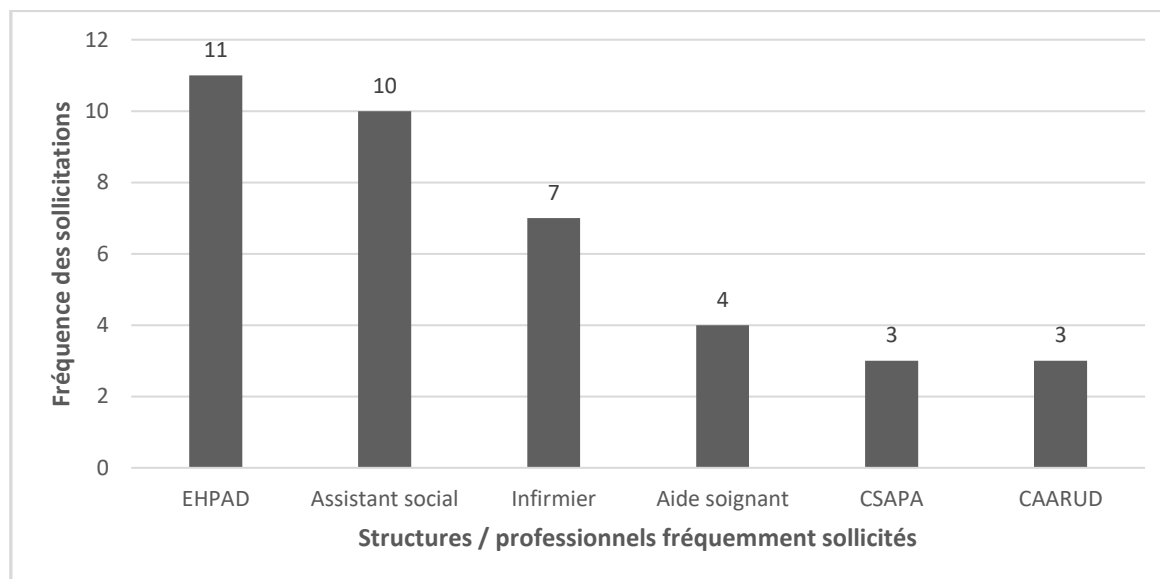
Le cardiologue est sollicité 7 fois dans 6 IOS portant sur les maladies cardio-vasculaires (IOS N°33, 39, 40, 70, 76 et 77) et dans une expérimentation visant les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde (IOS N°1).

Enfin, le neurologue est impliqué 4 fois au sein d'expérimentations plutôt diverses. L'une d'elle porte sur le suivi intensif des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde (IOS N°1), une autre porte sur l'accompagnement des personnes atteintes de maladies rares, neuromusculaires et/ou neurodégénératives invalidantes, en situation de handicap (IOS N°23), une troisième IOS réalise le diagnostic et la prise en charge précoce des patients de plus de 50 ans qui consultent pour une plainte cognitive (IOS N°48). Enfin, la dernière, est plus spécifique et très localisée régionalement, puisqu'elle propose un parcours de soins pour patients atteints du Chikungunya chronique en Guadeloupe (IOS N°74).

4.5.3 Les autres professionnels (secteur social/médico-social) et les structures sollicitées

Une même approche que pour les deux précédentes sous-sections permet de proposer la répartition des autres professionnels (secteur social/médico-social) dans la figure suivante (figure 14).

Figure 14 : Répartition des autres professionnels (secteur social/médico-social) sollicités au sein des IOS



Concernant les autres professionnels du secteur social et médicosocial, les observations qui peuvent être réalisées portent sur la mobilisation des établissements d'EHPAD car 11 IOS interviennent dans ce type de structure. Le vieillissement de la population en fait un lieu privilégié de renforcement des soins et du parcours des personnes âgées, dépendantes et/ou en situation de handicap. L'infirmier agissant au sein des structures d'EHPAD est le relais de l'information et de la coordination privilégié des professionnels de santé de ville et hospitaliers.

L'assistant social est quant à lui mobilisé 10 fois au sein des innovations. Il est impliqué dans 4 IOS à destination des personnes âgées, dépendantes, et/ou en situation de handicap (IOS N°16, 55, 57 et 63), dans 3 IOS portant sur les problématiques liées aux addictions (IOS N°28, 64 et 75) et dans 2 expérimentations orientées sur les problématiques d'hépatite C et dans des problématiques plus générales (IOS N°7 et 8). Cet acteur est donc également fortement sollicité pour répondre au vieillissement de la population et les troubles et les pathologies chroniques. Une seule d'entre-elles se distingue car l'assistant social agit en faveur des personnes migrantes pour améliorer leur accès aux soins (IOS N° 9).

Les aides-soignants sont mobilisés 4 fois au sein des IOS. Ils sont fortement impliqués dans 3 IOS pour informer et coordonner les soins bucco-dentaires au sein des EHPAD (IOS N° 3, 4 et 19) et dans une expérimentation directement conduite au domicile du patient âgé, dépendant et/ou en situation de handicap (IOS N°92).

Cette section souligne l'importance majeure des acteurs au cœur des IOS. Plusieurs acteurs de santé de ville, hospitaliers et intervenants dans des structures sociales et médico-sociales sont engagés dans des projets qui favorisent le partage d'informations et la coordination, soulagent certains métiers, répondent à la problématique du vieillissement de la population et améliorent les soins et le parcours de soins des patients.

4.6. Interactions et lieux d'actions des différents acteurs dans le parcours de soins des patients

Cette approche s'intéresse aux interactions entre les différents professionnels de santé de ville, hospitaliers ou entre les professionnels de santé et les structures médico-sociales et aux lieux de leurs interventions. Il s'agit d'identifier si leurs actions sont davantage orientées en ville, à l'hôpital ou au domicile du patient dans son parcours de soins. 8 catégories d'interactions sont identifiées : des interactions spécifiquement orientées entre les professionnels de ville (Ville-ville), entre les professionnels hospitaliers (Hôpital-hôpital), des échanges entre les professionnels de ville et hospitaliers (Hôpital-ville), une coordination entre les structures sociales et les professionnels de santé (Structures-ville et structures-hôpital) mais également des actions directement au domicile du patient en distinguant les actions des professionnels de santé de ville (Ville-domicile) de ceux des professionnels hospitaliers (Hôpital-domicile). Enfin, des structures agissent également directement au domicile du patient (Structures-domicile).

Une précision est importante à apporter, une organisation peut prévoir des interactions à la fois entre les professionnels de santé de ville, entre eux, mais également des échanges et une coordination avec les professionnels hospitaliers. Comme pour l'ensemble du travail mené en amont, les terminologies sont proposées par le chercheur à partir d'un respect du contenu du cahier des charges. Le tableau 38, ci-dessous présente un extrait de la démarche, l'ensemble de ces éléments est classé dans l'annexe 7.

Tableau 38 : Interactions et lieux d'intervention des acteurs dans le parcours de soins du patient (Extrait)

Numéro	Expérimentations	Interactions et lieux d'actions des professionnels dans le parcours patient	
1	<i>DiVa - Dijon Vascular Project - suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52</i>	Hôpital-Ville	
2	<i>EMNO- Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon</i>	Ville-Ville	Hôpital-Ville
3	<i>SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme</i>	Structures-Ville	
4	<i>UFSBD - Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées</i>	Structures-Ville	
5	<i>Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés</i>	Ville-Ville	
6	<i>Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel- ex My DIABBY</i>	Hôpital-Ville	
7	<i>DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque</i>	Hôpital-Ville	
8	<i>Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables</i>	Structures-Hôpital	
9	<i>Consultations santé migrants - Développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne</i>	Ville-Ville	Hôpital-Ville
10	<i>Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie</i>	Hôpital-Ville	Hôpital-Domicile

Une première observation porte sur l'importance des interactions/actions entre les professionnels de santé de ville et hospitaliers. 50 IOS intègrent ces interactions qui visent à favoriser le décloisonnement entre la ville et l'hôpital pour renforcer la coordination et le suivi des soins. Ensuite, plusieurs IOS intègrent des actions menées directement au domicile du patient. 32 IOS se concentrent sur le domicile du patient, 18 interventions provenant des professionnels de santé de ville, 13 des professionnels hospitaliers et une dernière étant conduite par des structures sociales et médico-sociales, toujours au domicile. Les enjeux de la coordination touchent également les différents professionnels de ville entre eux (20) et entre les professionnels de santé de ville et les structures sociales et médico-sociales (15).

Ce constat sur les lieux d'intervention et d'interactions des acteurs dans le parcours de soin du patient est important à souligner, à double titre. Premièrement, ce contexte de soins montre, une fois encore, une volonté d'apporter des réponses aux défis du système de santé : la croissance des besoins et le vieillissement de la population par le maintien au

domicile, le suivi des soins coordonnés, la limitation des hospitalisations, des ré-hospitalisations et l'impact des coûts sociaux en favorisant l'information/la coordination et la formation des différents professionnels concernés autour de la prise en charge du parcours patients. Deuxièmement, les lieux d'interventions et d'interactions soulignent encore la complexité des IOS. Il ne s'agit pas simplement d'innover au sein d'une organisation, mais d'innover dans les relations inter-organisationnelles, voire d'innover par la décentralisation de l'organisation et des relations inter-organisationnelles au domicile du patient.

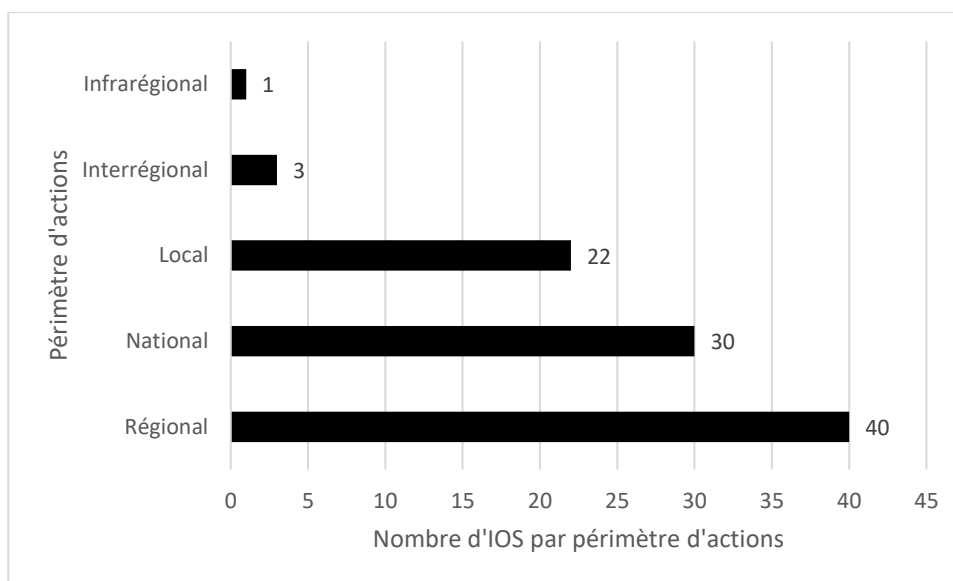
4.7. Les éléments connexes au contenu des IOS

Plusieurs éléments, relativement connexes au contenu des IOS, peuvent être identifiés à partir de l'analyse des cahiers des charges. Premièrement, le périmètre d'actions, c'est-à-dire la portée locale, régionale, nationale des projets (4.7.1.). Ensuite, le secteur d'activité des porteurs de projet, publics, privés... (4.7.2.). Troisièmement, les critères d'évaluation du CTIS permettent de souligner les effets attendus des IOS (4.7.3.). Enfin, la durée moyenne d'instruction des IOS peut être relevée (4.7.4.).

4.7.1. Une répartition des IOS par périmètre d'actions

L'analyse des cahiers des charges permet d'indiquer la portée, en matière de périmètre d'actions, des 96 IOS (Figure 15).

Figure 15 : Répartition des 96 IOS en fonction de leur périmètre d'actions



La plupart des IOS sont développées sur un périmètre régional (40 IOS). Plusieurs IOS sont déployées sur une échelle nationale (30 IOS) ou sur un périmètre plus restreint, local (22 IOS). Pour plus de précisions, le critère infra régional, retenu dans un cahier des charges, indique qu'au sein d'une même région, l'IOS est déployée dans l'ensemble de ses départements.

4.7.2. Le secteur d'activité des porteurs de projets

Les porteurs de projets appartiennent à un secteur d'activité spécifique (public, privé ou associatif). Cependant, certaines IOS sont co-portées par deux secteurs d'activités (associatif et public, associatif et privé...). Dans ce cas, la terminologie « hybride » est proposée. Le tableau suivant (Tableau 39) présente les secteurs d'activités relevés à partir de l'analyse des 96 cahiers des charges des IOS :

Tableau 39 : Répartition des secteurs d'activité des porteurs de projet

Secteurs d'activités	Associatif	Public	Privé	Hybride	Fondation	Autre
	32	26	22	13	2	1

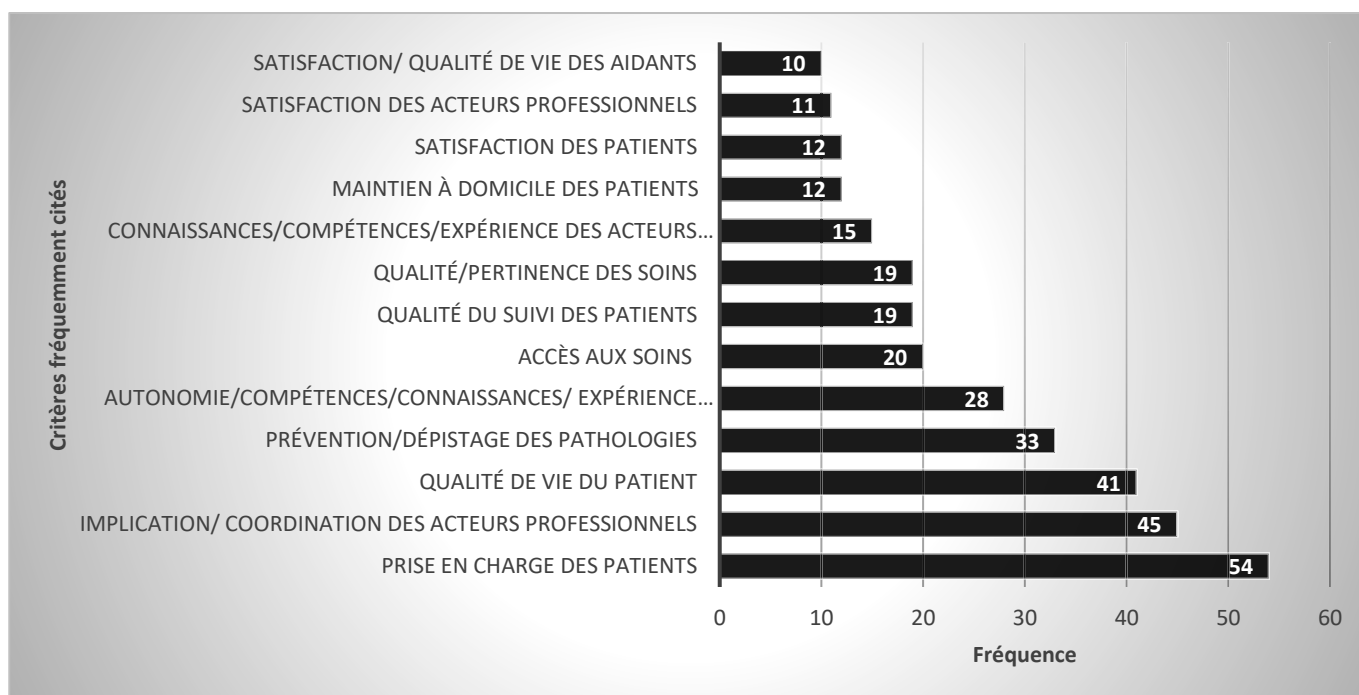
4.7.3. Les critères d'évaluation du CTIS soulignant les effets attendus des IOS

Les avis du CTIS mentionnent les critères d'évaluation, quantitatifs et qualitatifs. Les effets attendus des IOS sont donc clairement identifiés dans ces avis. Le codage de la rubrique modalités d'évaluation de ces avis a permis d'identifier deux niveaux pour les effets attendus des IOS. Soit, les effets expriment « un plus » et se situent donc au niveau de l'amélioration du système de soins, soit les effets expriment « un moins » et portent sur une diminution des problématiques rencontrées par le système de soins.

Les effets attendus « plus », pour l'amélioration du système de soins

L'analyse approfondie des avis CTIS permet de proposer une catégorisation des effets attendus « plus » des IOS (Figure 16).

Figure 16 : Les effets attendus « plus » des IOS : les améliorations



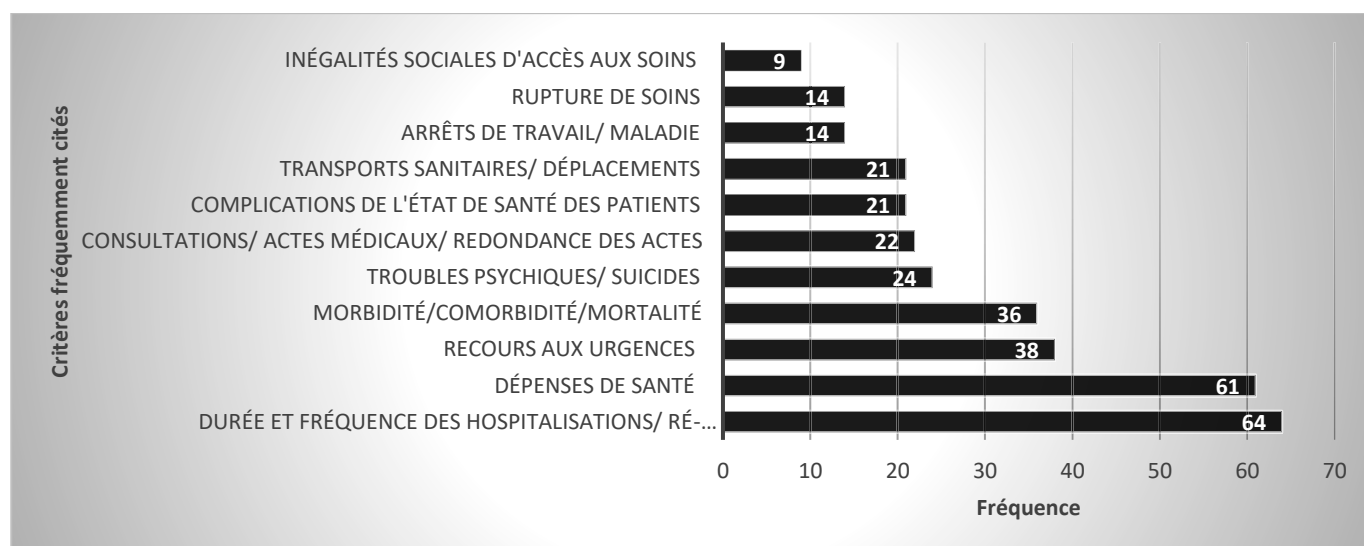
Les principaux critères d'amélioration du système de soins attendus portent sur une meilleure prise en charge des patients (relevée dans 54 avis CTIS), le développement de l'implication et de la coordination des professionnels (45 avis CTIS), l'amélioration de la qualité de vie du patient (41 avis CTIS), la prévention et le dépistage (33 avis CTIS), le

développement de l'autonomie, des connaissances et de l'expérience des patients (28 avis CTIS) et sur l'amélioration de l'accès aux soins (20) et de la qualité du suivi (19).

Les effets attendus « moins », pour une diminution des problématiques du système de soins

Une même approche, conduite à partir de la rubrique modalités d'évaluation des avis du CTIS, est développée pour les effets attendus « moins », c'est-à-dire les attentes en matière de diminution/réduction des problématiques rencontrées par le système de soins (Figure 17).

Figure 17 : Les effets attendus « moins » des IOS : les diminutions



Les principaux critères d'un point de vue des diminutions des problématiques du système de soins portent principalement sur la diminution de la durée et du nombre d'hospitalisations, de ré-hospitalisations (64 fois relevée dans les avis CTIS), la maîtrise des dépenses de santé (61), la limitation du recours aux urgences (38), la diminution de la morbidité, des comorbidités et de la mortalité (36), la réduction du nombre des troubles psychiques et des suicides associés (24) et enfin, la maîtrise du nombre de consultations, des actes médicaux et la redondance des actes (22).

4.7.4 La durée moyenne d'instruction des dossiers

Les cahiers des charges ne contiennent pas tous la durée totale de la démarche de décision, qui débute par le dépôt de la lettre d'intention jusqu'à la validation du CTIS. La plupart des avis CTIS mentionnent les différentes versions des cahiers des charges, les phases d'examens et les séances d'accélérateur (50 IOS concernées). Cependant, 46 avis du CTIS stipulent la démarche complète du dépôt de la lettre d'intention à l'émission de l'avis du CTIS. Cette démarche, permet d'observer, toutes choses étant égales par ailleurs, une durée moyenne d'instruction des dossiers. Le tableau 40 indique le nombre total de mois d'instruction des projets dont la démarche est complète, le nombre de projets concernés (46 IOS) et la durée moyenne d'instruction.

Tableau 40 : Durée d'instruction des projets d'IOS

Chronologie complète du dépôt de la lettre d'intention à l'avis CTIS	Total du nombre de mois de l'ensemble des IOS concernées	Nombre d'expérimentations	Délai moyen d'instruction
	767	46	16,7

Ces éléments mettent en lumière un délai moyen d'instruction des projets d'IOS qui se situe à 16 mois et 21 jours.

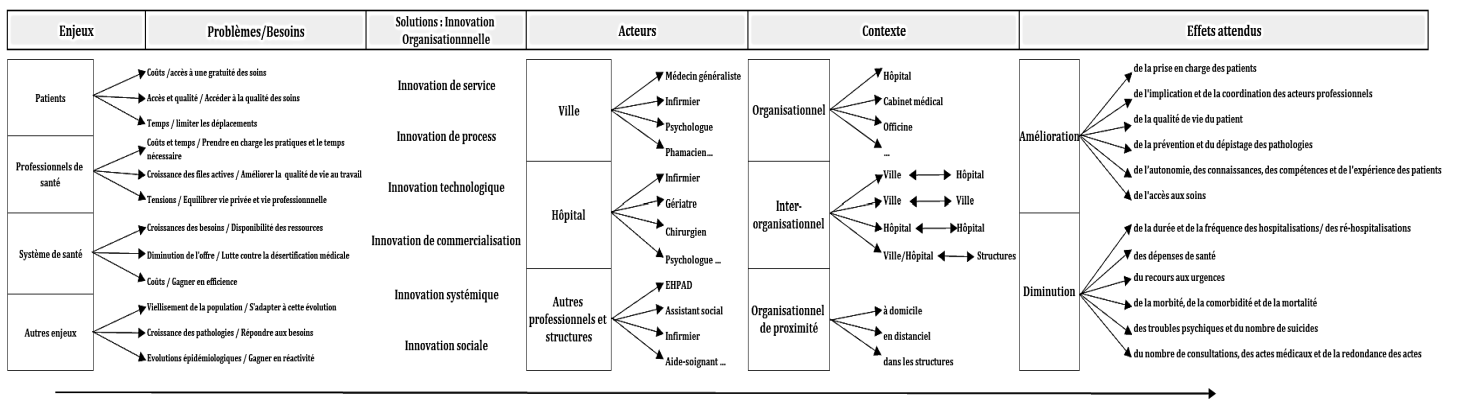
4.8. Une conception intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)

Pour définir l'innovation organisationnelle en santé, la plupart des travaux déclinent le concept d'innovation organisationnelle, tel qu'il peut être entendu au sein du manuel d'Oslo ou en sciences de gestion et l'appliquent au contexte des organisations de santé. Plusieurs définitions développées en amont au sein du cadre conceptuel de cette recherche sont donc mobilisées, dans le contexte particulier des organisations de santé. Ainsi, pour Richman *et al.*, (2013), une innovation organisationnelle en santé est une innovation immatérielle et non technologique introduite dans une organisation de santé. Pour Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas (2013), l'innovation organisationnelle en santé est définie à partir du manuel d'Oslo, complexifiée par le caractère intra ou inter-organisationnel des pratiques et des structures. De la même façon Auschra (2018) insiste

sur la complexité liée au caractère inter-organisationnel des IOS. Thakur *et al.* (2012 : 564) définissent, plus largement, l'innovation en santé comme un ensemble de pratiques, dont l'efficacité et la capacité de mise en œuvre sont démontrées, qui aident les professionnels de santé à se concentrer sur le patient, à travailler plus vite, plus intelligemment et à moindre coût.

Les résultats développés dans ce chapitre permettent d'approfondir ces conceptualisations en soulignant la spécificité des IOS. Ainsi, une conceptualisation intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'innovation organisationnelle en santé est proposée dans la figure 18, commentée ensuite.

Figure 18 : Une conception intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'Innovation Organisationnelle en Santé



Cette figure permet d'appréhender toute la complexité des IOS.

Enjeux/Problèmes/Besoins

La littérature relative à la génération de l'innovation indique qu'une innovation est générée en réponse à un problème ou à un besoin (Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017). Nos résultats montrent à quels points, dans le cadre des IOS, les enjeux, problèmes et besoins sont multidimensionnels et interdépendants. Le problème résolu ou visé par les IOS est relatif au patient, aux problèmes de santé, aux défis des systèmes de santé, à des évolutions de l'environnement qui sont particulièrement interdépendants. Nos résultats ont ainsi souligné à quel point le vieillissement de la population influençait les pathologies et le besoin de nouvelles organisations de prise en charge qui respectent les besoins propres du patient. Autrement dit, il ne s'agit pas simplement de traiter un problème individuel, mais un problème individuel, organisationnel, systémique et environnemental.

Solutions : Une vision intégratrice de l'Innovation Organisationnelle en Santé

Le contenu des IOS de l'article 51 montre à quel point il est difficile de les catégoriser selon un type. Une IOS visant le financement d'un acte qui ne l'était pas précédemment pourrait être appréhendée sous l'angle d'une innovation de commercialisation, puisqu'elle implique un changement de tarification. Des IOS proposent de nouveaux services aux usagers. Elles peuvent également revêtir une dimension d'innovation sociale, à l'image de l'IOS à destination des populations migrantes. La dimension technologique, notamment via la télémédecine et la télésurveillance est très présente. En bref, il semble fondamental de ne pas concevoir l'IOS dans une approche distinctive, mais de la considérer dans une vision hybride, intégratrice et combinatoire (Walker *et al.*, 2009 ; Damanpour, 2017 ; Dubouloz et Bocquet, 2023).

Acteurs

Dans une même perspective de multi dimensionnalité, il convient également de souligner la multitude et la diversité d'acteurs qui interviennent dans les IOS de l'article 51. Birkinshaw *et al.* (2008) évoquent l'importance des acteurs de changement interne et des acteurs de changement externe. Nos résultats sur le contenu des IOS, montrent, qu'en

outre, dans le cadre de la santé, les acteurs peuvent être, par leurs prestations, une partie de la solution elle-même d'innovation.

Contexte organisationnel

La littérature sur l'innovation organisationnelle indique qu'une nouvelle idée peut se situer au regard du concept, ou au regard du contexte, en l'espèce l'organisation au sein de laquelle elle s'insère (Leroy *et al.*, 2013 ; Adam-Ledunois et Damart, 2017). Là encore, nos résultats soulignent la complexité des IOS puisqu'il n'y a pas un unique contexte organisationnel. Il peut être organisationnel, inter-organisationnel, organisationnel de proximité, inter-organisationnel de proximité, lorsque la ou les organisations sont décentralisées au domicile du patient.

Effets attendus

Enfin et concernant les effets attendus, un même constat que celui établi à propos des enjeux/problèmes/besoins peut être dressé. Il n'y a pas un effet attendu centré sur une unité d'analyse, comme l'individu, mais des effets attendus en matière d'amélioration (ou de diminution des problèmes) qui sont pluriels, individuels, organisationnels, systémiques et environnementaux. Par ailleurs, ces effets attendus dépassent les aspects de performance qui peuvent être décrits dans les travaux portant sur l'innovation organisationnelle (Birkinshaw *et al.*, 2008) puisqu'ils revêtent un caractère vital, pour les individus et fondamental, pour le système de santé.

Pour conclure, l'ensemble de ces considérations nous mène à proposer une définition de l'Innovation Organisationnelle en Santé. Cette définition en souligne la complexité, ses multiples dimensions et ses spécificités : « *Les IOS constituent des innovations intégratrices de multiples types d'autres innovations. Elles rassemblent les nouvelles pratiques managériales, stratégies, procédures, politiques et structures, mobilisant ou non une composante technologique, qui visent, grâce à la diversité des acteurs professionnels de santé impliqués, à résoudre des problèmes de santé individuels, d'organisation des soins, à répondre aux défis du système de santé, dans de multiples contextes organisationnels diversifiés* ».

Conclusion

Ce chapitre appréhende les éléments constitutifs des IOS expérimentées dans le cadre de l'article 51. A partir des données secondaires, les cahiers des charges et les avis CTIS, une analyse matricielle est élaborée. Cette démarche de réduction des 96 IOS observées permet de produire plusieurs résultats relatifs au contenu des IOS. Dans une première étape est synthétisé l'ensemble des IOS, dont le contenu est défini par les problèmes rencontrés et les solutions apportées. Deuxièmement, l'analyse est conduite par rapport aux problèmes d'organisation des soins et de réponses apportées aux défis du système de santé. Une troisième étape appréhende le contenu des IOS par problématiques de santé adressées, complétée par une analyse des profils de patients. La cinquième étape de la démarche indique quels sont les acteurs impliqués dans les IOS de l'article 51. Leurs interactions et leurs lieux d'intervention dans le parcours de soins sont également appréhendés. Finalement, l'approche du contenu des IOS se conclut par d'autres éléments connexes, particulièrement la répartition des IOS par périmètre d'actions, le secteur d'activité des porteurs de projets, les effets attendus des IOS et la durée moyenne d'instruction des IOS.

L'ensemble de ces résultats nous permet de proposer une conception intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'IOS. En effet, les éléments constitutifs des IOS sont caractérisés par plusieurs spécificités. Tout d'abord, les enjeux et problèmes adressés sont multiples puisqu'ils concernent le patient et sa santé, mais également l'organisation des soins et la réponse apportée aux défis du système de santé. Ensuite, la solution, c'est-à-dire l'innovation est intégratrice et hybride, parce que constituée par plusieurs types, innovation sociale, de service, de process etc. Troisièmement, l'IOS implique de multiples acteurs, aux profils professionnels diversifiés. Quatrièmement, le contexte dans lequel s'insère l'IOS n'est pas qu'organisationnel, mais peut être inter-organisationnel et décentralisé à proximité des patients. Enfin, les effets attendus, tout comme les problèmes, sont multidimensionnels puisqu'ils concernent les individus, mais également l'organisation et le système, ce, de façon interdépendante.

L'ensemble de ces spécificités nous amène à proposer une définition propre à l'IOS : « *Les IOS constituent des innovations intégratrices de multiples types d'autres innovations. Elles rassemblent les nouvelles pratiques managériales, stratégies, procédures, politiques et structures, mobilisant ou non une composante technologique, qui visent, grâce à la diversité des acteurs professionnels de santé impliqués, à résoudre des problèmes de santé individuels, d'organisation des soins, à répondre aux défis du système de santé, dans de multiples contextes organisationnels diversifiés* ».

Pour conclure, ce chapitre permet d'apporter des réponses à la première question posée dans cette recherche : *Quelles sont les principales composantes et caractéristiques constitutives des IOS dans le cadre de l'article 51 ?*

Le chapitre cinq, suivant, appréhende la génération des IOS. Il propose de compléter cette première approche, descriptive, du contenu des IOS, en appréhendant sa genèse directement auprès de ses principaux acteurs : les porteurs de projet.

Chapitre 5

Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé

Introduction

Le chapitre précédent a permis d'identifier les éléments constitutifs de l'IOS. Dans ce cinquième chapitre, l'intérêt est à présent porté sur la génération de l'IOS. Il s'agit de répondre à la seconde question posée dans cette recherche : *Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ?* Ce chapitre complète ainsi le chapitre précédent puisqu'il apporte une approche plus analytique du contenu des innovations précédemment décrites, plus particulièrement du couple problèmes/solutions des innovations.

La revue de littérature a montré que le processus d'innovation est traditionnellement conçu comme un processus séquentiel. Il inclut des phénomènes tels que la reconnaissance d'un problème, d'une opportunité, le développement, la production, la commercialisation, l'adoption et l'implémentation (Rogers, 1995 ; Angle et Van de Ven, 1989 ; Damanpour, 2017). Pour plusieurs auteurs, les phases de génération et d'adoption de l'innovation sont particulièrement distinctes (Tonatzky et Fleischer, 1990 ; Klein et Sorra, 1996 ; Birkinshaw et al., 2008 ; Damanpour, 2017). La génération portant plutôt sur la création de nouvelles idées et leur développement, l'adoption portant sur le choix d'utiliser, ou non, un produit, un service, un process, une pratique, qui sont nouveaux pour l'organisation adoptante (Damanpour, 2017). Ce chapitre s'intéresse particulièrement à la phase de génération de l'innovation. Il porte sur des notions telles que les idées, la créativité, les motivations, l'invention, qui sont des phénomènes nécessaires à l'émergence des innovations organisationnelles (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Damanpour et Aravind, 2012).

Les innovations organisationnelles sont moins étudiées que les innovations technologiques et ne bénéficient pas, par conséquent, d'un état de connaissances approfondies, bien que la dynamique de recherche se soit accrue (Dubouloz, 2014 ; Adam-Ledunois et Damart, 2017 ; Khosravi *et al.*, 2019). Que dire des Innovations Organisationnelles en Santé ? D'où viennent-elles ? Comment naissent-elles ? Quels processus contribuent à l'émergence des IOS ? A ce jour et à notre connaissance, peu de travaux étudient l'origine des IOS, d'autant que celles-ci ont longtemps fait l'objet d'une

approche descendante, et non pas à l'initiative des acteurs (Nobre, 2013 ; Rochette et Cecatto, 2022). L'article 51 procure une source importante pour développer des connaissances sur la génération des IOS, d'autant que cette genèse est entre les mains des acteurs.

Le chapitre se structure de la façon suivante. Dans une première section, un rappel méthodologique est proposé (5.1.). Ensuite, les phénomènes à l'origine des IOS sont identifiés auprès des porteurs de projet (5.2.). Dans une seconde section, le processus de recherche et développement est décrit, en distinguant deux approches : *ex materia* et *ex nihilo* (5.3.).

5.1. Rappel du dispositif méthodologique

Cette section propose un rappel du dispositif méthodologique pour mieux appréhender la façon dont ces résultats émergent. 52 entretiens ont été conduits avec les porteurs de projet. Lors de ces échanges, les questions posées dans cette recherche sont prises en compte. La phase 1 du guide d'entretien se concentre sur l'émergence de l'idée et la phase de décision de mise en usage. Dans ce cadre, des questions telles que « d'où provient cette idée ? » ; « Pour quelles raisons avez-vous adopté cette solution ? » sont posées. Par ailleurs, l'introduction de l'entretien débute toujours par un échange autour de la description de l'innovation, de la problématique identifiée, de la solution proposée et de l'organisation qui en découle. Ces éléments permettent d'apporter des réponses à la question de recherche portant sur les phénomènes contribuant à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51.

Pour analyser les données et comme indiqué dans la partie décrivant la méthodologie de cette recherche, est mobilisée l'arborescence proposée par Savall et Zardet (2004) : des phrases témoins, des thèmes, des sous-thèmes et des idées clefs. En complément de la grille de codage présentée initialement, cette seconde grille, proposée dans le tableau 41, intègre à présent des *verbatim* (phrases témoins). Pour construire cette grille, nous n'avons retenu que deux thèmes issus de la littérature portant sur la génération de l'innovation. Effectivement, pour les auteurs, la génération de l'innovation débute par la reconnaissance du triptyque Besoins/Problèmes/Opportunités, puis suivent des phases de développement et des phases de mise sur le marché, c'est-à-dire de commercialisation, avant d'aborder les étapes d'adoption (Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017). La spécificité des IOS observées nous mène à ne retenir que deux thèmes principaux. La catégorie Besoins/Problèmes/Opportunités exprime les motivations des acteurs à développer de nouvelles idées pour proposer des solutions. La catégorie processus de recherche et de développement de la solution indique le contexte de conception de l'innovation. Autrement dit, l'intérêt est porté essentiellement sur les phases de motivation et d'invention de l'innovation organisationnelle (Birkinshaw *et al.*, 2008). Compte tenu des spécificités de l'article 51, mais également de cette recherche qui porte sur les barrières

et les leviers à l'adoption de l'innovation, les éléments relatifs aux aspects commercialisation et introduction de l'innovation sur le marché ne sont pas développés. En complément des thèmes qui sont issus de la littérature, donc d'une liste préétablie de codes (Miles et Huberman, 2010), les sous-thèmes font l'objet d'un codage ouvert (Glaser, 1978 ; Angot et Milano, 2007). Par exemple, le chercheur observe que les porteurs de projet portent une attention particulière et éprouvent une sensibilité accrue envers certaines pathologies ou envers des problèmes d'inégalités sociales. Le code « empathie patient » est alors inféré.

Tableau 41 : Grille de codage de la genèse de l'IOS

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Phrases témoins
Besoins/Problèmes/ Opportunités	Empathie patient	Les porteurs de projet accordent un intérêt accru pour un problème de santé particulier ou un problème d'inégalités sociales et identifient des solutions	« Le constat initial était de décréter que les enfants issus de la protection de l'enfance n'avaient pas les mêmes chances en santé que les enfants issus d'un milieu ordinaire, qu'il y avait une surreprésentation des handicaps, de l'obésité, des problèmes, des troubles de la santé mentale et que cette santé n'était pas prise en compte » (Int. 10)
	Inspiration internationale	Les porteurs de projets identifient de nouvelles opportunités d'organisation inspirées par des initiatives internationales	« Or, la beauté de ce que j'ai vu de mes yeux, parce que moi je suis médecin généraliste de formation en Suède, c'est qu'en Suède ils ne travaillent pas plus, ils travaillent plus intelligemment donc, ils ont trouvé...la possibilité d'augmenter la productivité du médecin généraliste et ça de façon très simple en fait » (Int. 7)
	Inspiration académique	Les porteurs de projets identifient de nouvelles opportunités à partir des travaux académiques	« Typiquement, quand vous allez chez votre dentiste et qu'il a une carie à soigner dans ce qu'on sait de la littérature, c'est que c'est une lésion qui a déjà progressé pendant plusieurs mois, sinon plusieurs années » (Int. 3)
	Inspiration technologique	L'évolution technologique offre aux porteurs de projet de nouvelles opportunités d'organisation	« On a 30% de notre activité environ, c'est les infirmières libérales qui nous les amènent. Et puis elles remplissent des petits papiers, puis de temps en temps, ils sont mal remplis. Je me suis dit, c'est quoi ce bazar ? Je me suis dit mais ce n'est pas possible qu'on ne travaille pas de manière connectée, synchronisée » (Int.8)
	Effets de rencontre	La rencontre d'acteurs de différents domaines d'activité stimule la volonté des porteurs de projet de développer des solutions pour un problème donné	« C'est la rencontre avec Stéphane D, C'est un ancien champion du monde de 400 mètres haies, c'est une figure emblématique du monde du sport... Bref, il parrainait beaucoup de choses dans le domaine de la santé, qui est un domaine qui l'intéresse [...] Lorsqu'on s'est rencontrés, notre but a été de réfléchir à comment on pouvait influencer sur les décisions politiques, concernant la prise en charge de l'activité physique et notamment la prise en charge par l'assurance maladie » (Int. 12)

Chapitre 5. Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé

	Volonté de transformation organisationnelle	Certains projets sont développés uniquement dans la perspective de transformer la ou les organisations de soins et de santé	« On a eu une structure qui ne fonctionnait plus, par manque de personnel, on embauchait des intérimaires qui étaient de mauvaises qualités, donc ça fonctionnait plus parce qu'on était au bord de la rupture. Moi, j'ai eu des réunions avec le personnel en pleurs qui disait, s'il vous plaît fermez la structure, on va tuer quelqu'un. Quand vous en êtes là, c'est qu'il y a un sujet » (Int. 7)
	Interdépendance des phénomènes à l'origine des IOS	Les catégories de phénomènes identifiés ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent être interdépendantes	« Ma prédécesseuse avait travaillé avec les coordinatrices sages femmes des trois maternités pour monter ce projet qui était un projet basé sur, bien sûr, les enquêtes de périnatalité, les recommandations des sociétés savantes, mais aussi le vécu de nos sages femmes et de nos gynécologues dans nos maternités qui voient des patientes arriver parfois dans des états de santé pas forcément très bons alors qu'elles ont des grossesses physiologiques et que leur vulnérabilité aurait dû être prise en charge » (Int. 1)
Processus de recherche et de développement de la solution	Ouvert	Le processus de recherche et de développement des IOS fait intervenir de nombreuses parties prenantes internes et externes	« Alors nous, on est une association loi 1901 qui regroupe toute une série de professionnels de santé, que ce soit des directeurs d'établissements, des administratifs, des médecins, chefs de pôle, directeurs de services qui réfléchissent, sur toutes sortes d'innovations qui peuvent être organisationnelles ou autres dans la santé » (Int. 35)
	Ex materia	Le processus de recherche et de développement de l'IOS a débuté antérieurement à l'expérimentation article 51. Il se poursuit, s'étend, voire s'enrichit	« Parce que le projet existait, moi, j'avais déjà réalisé une étude pilote sur un panel de 130 seniors exactement sur une année, avec simplement le test de l'application. Il n'y avait pas toute la coordination qu'il y a dans la version intégrale globale [...] J'ai travaillé avec les services informatiques internes pour la création de cette application et le logiciel dédié. Et donc les résultats étaient déjà probants » (Int. 6)
	Ex nihilo	La volonté d'intégration au sein du dispositif article 51 motive la génération de l'innovation	« L'idée principale, c'est de se rendre compte que souvent, quand on fait des modifications dans les ordonnances des médecins généralistes sans les concerter, ces modifications sont rarement prises en compte...Deux projets avaient été retenus par l'ARS pour être présentés dans le cadre des projets Article 51 » (Int. 5)

Le rappel méthodologique ayant été présenté, la sous-section suivante développe les résultats, plus particulièrement les phénomènes à l'origine des IOS.

5.2. Les phénomènes à l'origine des IOS

7 principaux phénomènes, à l'origine des IOS, sont identifiés et commentés dans les sous-sections suivantes : l'empathie patient (5.2.1.) ; l'inspiration internationale (5.2.2.) ; l'inspiration académique (5.2.3.) ; l'inspiration technologique (5.2.4.) ; les effets de rencontre (5.2.5.) ; la volonté de transformation organisationnelle (5.2.6.) ; l'interdépendance des phénomènes (5.2.7.).

5.2.1. Empathie patient

Par empathie patient, nous entendons le fait que les porteurs de projet portent une attention et montrent une compréhension particulière des problèmes vécus par les patients dans leurs parcours de soins et dans leurs conditions de vie. Il ne s'agit pas d'initier un débat puisque l'empathie dans la relation médecin-patient est interrogée (Lemogne, 2015), mais cette notion, liée à notre observation, montre que les porteurs de projet prennent en compte le vécu et les difficultés des patients pour développer de nouvelles idées.

Dans le cadre de ces résultats, l'empathie patient a fait l'objet d'une démarche de catégorisation et de codage complémentaire, qui permet d'identifier 4 formes d'empathie des porteurs de projet vis-à-vis des patients. L'empathie dédiée à la prévention (5.2.1.1.). Les porteurs de projets constatent les limites de la prise en charge curative et trouvent dommage que les patients n'aient pas bénéficié d'une approche plus préventive. L'empathie en matière de prise en charge/suivi du patient (5.2.1.2.). Les porteurs de projet identifient des lacunes dans les services rendus aux patients, que ce soit au niveau de leur prise en charge ou de leur suivi. L'empathie en matière d'accès aux soins et d'accessibilité financière (5.2.1.3.). Les porteurs de projet considèrent que les patients ont du mal à accéder aux soins, que les raisons soient d'ordre territorial ou financier. L'empathie envers les conditions de vie et les inégalités sociales (5.2.1.4.). Les porteurs de projet prennent en

compte les conditions de vie du patient et tentent de répondre à des problèmes d'inégalités sociales.

5.2.1.1. Empathie dédiée à la prévention

La genèse de l'IOS peut trouver sa source dans une forme de constat d'échec de la prise en charge curative qui devrait être évitée par la prévention. Les porteurs de projet soulignent ces phénomènes. Ainsi, l'interviewé 19, dont l'innovation porte sur le surpoids et l'obésité, rappelle une croissance des actes chirurgicaux aux dépens de la prévention : *« L'acte chirurgical est donc effectué et on a finalement une personne qui n'a pas compris l'importance de ce changement de mode de vie. Il reprend du poids à deux ans post-opératoires et, parfois..., on refait un acte chirurgical, donc on a une nouvelle opération, un surcoût aussi pour l'assurance maladie et puis des complications qui peuvent être associées »*. De la même façon, l'interviewé 46, dont l'innovation porte sur la prise en charge précoce développementale et relationnelle de l'enfant et de sa famille, évoque la prééminence à accorder à la prévention : *« L'idée, c'est vraiment d'être formés à la prévention, l'hypothèse que j'en ai, c'est que la formation « ... » permet de réduire le nombre de consultations parce que la psycho-éducation des parents permet en très peu de séances de comprendre et de connaître le développement de l'enfant...Une fois qu'on sait, on peut agir. Tant qu'on ne sait pas, c'est compliqué... »*.

Ces témoignages montrent que les porteurs de projet, sensibilisés par des pathologies particulières et des populations à risques, souhaitent dépasser le cadre des solutions curatives existantes en proposant de nouvelles approches préventives.

5.2.1.2. Empathie vis-à-vis de la prise en charge et du suivi du patient

Plusieurs IOS trouvent leurs origines dans la volonté des porteurs de projet d'améliorer la prise en charge et le suivi du patient. Ainsi et pour l'interviewé 25, dont les deux innovations portent sur le suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux et traités par immunothérapie : *« L'idée vient principalement du fait que pour les thérapeutiques orales, on pense qu'on peut faire beaucoup mieux pour le suivi des patients en étant coordonnés avec la ville. Je dirais que c'est le motif principal : faire mieux pour le patient... »*.

L'interviewé 42, dont l'innovation porte sur un parcours d'activité physique adaptée pour le patient, évoque, quant à lui, l'importance d'intégrer l'activité physique post-cancer dans le suivi du patient : *« il faut savoir que l'activité physique n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, ni pendant ni après les traitements. Or, en fait de plus en plus de publications montrent que l'activité physique a un impact sur les effets secondaires et puis sur le risque de récurrence après »*. Au passage, ce témoignage souligne l'interdépendance des phénomènes à l'origine des IOS qui sera développée dans les pages suivantes. Ce témoignage montre effectivement que l'idée du porteur de projet est stimulée par une inspiration académique, conjointe à une question d'accessibilité financière et à la volonté du porteur de projet d'améliorer le suivi du patient. Dans une même veine, le discours de l'interviewé 11 insiste sur un faisceau de phénomènes interdépendants à l'origine de l'IOS, mais également sur la volonté d'améliorer le suivi du patient dans sa réadaptation cardiaque : *« On s'est aperçu que beaucoup de patients qui avaient fait un accident cardiaque, une décompensation ou une intervention ne venaient pas en réadaptation parce qu'ils n'avaient pas envie, parce que c'était trop lourd pour eux, parce qu'ils ne voulaient pas mettre les pieds dans un hôpital, parce que c'était trop loin, parce que ça leur faisait horreur, parce qu'ils n'avaient pas le temps, parce que 1000 et une contraintes... On s'est dit c'est parce qu'on n'est pas adapté, on ne s'est pas bien adapté aux contraintes actuelles de la vie...Il faut trouver d'autres solutions et être plus adaptable aux patients... »*.

Dans les cas d'IOS observées, un phénomène stimulant la génération de nouvelles idées porte ainsi dans la volonté affirmée qu'ont les porteurs de projet de proposer de nouvelles façons d'appréhender la prise en charge et le suivi des patients. Là encore, il y a une forme de constat d'échec, ou pour le moins de « peut mieux faire » qui est dressé par les porteurs de projet dans leur compréhension de la situation des patients et qui stimule l'imagination de nouvelles organisations.

5.2.1.3. Empathie visant l'accès aux soins et l'accessibilité financière

Les porteurs de projets comprennent la situation des patients lorsque la prévention aurait dû être privilégiée aux soins curatifs. Ils identifient également des lacunes dans la prise en charge et le suivi des patients et tentent d'y pallier. En troisième lieu, l'origine de l'IOS peut

puiser sa source dans la prise de conscience des difficultés d'accès aux soins et, plus particulièrement, d'accessibilité financière. Ainsi, pour l'interviewé 6, dont l'innovation porte sur le repérage de la fragilité de l'état de santé des personnes âgées : *« On a aujourd'hui des seniors qui sont éloignés des centres médicaux, qui ne fréquentent pas forcément les centres médicaux au regard de la situation sanitaire et aujourd'hui, ils ne sont pas forcément suivis par un médecin »*. Au côté des aspects territoriaux, l'accès aux soins se situe également dans l'accessibilité financière des prestations pour le patient. En particulier, les porteurs de projet comprennent les difficultés qu'ont les patients pour financer leurs soins. A ce titre, l'interviewé 33, dont l'innovation porte sur une nouvelle façon d'appréhender l'obésité, insiste sur l'existence de ces phénomènes d'abordabilité, et de leurs limites : *« J'ai observé des dérives de patients pour avoir accès aux soins, c'est à dire qu'un patient qui doit se faire opérer doit rentrer dans des critères bien précis, notamment de poids. Et, donc, on a des patients qui prennent exprès du poids pour avoir accès à un programme de soins...On a réfléchi à une alternative à tout ça, qui serait d'offrir des soins autres que la chirurgie et préparer aussi des patients à la chirurgie avec un vrai parcours coordonné »*.

Cet autre témoignage montre également comment les porteurs de projet prennent en compte les situations financières des patients. L'innovation porte sur une pathologie spécifique, le lymphœdème et le porteur de projet (Int. 40) évoque l'importance des coûts financiers à la charge du patient, qui implique parfois un renoncement aux soins : *« il y a eu une étude, entre Toulouse et Montpellier, qui a montré que ce parcours de soin coûtait très, très, très cher parce qu'il y avait un reste à charge énorme sur la prise en charge pour le patient. Le reste à charge annuel, c'était 600 € pour un patient. Voilà donc. En fait, autant vous dire qu'il y en a les trois quarts qui sortaient du parcours de soins... »*.

5.2.1.4. Empathie envers les conditions de vie et les inégalités sociales

Une dernière forme d'empathie est identifiée à partir du procédé de catégorisation et de codage des *verbatim*. Plusieurs porteurs de projet développent de nouvelles idées et de nouvelles organisations à partir du constat de l'existence de conditions de vie difficiles et d'inégalités sociales qui les stimulent pour proposer des projets de transformation

socialement ambitieux. Ainsi et pour l'interviewé 46, dont l'IOS porte sur la petite enfance, l'innovation est générée par le besoin d'aider les autres : *« A chaque fois qu'on fait quelque chose, c'est pour les enfants, on a toujours ça en tête. En fait, on ne le fait pas pour nous, on ne le fait pas pour ce qu'on va gagner ou ce qu'on va perdre ou machin. On le fait parce que ça va aider des familles et ça va aider des enfants... »*.

Dans ce contexte d'inégalités sociales, les porteurs de projet portent également un regard sans concession sur les conditions de vie particulièrement difficiles des patients. Pour l'interviewé 38, dont l'innovation porte sur la prise en charge de la dénutrition, il s'agit même de dépasser les apparences trompeuses pour comprendre les réelles difficultés des situations de vie vécues par les patients : *« On s'est rendu compte aussi que certains de nos patients avaient des difficultés pour pouvoir prendre trois repas par jour, n'en prenaient que deux, quand bien même ils avaient des rendez-vous chez leur médecin traitant. On se rendait compte qu'en amont de ce rendez-vous, il y avait une espèce de transfiguration de la personne âgée [...] Elle s'attachait à ce que la voisine, la personne de confiance, la femme de ménage, ou autre, vienne le matin du rendez-vous lui faire la douche, sorte le plus bel appareil, le plus beau vêtement... Et le médecin, finalement à son cabinet, voyait la personne dans un tout autre état que ce qu'elle était au quotidien... »*.

Un dernier témoignage, parmi d'autres, souligne encore l'empathie des porteurs de projet envers les conditions de vie des patients et des inégalités sociales. Pour l'interviewé 20, dont l'innovation est dédiée à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, l'innovation puise son origine dans deux sources, l'une matérielle, l'autre expérientielle : *« En fait, les deux premiers motifs, c'est quand même un peu triste, c'est l'accessibilité des locaux, ça reste quelque chose de très important et l'adaptation des matériels...Et puis l'autre, c'est expérientiel, c'est à dire les personnes où les proches qui ont été mal reçus ou pas reçus du tout ou à qui on a fait comprendre directement ou plus indirectement, que ce n'était pas la peine de revenir parce qu'elles faisaient un peu tâche dans la salle d'attente... »*.

Pour conclure cette présentation de l'empathie patient à la genèse des IOS, il convient de souligner l'existence de dynamiques empathiques interdépendantes. En effet, la génération de nouvelles idées par les porteurs de projet peut être simultanément portée

par le besoin de répondre à une inégalité sociale, par la volonté de rendre accessible une prestation qui ne l'était pas, par l'objectif d'améliorer la prise en charge, le suivi, et la prévention d'une pathologie. Dans le cadre des problèmes d'obésité et de vieillissement de la population, des opportunités d'IOS aux origines pluri-empathiques sont ainsi observées.

5.2.2. Inspiration internationale

Les IOS peuvent être développées en prenant appui sur des solutions déjà expérimentées dans d'autres contextes internationaux. Ainsi et pour les porteurs de projet, il ne s'agit pas d'initier une innovation radicale, mais d'adapter plutôt une solution qui fonctionne bien ailleurs et qui a démontré son efficacité. L'interviewé 3 évoque cette inspiration internationale pour développer la prévention dans les soins dentaires. L'inspiration de cette IOS provient des pays scandinaves, elle a fait l'objet d'une expérimentation en Angleterre et est aujourd'hui déployée dans le contexte national français : *« En fait, c'est donner les moyens au chirurgien-dentiste d'intervenir avant qu'il y ait besoin de faire une restauration [...] Ce n'est pas récent...ce sont des systèmes de soins qui ont été mis en place dans les pays scandinaves notamment [...]On l'a juste améliorée en fonction des expériences des autres. On n'a pas changé grand-chose...c'était un modèle qu'on a construit en partenariat avec des pouvoirs publics, des économistes, en Angleterre, déjà. Donc on savait à peu près où on allait quand même dans ce type d'expérimentation. Moi, j'avais déjà publié là-dessus pas mal de fois. Puis on connaît le fonctionnement du système de santé en France puisqu'on négocie depuis 40 ans une convention avec les pouvoirs publics. Donc c'est vrai qu'on partait aussi avec un terrain bien solide ».*

D'un point de vue théorique, ce témoignage coïncide avec la notion de testabilité de l'innovation, introduite par Rogers (1995) et commentée dans le chapitre 1 du manuscrit. Cette inspiration internationale, qui reflète la testabilité de l'innovation, provient du parcours de vie des porteurs de projet, notamment de leurs voyages ou de leurs expériences professionnelles antérieures, vécues à l'étranger. Ainsi, l'interviewé 7, médecin généraliste formé en Suède, est directeur médical d'un groupe suédois dont les activités sont partagées avec la France. Cette situation particulière permet d'observer un

différentiel organisationnel et de proposer une IOS, inspirée internationalement : « Or, la beauté de ce que j'ai vu de mes yeux, parce que moi je suis médecin généraliste de formation en Suède, c'est qu'en Suède ils ne travaillent pas plus, ils travaillent plus intelligemment donc, ils ont trouvé...la possibilité d'augmenter la productivité du médecin généraliste et ça de façon très simple en fait ».

Le vécu des acteurs à l'étranger et leurs expériences professionnelles passées peuvent expliquer l'inspiration internationale à la genèse des IOS. Parce que les porteurs de projet sont également très largement de formation scientifique et professionnels de santé, ce même parcours peut également expliquer l'inspiration académique à la genèse des IOS.

5.2.3. Inspiration académique

La plupart des IOS observées s'appuient sur des recherches scientifiques publiées. L'inspiration académique est ainsi prégnante et soutient tout ou partie du projet d'IOS. Parallèlement, l'IOS peut aussi faire l'objet d'un terrain et d'un processus de recherche, ce qui a été montré par le témoignage de l'interviewé 3. Son IOS est d'inspiration internationale, mais elle a également contribué à des publications. En outre, les études appuient l'allocation de ressources et les arguments en faveur de l'émergence de l'IOS. Les témoignages suivants soulignent l'existence de cette inspiration académique à l'origine des IOS :

- « L'originalité, c'est qu'il y a un focus particulier sur des données qui proviennent de questionnaires patients. Ce qu'on appelle les PROM, ce sont des questionnaires standardisés publiés dans la littérature scientifique, qui permettent de mesurer leur qualité de vie et leur capacité fonctionnelle, leur niveau de gêne visuelle [...] Donc voilà, c'est ça qu'on essaie vraiment d'améliorer. Il y a vraiment ce gros focus. » (Int. 30 ; IOS portant sur la cataracte) ;
- « L'idée générale, elle est qu'on a des preuves formelles aujourd'hui qu'il faut un accompagnement et un coaching des personnes qui ont une maladie chronique pour permettre les changements des habitudes de vie. [...] Plusieurs études ont montré dans les années 2000 que si on induisait un changement d'activité physique,

d'alimentation avec une perte de poids, on réduisait l'apparition de ce nouveau diabète...on le réduit de 58 % à quatre ans, 27 % à quinze ans. Vous voyez, on a un corps robuste...Et ça, c'est valable pour le diabète gestationnel, c'est valable pour le cancer du sein...ça a été prouvé aussi pour la BPCO [...] C'est publié dans un journal qui s'appelle New England Journal of Medicine, qui est une des références » (Int. 50 ; IOS portant sur la récurrence des maladies chroniques) ;

- *« Et c'est comme ça qu'on a monté cette étude scientifique qui a démontré..., sur un groupe de 50 participants [...] Le poids du côté sport de Stéphane et moi, ma connaissance du côté des bases de données parce [...] lorsqu'on a présenté ces résultats au ministère de la Santé et au ministère des Sports. C'est sûr que ça a un peu bougé parce que la publication des résultats [...] Donc lorsqu'on a présenté ces travaux, ça a beaucoup interpellé, au plus haut niveau, quand je dis au plus haut niveau, c'est donc Direction Générale de la Santé, à l'époque, le cabinet du ministère de la Santé, cabinet du ministère des Sports, on a contacté la Haute Autorité de Santé, l'Inserm » (Int. 12 ; IOS portant sur l'activité physique pour la réadaptation cardiaque) ;*

Très certainement parce que les porteurs de projet sont souvent des scientifiques et des universitaires eux-mêmes, l'inspiration académique est particulièrement prégnante au cœur de la génération des IOS, évoluant sous plusieurs formes. Des IOS dont la genèse est appuyée par la littérature scientifique, des IOS dont la genèse est soutenue par ses propres études, ses propres données et bases de données, des IOS devenant elles-mêmes un terrain de recherche pour multiplier les études.

5.2.4. Inspiration technologique

La genèse des IOS peut provenir des évolutions technologiques qui permettent de nouvelles approches. Les témoignages suivants soulignent l'existence de ces phénomènes :

- *« Le diabète gestationnel, c'est de plus en plus fréquent et sans télémédecine, ça nécessite un suivi régulier des patients pour voir comment évolue leur glycémie. Au*

niveau d'un service, ça demande beaucoup de consultations, de suivi, de place...donc un côté organisationnel assez lourd. Et globalement, on s'est dit mais bon, c'est ridicule, on a des moyens techniques, c'est assez simple, ce sont des transferts de glycémie, ce n'est pas très compliqué. Et donc quand il y a eu la loi sur la télé surveillance, on s'est dit pourquoi pas faire une télé surveillance des femmes ayant un diabète gestationnel ? » (Int. 48)

Cet autre témoignage montre également le lien entre l'inspiration technologique, l'effet de rencontre qui sera commenté dans les pages suivantes et l'inspiration académique, puisque l'IOS a fait l'objet d'une publication dans une revue à comité de lecture :

- *« En 2010-2011, on a commencé à réfléchir différemment, grâce à des collègues venant de Basse-Normandie qui connaissaient bien la télémédecine. Nous on connaissait bien les plaies et on en a fait une joint-venture [...] On a fait deux études, une étude économique qui était effectivement très positive puisqu'on supprime les coûts de transport et une étude randomisée contrôlée sur le Languedoc-Roussillon sur deux groupes, un groupe télémédecine et un groupe où le patient se déplace voir l'expert. Ça a été publié dans une revue internationale à comité de lecture et on a démontré que, premièrement, il n'y avait pas de différence dans la prise en charge, c'est à dire que la cicatrisation n'était pas modifiée...et en termes de coût pour la société, c'était divisé par deux pratiquement » (Int. 16, IOS portant sur l'expertise en plaies via la télémédecine).*

Les IOS d'inspiration technologique peuvent également naître de rencontres plutôt contre-intuitives, à l'image des échanges entre une personne qui pourrait être potentiellement qualifiée de Geek et un professeur en médecine :

- *« Moi, je travaillais dans le monde du jeu vidéo [...] j'ai toujours été convaincu que le jeu pouvait apporter plus que du simple divertissement [...] en 2016, j'ai rencontré le professeur [...] qui est un éminent ophtalmologiste...Le professeur [...] voulait faire un outil digital qui puisse lui permettre de suivre la vision des patients à domicile » (Int. 45 ; IOS portant sur une application ophtalmologique de télésurveillance).*

5.2.5. Les effets de rencontre

Ce phénomène d'effets de rencontre est déjà identifié en amont, particulièrement à propos de l'inspiration technologique. La genèse des IOS peut effectivement provenir de la rencontre des porteurs de projet avec d'autres acteurs, cette rencontre stimulant la créativité pour le développement et l'application de nouvelles idées. L'exemple du porteur de projet travaillant dans le jeu vidéo et du professeur en médecine, est, à ce titre, éloquent. En effet, pour l'interviewé 45 : *« Ce sont souvent des rencontres à des moments opportuns, j'étais en recherche de sens, après, je n'étais pas en recherche forcément d'ophtalmologie, mais j'étais en recherche de sens et, en tout cas, la mission que portait le professeur me parlait particulièrement ».*

Dans une même veine, les effets de la rencontre entre un sportif de haut niveau, ancien champion du monde d'athlétisme et un médecin du sport, ont déjà été évoqués précédemment à propos de l'inspiration académique. La genèse de cette IOS portant sur l'activité physique pour une meilleure réadaptation cardiaque provenant de cette rencontre : *« C'est la rencontre avec Stéphane D, C'est un ancien champion du monde de 400 mètres haies, c'est une figure emblématique du monde du sport... Bref, il parrainait beaucoup de choses dans le domaine de la santé, qui est un domaine qui l'intéresse [...] Lorsqu'on s'est rencontrés, notre but a été de réfléchir à comment on pouvait influencer sur les décisions politiques, concernant la prise en charge de l'activité physique et notamment la prise en charge par l'assurance maladie » (Int. 12)*

Ces rencontres peuvent naître de professionnels de santé entre eux, à l'image des professionnels spécialistes des plaies qui rencontrent des experts de la télémédecine. Elles peuvent naître de professionnels de santé avec d'autres acteurs qui ne le sont pas, sportifs ou dirigeants de startups. Les IOS peuvent également être générées par des porteurs de projet qui ne sont pas du domaine de la santé, mais qui s'y intéressent et en identifient des potentiels besoins : *« A la base, mon associé et moi, on n'est pas du tout du secteur de la santé, mais on a constaté, parce que le père de mon associé était anciennement diabétologue, que dans beaucoup de centres hospitaliers et même cabinets en France, il y avait un besoin pour le diabète gestationnel, mais aussi pour d'autres types de diabète, d'un*

contact entre le patient et son équipe médicale en dehors des consultations » (Int. 21 ; IOS portant sur la prise en charge du diabète gestationnel par la télésurveillance).

Pour conclure sur les effets de rencontre, ils sont, pour certains porteurs de projet, considérés comme essentiels à la genèse des IOS : « *Le sentiment que j'ai des projets comme ça, c'est qu'il faut le faire avec des gens avec qui on est en confiance. Donc si Monsieur X est là aujourd'hui, ce n'est pas un hasard. Et comme je vous le disais, ce sont des rencontres d'hommes...Avec Monsieur X, on grenouille dans ce milieu-là, on avait une sensibilité » (Int. 39 ; IOS portant sur la conciliation médicamenteuse).*

5.2.6. Volonté de transformation organisationnelle

La volonté de transformation organisationnelle, comme l'empathie, se rencontre sous plusieurs formes. En premier lieu, les porteurs de projet peuvent créer de nouvelles structures qui répondent à un nouveau modèle organisationnel (5.2.6.1). Les porteurs de projet créent également de nouveaux services (5.2.6.2.) et de nouveaux parcours (5.2.6.3.). Enfin, de nouvelles relations entre professionnels de santé et patients sont également observées (5.2.6.4.).

5.2.6.1. La volonté de créer de nouvelles structures et de nouveaux modèles organisationnels

Les porteurs de projet sont mus par la volonté de transformer les organisations de santé par la création de nouvelles structures qui répondent à de nouveaux modes d'organisation. L'interviewé 2 a ainsi créé des Structures Libérales Légères (SLL) pluriprofessionnelles pour permettre la réadaptation cardiaque. Il souligne les phénomènes à la genèse de son innovation : « *L'idée me travaille depuis plus de 30 ans, vers les années 80. Il faut savoir que plus de 70% des patients retournent chez eux après une opération cardiaque, sans suivi... Les structures actuelles sont trop contraignantes pour les patients, les horaires sont restreints, les bilans et ateliers sont regroupés sur des ½ journées, ça demande du temps...Nous, nos services sont à la carte, les ateliers sont indépendants, les patients peuvent mettre six mois pour le faire. Les ateliers sont modulables selon les besoins,*

ils peuvent faire une heure un atelier, le lendemain un autre, du moment qu'ils réalisent tous les ateliers déterminés, de plus, nos horaires sont très étendus... » (Int. 2).

Parfois, les nouveaux modèles organisationnels envisagés constituent des évolutions potentielles majeures, c'est notamment le cas d'un projet dont la volonté est de transformer les statuts et de flexibiliser les possibilités d'exercice du médecin. Pour faire face à la désertification médicale, ce projet conduit par une clinique privée propose à la fois un lieu d'exercice et envisage une hybridité des statuts libéraux et salariés pour faciliter les installations de médecin : *« Notre sujet... c'était d'avoir des médecins libéraux [...] donc des médecins généralistes qui allaient être libéraux, mais dans une organisation ressemblant à du salariat avec une mise à disposition du médecin de tout ce qu'il fallait pour consulter... Je pense que le modèle n'est pas inintéressant, parce qu'en fait l'idée, c'était de dire aux médecins généralistes, notamment ceux qui remplacent, venez vous installer dans notre modèle parce que vous n'aurez aucune charge, vous n'avez pas besoin d'intégrer une société..., vous vous installez et vous exercez...Ils ne font rien, on fait la compta, on fait l'accueil, on s'occupe de l'informatique, on s'occupe de tout » (Int. 43).*

Le projet de transformation organisationnelle peut consister en la création d'une structure qui répond à un nouveau modèle organisationnel. Mais le nouveau modèle organisationnel peut aussi répondre aux difficultés liées à la fermeture d'une structure. Ainsi et pour l'interviewé 26, le projet s'inscrit dans une forme de chaos politique liée à la fermeture potentielle d'une maternité et à son impact sur l'opinion publique. A ce moment, aucun élu, ni parties prenantes institutionnelles ne souhaitent prendre une décision définitive sur le maintien et la fermeture de la maternité. L'IOS apparaît alors comme une alternative particulièrement appropriée et salvatrice. Cette innovation porte effectivement sur l'intervention à domicile d'auxiliaires de puériculture et de sage-femmes : *« Et ce qui l'a emporté à la fin, c'est que...les médecins n'en pouvaient plus, ils disaient « Stop, faut arrêter ! » Vous imaginez ? On fait des réunions au conseil d'agglomération, au conseil communautaire où les médecins sont avec la direction pour dire on veut arrêter, ça ne tient plus, on se met en danger, nous et les patients [...] Pourquoi est-ce que ça nait, pourquoi d'un seul coup le projet on va nous dire, on va vous aider à le porter ?*

Pourquoi on nous dit qu'il va se faire et que tous les clignotants vont se mettre au vert. Dès le début, on savait qu'il était accepté. Pourquoi ? C'est parce que ça permet d'avoir une couverture de prise en charge des patients avant, pendant et après, sur le territoire à domicile, tout en fermant la structure » (Int. 26).

Ce témoignage, qui propose un nouveau modèle organisationnel montre que l'inspiration à l'origine des IOS, au même titre que les inspirations académiques, internationales, technologiques, peut aussi être politique.

Ces nouveaux modèles organisationnels proviennent également parfois de l'identification d'imperfections dans le système, que les porteurs de projets constatent dans leurs pratiques quotidiennes, ce qui les conduit à imaginer des solutions pour les combattre : *« Un parcours différent, ça passe aussi par un mode de financement différent. Parce qu'aujourd'hui, en fait, ce qui se passe, pourquoi ça ne bougeait pas, c'est que les établissements hospitaliers gagnent de l'argent avec les complications... Cette complication permet de gagner beaucoup d'argent, donc ça n'intéressait absolument pas les établissements de prendre en charge en amont la dénutrition » (Int 35).*

5.2.6.2. La volonté de proposer et de développer de nouveaux services

La genèse des IOS peut être identifiée dans la volonté de porteurs de projet à développer de nouveaux services pour les patients, qui peuvent être simultanément utiles à l'amélioration des organisations de santé. Une IOS est particulièrement révélatrice de ce phénomène. Née pendant la crise de la Covid-19, cette IOS part du constat d'une saturation des cabinets d'urgence dentaire, liée à une mauvaise orientation des patients. L'interviewé 13 évoque la genèse de l'IOS : *« Jusqu'à présent c'était les médecins régulateurs du Samu qui prenaient tous les appels dentaires et qui, globalement, envoyaient... dans les cabinets de garde sans faire un véritable diagnostic parce qu'ils n'en ont pas les compétences...Surtout sur Mulhouse, les cabinets étaient vraiment débordés souvent, ils avaient 25 personnes sur une durée de garde théorique de 3 h, ce qui est vraiment insupportable...avec tous les problèmes dont on a parlé d'agressivité des patients, d'un sentiment d'insécurité des praticiens... Et l'idée est née de la période du confinement COVID, puisque tous les cabinets dentaires étaient fermés. Au conseil de l'ordre, on a organisé la prise en charge de toutes les*

urgences dentaires. C'est à dire que le SAMU nous appelait nous au Conseil de l'ordre. Et on avait mis en place une équipe de dentistes régulateurs, des praticiens volontaires qui travaillaient en binôme. On a fait ça pendant deux mois et on s'est rendu compte qu'effectivement beaucoup d'urgences pouvaient être traitées par un conseil déjà ou par une ordonnance qu'on envoyait par mail. Et donc, de là est née cette idée de pérenniser cette régulation au sein du Samu » (Int. 13).

Ce nouveau service de régulation des urgences dentaires permet, pour le patient, d'être orienté au mieux pour sa prise en charge. Il est important pour la régulation des urgences et pour l'équilibre des activités dans les cabinets de garde. Ce projet montre enfin l'importance qu'a eu la crise Covid dans l'émergence des IOS.

Un autre exemple de nouveau service est identifié au sein d'une IOS qui porte sur les allergies complexes. Le projet consiste à faire venir un conseiller en environnement intérieur et/ou un diététicien nutritionniste spécialisé en allergologie pour affiner le diagnostic directement au domicile du patient. L'interviewé 27 souligne les caractéristiques de la nouvelle idée de service proposée : *« Et l'idée, c'est donner des conseils les plus objectifs possibles... par rapport aux améliorations à apporter dans l'habitat, que ce soit des améliorations en termes de matériaux, mais également surtout en termes de fonctionnement, d'habitudes de vie... Améliorons l'habitat pour améliorer la santé des gens qui y habitent [...] C'est qu'effectivement, nous, on fait notre diagnostic d'allergies alimentaires [...] Il sera beaucoup mieux mis en musique et assuré par une diététicienne qui aura déjà une connaissance des habitudes alimentaires du patient [...] Et c'est vrai que dans nos consultations respectives, quand on est dans nos cabinets, quand on est à l'hôpital, on ne peut pas agir aussi finement [...] C'est vraiment personnaliser le diagnostic tant par rapport à l'exposition dans l'habitat pour les acariens et autres polluants de l'air intérieur qu'au niveau nutritionnel » (Int. 27).*

Dans le cadre du développement de nouveaux services, les IOS observées et les discours des porteurs de projet montrent que ceux-ci ne s'adressent pas exclusivement aux patients, mais peuvent aussi être destinés aux aidants. Pour l'interviewé 37, dont l'IOS porte sur la réadaptation respiratoire du patient à domicile, cet accompagnement de

l'aidant est essentiel : *« Un des éléments importants, c'est qu'on accompagne les aidants aussi. Pour les aidants, c'est hyper compliqué et d'autant plus compliqué quand le patient est plus âgé, plus malade, évidemment, quand il a de l'oxygène, de la ventilation, qu'il est cardiaque, qu'il est obèse et qu'il ne sait plus aller aux toilettes tout seul ».*

5.2.6.3. La volonté de transformation organisationnelle par la mise en place de nouveaux parcours

Dans les IOS observées, la volonté de transformation organisationnelle est identifiée également dans la création et la mise en place de nouveaux parcours de soins ou d'organisation des soins pour les patients. Ainsi, certains projets portant sur la conciliation médicamenteuse, déjà définie en amont, visent à améliorer le suivi et le bilan médicamenteux du patient. Pour l'interviewé 9, dont l'innovation porte sur le fait que les chirurgiens et anesthésistes n'ont pas accès aux informations nécessaires sur le traitement médicamenteux du patient, il s'agit de rendre obligatoire le bilan médicamenteux dans le parcours patient : *« Moi, mon idée depuis longtemps, c'est ça, c'est que ça rentre dans un parcours obligé du patient même en dehors d'une hospitalisation, on proposerait, par exemple, à un patient qui est en Affection de Longue Durée (ALD), on lui proposerait tous les deux ans [...] de faire un bilan partagé de médication quasi obligatoire dans sa prise en charge [...] Ce bilan partagé médication, il est quand même très peu fait en pharmacie actuellement parce qu'il est uniquement sur l'initiative du pharmacien, tandis que là, ce bilan partagé de médication, il est inscrit dans le parcours du patient [...] » (Int 9).*

Dans d'autres cas, l'IOS provient de l'identification de problèmes dans la traçabilité du parcours patient, qui nécessite une réorganisation. Ainsi, l'interviewé 34 explique les origines de son idée d'organiser le suivi, en ville, du patient sous traitement anticancéreux : *« A partir du moment où le pré diagnostic de cancer est fait en ville, le patient disparaît des écrans, c'est à dire qu'il ne revient quasiment pas chez son médecin traitant parce que tout est fait à l'hôpital. Il est suivi à l'hôpital. Il y retourne tous les mois, donc il ne voit pas l'intérêt de son médecin traitant » (Int. 34).* Ce témoignage montre l'existence de lacunes qui induisent une volonté d'améliorer et réorganiser les parcours existants. Parfois, la lacune identifiée par les porteurs de projet se situe dans l'absence

même de parcours et il s'agit, non pas seulement de l'améliorer, mais d'en créer un ex nihilo. Pour l'interviewé, 50, dont l'IOS porte sur la prise en charge de l'obésité, il faut ainsi dépasser la sphère de la simple consultation et initier une démarche d'accompagnement du patient sur le long terme : « *Tout ce qui va être l'accompagnement et le coaching des personnes en situation d'obésité au changement va être plus efficace que simplement une information, une conviction, une action sur un temps bref. On dit qu'il faut à peu près 250 à 300 jours pour ancrer une nouvelle habitude. Donc on comprend bien que ce n'est pas une consultation, cinq consultations, qui vont changer les choses...Moi je m'intéresse à toutes les stratégies qui vont permettre d'induire, de maintenir et d'ancrer le changement... C'est la récurrence des séances... il y a un accompagnement de quinze consultations, en douze mois. Donc on est dans quelque chose qui est du coaching assez régulier...* » (Int. 50).

Enfin, la création de parcours peut aussi être destinée à des populations spécifiques, ce qui est le cas d'une IOS portée par l'interviewé 41, qui vise le dépistage et la prise en charge de la dénutrition : « *J'ai commencé à travailler sur les parcours et notamment au service des urgences de l'hôpital d'X, sur le repérage des patients fragiles. Deux ans plus tard, j'ai fait un état des lieux pour analyser les 600 premières demandes des urgentistes à l'équipe mobile. Ça m'a permis d'évaluer et de regarder ce qui se passait sur 600 parcours. Et donc, fort de ça, on a commencé à mettre en place dans l'hôpital le parcours de santé du patient âgé, fragile* » (Int 41).

5.2.6.4. Une volonté de transformation organisationnelle par la création de nouvelles relations avec les professionnels et les patients

La littérature sur l'innovation organisationnelle évoque déjà la création de nouvelles relations entre acteurs professionnels de santé et patients (Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016). Une même dynamique est observée au sein des IOS étudiées. Ainsi, pour l'interviewé 41, la volonté de transformation organisationnelle par la création d'un nouveau parcours va de pair avec la création de nouvelles relations interprofessionnelles : « *Et là, avec l'économiste de santé, les urgences de l'hôpital, quelques services, des familles volontaires et des médecins généralistes volontaires, on a commencé à*

réfléchir sur la notion de parcours du dénutris et on a mis en place ce qu'on appelle un chemin clinique, un parcours de soins » (Int. 41).

Les nouvelles relations ne concernent pas simplement les relations entre professionnels de santé, mais peuvent s'inscrire dans une démarche d'ouverture, notamment avec des équipes du secteur privé, ce que souligne l'interviewé 42 : « *Donc... on a travaillé avec les équipes de Société X et nos équipes à nous, on a présenté ça à quelques praticiens pour savoir si c'était OK, on avait déjà les infirmières coordinatrices parce qu'on a déjà un modèle organisé [...] Donc les filles, elles étaient déjà là, on n'avait pas besoin de recruter et on a été soutenu par quelques praticiens et on a monté le projet » (Int. 42)*

Parfois, les nouvelles relations entre professionnelles consistent surtout à redécouvrir et renforcer un lien qui n'existait plus. Ainsi, l'interviewé 18 évoque les nouvelles relations entre médecin généraliste et psychiatre : « *Et donc l'idée, c'était de faciliter l'accès à un spécialiste [...] C'est à dire qu'en psychiatrie, avant notre expérimentation, on savait que si on adressait le patient à un psychiatre, on ne le revoyait pas. Le psychiatre prenait la main, faisait le suivi. Et puis nous, on était exclu du suivi du patient. Et là, en fait, un des objectifs de l'expérimentation, c'était de dire on adresse plus facilement à un psychiatre mais par contre, le psychiatre nous renvoie le patient. D'avoir un suivi vraiment global et plus continu aussi dans le temps » (Int. 18).*

La pluriprofessionnalité est dans l'essence même des projets de l'article, ce qui a déjà été souligné dans la description du terrain de recherche, mais ce qui est aussi exprimé par les acteurs porteurs de projet : « *Pouvoir aussi avoir un parcours coordonné, c'est à dire que l'objectif, c'est quand même d'avoir des professionnels qui travaillent ensemble, parce que l'approche de l'obésité, c'est vraiment une approche pluri professionnelle, on ne peut pas traiter l'obésité sans traiter la diététique, mais aussi la psychologie et puis l'activité physique, c'est vraiment un tout. Donc l'article 51, c'est aussi l'objectif d'avoir ce parcours coordonné pluri professionnel » (Int. 29).*

Les nouvelles relations s'observent également auprès du patient, notamment parce que de nombreuses IOS visent l'autonomisation du patient dans la prise en charge de sa pathologie. Comme le souligne l'interviewé 37 : « *Tout part de lui (patient), de ses besoins,*

de ses attentes, de ses projets personnels... Nous, on va mettre en place des objectifs pédagogiques et des plans d'action pédagogiques pour lui faire acquérir des compétences utiles, qui soient intéressantes pour lui... ».

L'interviewé 50 évoque les nouvelles relations d'engagement proposées au patient par l'IOS : *« C'est l'idée de dire, on a une porte d'entrée qui est la première séance. On définit les objectifs de changement, on ne les définit pas comme ça, de façon descendante, mais on discute, on fait le diagnostic. Quel changement serait-il souhaitable ? Et la personne dit OK, j'y vais pour ça, je m'engage devant les autres, stratégie de l'engagement à atteindre cet objectif là et, pour ça, passer par telle ou telle étape » (Int. 50).*

5.2.7. Interdépendance des phénomènes à la genèse des IOS

La définition proposée des IOS dans le chapitre précédent insiste sur le caractère hybride, complexe et multidimensionnel de ce type d'innovation. En s'interrogeant sur les phénomènes à l'origine des IOS, un même constat peut être établi. En effet, l'ensemble des phénomènes identifiés ne sont pas mutuellement exclusifs, mais évoluent, de façon interdépendante, dans la plupart des cas. Ainsi, l'empathie patient peut coexister avec des effets de rencontre ou une volonté de transformation organisationnelle dans le processus de génération de l'IOS. Le témoignage suivant montre bien l'existence de cette interdépendance, puisque l'inspiration académique est associée à l'empathie patient et à une volonté de transformation organisationnelle : *« Ma prédécesseure avait travaillé avec les coordinatrices sages femmes des trois maternités pour monter ce projet qui était un projet basé sur, bien sûr, les enquêtes de périnatalité, les recommandations des sociétés savantes, mais aussi le vécu de nos sages-femmes et de nos gynécologues dans nos maternités qui voient des patientes arriver parfois dans des états de santé pas forcément très bons alors qu'elles ont des grossesses physiologiques et que leur vulnérabilité aurait dû être prise en charge » (Int. 1).*

Ce panorama des phénomènes observés à la genèse des IOS étant établi, la section suivante interroge leur processus de recherche et de développement des solutions proposées.

5.3. Processus de recherche et de développement des IOS

Le processus de recherche et de développement des IOS observées est caractérisé par plusieurs formes. Tout d'abord, ce processus de recherche et de développement est un processus d'innovation ouverte (5.3.1.). Ensuite, le développement des IOS peut être de deux natures, soit *ex materia*, puisque l'innovation provient d'un long cheminement et d'expériences antérieures (5.3.2.), soit *ex nihilo*, lorsque c'est l'article 51 qui génère l'effet de catalyse de l'innovation (5.3.3.).

5.3.1. Les IOS, un processus de recherche et de développement ouvert

Les IOS de l'article 51 sont, presque par essence, ouvertes. En effet, la description du terrain de recherche a souligné déjà le degré d'ouverture du dispositif article 51 qui s'adresse à toute forme d'établissement ou de structure. Par ailleurs, les projets étant voués à la coordination des soins, ils présentent, dans la majorité des cas, une dynamique pluriprofessionnelle particulièrement marquée. L'interviewé 35 précise que les fondements même de sa structure sont composés de multiples parties prenantes : « *Alors nous, on est une association loi 1901 qui regroupe toute une série de professionnels de santé, que ce soit des directeurs d'établissements, des administratifs, des médecins, chefs de pôle, directeurs de services qui réfléchissent, sur toutes sortes d'innovations qui peuvent être organisationnelles ou autres dans la santé* » (Int. 35).

Le degré d'ouverture peut consister en un dépassement des clivages énoncés dans le chapitre 3. Des professionnels de santé, qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble collaborent pour développer l'innovation. Mais le processus peut aussi faire intervenir des parties prenantes, qui ne proviennent pas, originellement, des mêmes mondes. Par exemple, une IOS portant sur la consultation des populations migrantes s'est développée à partir de l'association de médecins généralistes et d'interprètes : « *Et l'idée, effectivement, c'était après de voir ce qui pouvait manquer le plus à la médecine générale pour prendre en charge les patients. Et bien évidemment, ça a été la langue, la barrière de la langue est un frein majeur. De là est venue l'idée de pouvoir finalement mettre en place cette interprétation auprès de la médecine générale dans le cadre de cette expérimentation [...] qui se traduisait par la mise à disposition de l'interprète pouvant faciliter ou en tout cas*

généraliser au maximum la consultation, la prise en charge auprès de la médecine libérale » (Int. 49).

Dans une même perspective d'ouverture, les innovations peuvent être développées par une collaboration entre professionnels de santé et acteurs de startups : « *Et donc c'est comme ça qu'on a décidé de créer Odysight qui est, en fait, une solution de suivi de vision à domicile, couplée à un jeu, pour permettre à la fois que ce soit une expérience agréable pour le patient et en même temps un dispositif médical... On a fait valider bien évidemment nos tests digitaux en étude clinique pour montrer qu'il y avait équivalence entre nos résultats et des tests qui sont faits directement au centre » (Int. 45).*

Les effets de rencontre, déjà identifiés à propos des phénomènes à la genèse des IOS, lorsqu'ils intègrent des professionnels de santé et des acteurs de la société civile conduisent à la mise en place de démarches d'innovation ouverte. Pour autant, les effets de rencontre ne se situent pas que dans les phases initiales des projets, mais également dans leur développement. Comme le souligne l'interviewé 36 : « *C'est une dynamique, je ne suis pas sûr qu'ils aient perçu ça avec l'article 51, mais, avec leur idée géniale, ils créent autour une dynamique interprofessionnelle qui dépasse de loin le cadre. On a fait intervenir des écoles d'ingénieurs, on a fait intervenir des gens qui n'avaient rien à voir avec la dentisterie, les médecins etc. »*

Les démarches d'ouverture observées dans les IOS de l'article 51 sont toujours des démarches outside-in, c'est-à-dire que la connaissance est intégrée de l'extérieur vers l'intérieur (Chesbrough, 2006). A notre connaissance, aucune démarche inside-out, telle que définie dans le chapitre 1, n'est observée.

5.3.2. Les IOS de l'article 51, un processus *ex materia*

Plusieurs IOS observées proviennent d'un substrat préexistant, voire d'un long cheminement. Deux types de processus *ex materia* peuvent être identifiés. Les IOS *ex materia* par incrémentalisme périmétrique (5.3.2.1.). Les IOS *ex materia* par incrémentalisme processuel (5.3.2.2.).

5.3.2.1. Les IOS *ex materia* par incrémentalisme périmétrique

Plusieurs IOS observées sont nées en amont de l'intégration au dispositif de l'article 51. Dans certains cas, les IOS évoluent par incrémentalisme périmétrique, c'est-à-dire que l'IOS est originellement locale, se développe régionalement et l'article 51 peut être une opportunité pour une mise à l'échelle et un développement de plus grande ampleur. L'interviewé 31 montre comment son IOS, qui porte sur le maintien à domicile du patient dans l'objectif de retarder son entrée en EHPAD, a évolué d'une initiative locale vers une innovation pluri-partenaire et nationale : « *Je suis chef de projet national sur toute la filière personnes âgées et domicile de l'association X [...] L'association X, on avait, de notre propre chef développé, on va dire ce même dispositif qui n'était pas financé de la même façon. [...] Voilà, mais ça, c'était vraiment de notre propre chef en se disant il y a quelque chose à faire. Il faudrait qu'on se lance là-dessus, sur l'EHPAD à domicile, on l'avait appelé Ehpad..., le projet, et on s'était lancé sur un site. La DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) avait été mise au courant. Il y avait aussi d'autres personnes, d'autres organismes qui s'occupaient de faire un peu la même chose, mais dans leur propre coin, puisqu'il n'y avait pas de solution, on va dire, directe de l'État. Et c'est en 2019 que la Direction Générale de la Cohésion Sociale, nous a proposé justement le dispositif [...] au sein de l'article 51. Et nous avons apporté notre réponse et notre proposition. Et trois organismes ont été retenus pour faire partie de cette expérimentation [...]* » (Int. 31).

L'interviewé 27, dont l'IOS portant sur l'analyse des allergies à domicile est déjà commentée en amont, souligne le caractère *ex materia* par incrémentalisme périmétrique de son innovation : « *Sachant qu'on ne part pas de zéro, on parle de quelque chose qu'on maîtrise... mais qu'il faut arriver à modéliser et trouver un modèle simple, finalement compréhensible... Ce ne sera pas le réseau d'allergologie de telle région qu'on va dupliquer, mais vraiment créer des modèles de parcours... qui seront transposables partout en France, qui puissent être accaparés par d'autres types de structures [...] Donc oui, l'objectif ce sera un peu de généraliser tout ça.* » (Int. 27).

5.3.2.2. Les IOS *ex materia* par incrémentalisme processuel

Une seconde forme d'IOS *ex materia* observée concerne le processus de développement des IOS. L'article 51 permet effectivement de tester, d'améliorer, de modifier, d'adapter la solution préexistante. Ainsi et pour l'interviewé 6 : *« avec l'article 51, on a pu travailler davantage le process, davantage la coordination avec les différents professionnels qu'on n'avait pas dans la phase pilote, créer des outils informatiques. On a créé un site dédié au suivi de l'alerte, ce qu'on n'avait pas dans la précédente étape [...] Donc pour moi, c'est quand même la continuité du service en l'améliorant, en le complétant et en lui donnant tout son sens [...] Parce que si c'était resté juste l'application, je pense que ce ne serait resté qu'en interne et le projet n'aurait pas forcément eu l'envergure d'innovation en santé ».*

L'interviewé 48 évoque la nécessaire industrialisation de l'IOS qui est rendue possible par des dispositifs comme celui de l'article 51 : *« Et à l'époque donc c'était en 2012-2013, il y avait trois projets. Il y avait le nôtre, celui du CHU de ... [...] et puis celui de la société ..., qui a aussi actuellement son expérimentation sur le même sujet. Celui du CHU...est tombé à l'eau pour différentes raisons... Nous, ça vivait. C'est à dire qu'il y a un moment, il faut une industrialisation des solutions techniques, parce que ce n'est pas à nous de faire tout ce qui est technique, le suivi, etc. Donc ça, ça n'allait pas, il y avait une startup de la région qui nous a aidé et qui a repris le produit... à un moment on s'est dit c'est bien beau, mais il va falloir quand même valider un peu ça pour voir si c'est vraiment utile » (Int. 48).*

Parfois, le processus de développement *ex materia* porte à la fois une dimension périmétrique et processuelle. L'interviewé 41 explique l'évolution de son IOS et montre comment elle est simultanément améliorée dans son process, qui passe d'un parcours de soins à un parcours de santé, et qui vise l'objectif d'un périmètre de plus grande ampleur : *« Donc, on a pu sortir le parcours de soins et le faire évoluer vers un parcours de santé où on a mobilisé les acteurs sociaux, médico sociaux, les contrats locaux de santé... On commence sur le territoire où je connais et on va aller sur un autre territoire pour transférer, et voir si c'est nationalisable » (Int. 41).*

Pour conclure, le fait que les IOS soient régulièrement *ex materia* montre sans doute que l'innovation organisationnelle en santé nécessite une base et des fondations solides pour

être déployée. En effet, la complexité déjà soulignée en amont demeure importante et les processus de développement sont, par conséquent, longs et exploratoires, comme le souligne l'interviewé 28 : « *La chance qu'on a est d'exister avant, on ne partait pas de rien... On avait essayé nos propres plâtres sur le protocole, on l'a fait sur six mois, on l'a fait sur un an, on a fait 3 ateliers...c'était complètement exploratoire...On l'avait déjà fait, notre formule était déjà bien construite, reproductible puisqu'on l'avait étendue sur d'autres territoires* » (Int. 28).

5.3.3. Les IOS de l'article 51, un processus ex nihilo

La catégorie des IOS ex nihilo cible particulièrement les défis du système de santé et rejoint également les phénomènes à la genèse des IOS déjà identifiés. Dans la mesure où ces IOS sont proposées et motivées par le dispositif article 51, elles répondent effectivement à ses objectifs, détaillés dans le terrain de recherche. Ainsi, l'interviewé 7, dont l'IOS repose sur la lutte contre les déserts médicaux, explique : « *Donc le pari qu'on fait, c'est de démontrer qu'à travers cette nouvelle organisation, on peut créer un écosystème qui redonne envie aux jeunes de s'installer* » (Int. 7)

Cette prise en compte des défis du système de santé peut être à l'initiative des acteurs, qui proposent des solutions aux institutions, comme pour le témoignage précédent. Cette initiative des acteurs peut même être totalement ex nihilo, c'est-à-dire qu'aucun problème préalable n'est sélectionné et identifié mais l'article 51 conduit à une forme de brainstorming pour la proposition d'innovations, comme l'indique le témoignage de l'interviewé 43 : « *Quand la réglementation est sortie sur l'article 51, on a constitué un groupe de travail et on s'est dit qu'est ce qui peut relever d'un article 51 ? Donc il y a eu un certain nombre de sujets, sur la prothèse de hanche et sur la chirurgie colorectale et nous, mon équipe développement médical, comme on était en train de travailler sur les centres de santé, on s'est dit on va utiliser l'article 51 justement pour pouvoir déroger à une règle...* ».

L'initiative peut également provenir des institutions, qui poursuivent un objectif et qui stimulent le développement de l'innovation. Deux témoignages soulignent cette dynamique institutionnelle :

« Et puis, en 2018, c'est l'Agence Régionale de Santé qui établit son projet régional de santé et qui intègre les troubles des apprentissages, qui demande à ce qu'il y ait une association qui soit dédiée à cet objectif et donc ce sont les premiers travaux pour poser une lettre d'intention à l'article 51 avec le soutien de l'ARS [...] » (Int. 44).

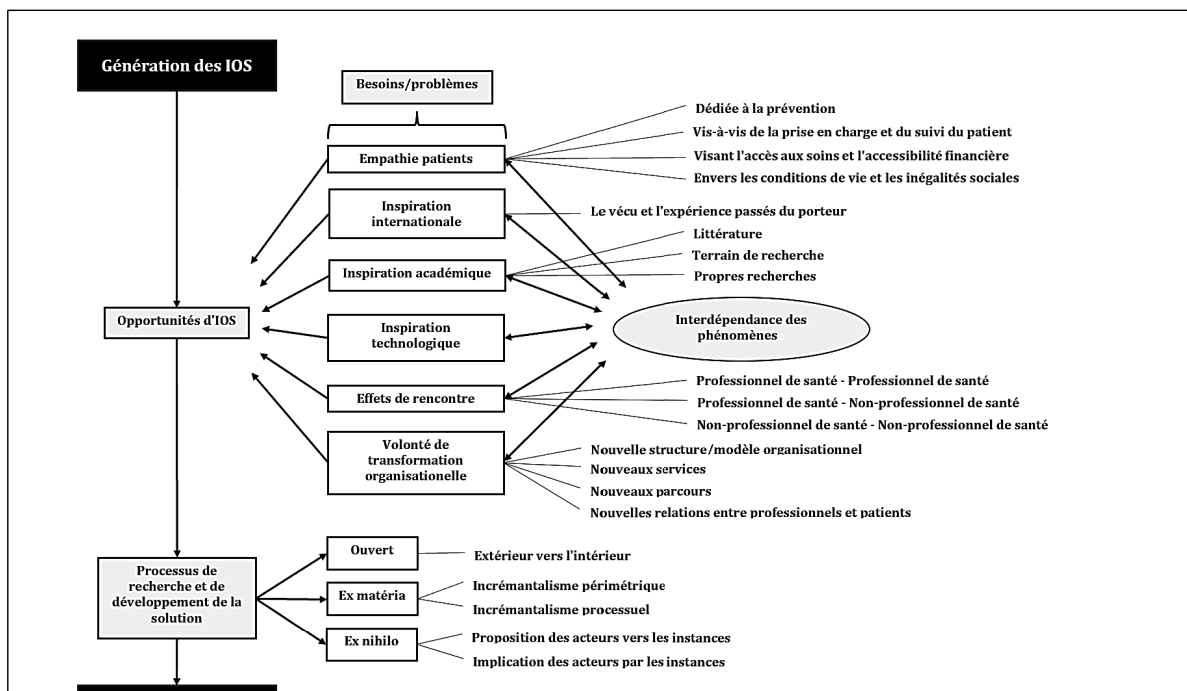
« Et voilà, arrivé en 2018, l'ARS et la CPAM reviennent vers nous en nous expliquant qu'il existe maintenant un cadre dans lequel réaliser ces innovations en santé » (Int. 33).

Ces innovations peuvent être ex nihilo, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles ne sont pas modifiées, notamment dans le cadre des évolutions de la rédaction du cahier des charges et postérieurement aux échanges avec les différentes instances, ce qui est montré dans le témoignage de l'interviewé 5 : *« Les deux projets avaient été retenus par l'ARS pour être présentés dans le cadre des projets Article 51, mais avec la volonté de grouper les deux projets. C'est pour ça qu'on obtient ce projet avec deux portes d'entrées distinctes [...] C'est vrai que par rapport à notre projet initial, on a vu qu'il y a eu malgré tout des changements imposés entre guillemets. Voilà, il a fallu qu'on s'adapte » (Int. 5).*

Ces modifications feront l'objet d'un développement plus important dans le chapitre qui s'intéresse aux barrières et leviers des IOS. Au final, deux formes de développement ex nihilo peuvent être identifiées, par la proposition de solutions des acteurs vers les instances et par l'implication des acteurs par les instances.

Avant de procéder à la conclusion de ce chapitre, la figure ci-dessous propose une vue synoptique de la genèse des IOS.

Figure 19 : Phénomènes à la genèse des IOS et processus de développement des IOS



Cette figure reprend l'ensemble des phénomènes identifiés et commentés dans les pages précédentes. Tout comme dans le chapitre 4, cette figure insiste sur le caractère multidimensionnel et la complexité des IOS, dont la genèse demeure très fortement liée aux parcours individuels et aux sensibilités des porteurs de projet.

Conclusion

Ce chapitre complète la description des éléments constitutifs des IOS, développée dans le chapitre 4. En s'appuyant sur l'analyse des entretiens conduits auprès des porteurs de projet, il permet de répondre à la question : *Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ?* Dans cette perspective et en lien avec les approches théoriques de la diffusion et de l'adoption des innovations, ce chapitre mobilise deux angles principaux. Tout d'abord, il porte sur l'identification des phénomènes à la genèse des IOS, donc du couple solutions/problèmes. Deuxièmement, il tente de comprendre quels peuvent être les processus de recherche et de développement des IOS.

Plusieurs phénomènes à la genèse des IOS observées sont identifiés. Les résultats montrent effectivement que l'empathie patient, l'inspiration internationale, l'inspiration académique, l'inspiration technologique, les effets de rencontre et la volonté de transformation organisationnelle, stimulent, souvent de façon interdépendante, la volonté et la création de l'innovation par les porteurs de projet. Sur ce point, il est important de souligner à quel point un lien fort de proximité existe entre le parcours et les sensibilités du porteur et l'IOS générée. La revue de littérature a insisté sur l'existence d'une vision mécaniste de l'innovation, qui se concentre sur les processus et qui omet le rôle central des individus. Au contraire de cette approche désincarnée, même à propos d'un domaine, la santé, qui peut, à priori, paraître très rationnel, les témoignages d'acteurs rappellent à quel point les aspirations, valeurs, motivations, émotions interviennent dans le processus de génération des IOS.

Ensuite, l'analyse des processus de développement des IOS permet d'en identifier plusieurs types : *ex materia* et *ex nihilo*. Une IOS *ex materia* signifie que l'IOS bénéficie d'un substrat préexistant en amont de l'article 51. Un processus d'IOS *ex nihilo* est déclenché par l'article 51. Les IOS *ex materia* se décomposent elles-mêmes en plusieurs catégories : par incrémentalisme périmétrique et par incrémentalisme processuel. Les IOS *ex materia* par incrémentalisme périmétrique indiquent l'existence, en amont de l'article 51, d'innovations dont le dispositif permet l'amélioration de la portée et de la mise à une échelle territoriale supérieure. Les IOS *ex materia* par incrémentalisme processuel,

soulignent l'existence, en amont de l'article 51, d'innovations dont le dispositif permet, cette fois, l'amélioration des process internes. Une IOS peut être hybride, périmétrique et processuelle.

Les IOS ex nihilo rassemblent, quant à elles, les innovations qui sont proposées par les acteurs aux instances, dans le cadre de l'article 51. Leur processus peut aussi être initié par des instances, qui cherchent des acteurs et des solutions pour répondre à une problématique donnée.

Dans tous les cas, les IOS de l'article 51 sont ouvertes puisqu'elles sont caractérisées par leur dynamique inter-organisationnelle et pluriprofessionnelle.

Ce chapitre permet de mieux comprendre l'ensemble des contours de la genèse des IOS. Le chapitre suivant, 6, appréhende l'adoption des IOS, particulièrement en s'intéressant à leurs barrières et leviers.

Chapitre 6

Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS)

Introduction

Ce chapitre vise à identifier les principales barrières et les principaux leviers à l'adoption des IOS. Au niveau théorique, la revue de la littérature a montré que l'adoption d'une innovation n'allait pas de soi, mais que cette démarche nécessitait de surmonter de nombreux obstacles. Dans le cadre des organisations de santé, ces difficultés peuvent être exacerbées, ce que le parcours de la littérature a également souligné. Pour encourager l'innovation en santé, il est donc essentiel de mieux connaître quelles sont précisément ces difficultés qui empêchent ou stoppent le processus d'innovation. A l'opposé, il est aussi important d'appréhender quels sont les éléments qui facilitent ce même processus. Ce chapitre répond donc à la troisième question posée dans cette recherche : « *Quels sont les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans le cadre de l'article 51 ?* »

Le fait que cette question soit posée au regard de l'article 51 n'est pas neutre. En effet, comme présenté dans le chapitre 1, plusieurs travaux analysent déjà l'existence des barrières et des leviers à l'innovation dans le contexte spécifique des organisations de santé (Greenhalgh *et al.*, 2004 ; Auschra, 2018). Pour autant, ces recherches s'inscrivent dans un contexte où l'innovation est plutôt descendante et où les acteurs n'ont pas autant la main sur la génération et la diffusion de l'innovation que dans le cadre d'un dispositif tel que celui de l'article 51. Par ailleurs, ces travaux reposent sur des revues de littérature systématiques, ce qui ne permet pas d'appréhender les perceptions des acteurs de l'innovation organisationnelle en santé.

Sur un plan méthodologique, ce chapitre s'appuie, comme pour le précédent, sur l'analyse du discours des acteurs, porteurs de projet de l'article 51. En effet, au cours des 52 entretiens conduits, des questions portant sur les barrières et les leviers à l'adoption de leur innovation ont été posées.

Une particularité est d'avoir distingué des questions portant sur la décision de mise en usage, l'initiation, et des questions portant sur la mise en usage, l'implémentation des IOS. Comme le souligne la littérature, la reconnaissance de ces phases est importante car le processus d'adoption de l'innovation organisationnelle n'est pas automatique mais est un

processus collectif, long et complexe, qui implique de porter un regard nuancé sur chacune de ses phases (Birkinshaw et al., 2008 ; Alter, 2010 ; Dubouloz, 2014).

Conséquemment, ce chapitre se structure de la façon suivante. Comme pour le précédent chapitre, une première section présente un rappel méthodologique qui permet de mieux comprendre d'où proviennent les résultats (6.1.). Dans une seconde section, les barrières et les leviers à l'adoption de l'innovation, dans sa phase d'initiation, sont détaillés (6.2.). Une troisième section décrit les barrières et les leviers à l'adoption de l'innovation, dans sa phase d'implémentation (6.3.).

6.1. Rappel du dispositif méthodologique

Comme pour le chapitre précédent, cette section propose un bref rappel méthodologique pour mieux comprendre la façon dont les résultats émergent. En premier lieu, le guide d'entretien a permis de collecter des données sur les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans deux phases principales, l'initiation ou la décision de mise en usage, l'implémentation ou la mise en usage. Pour rappel, la troisième phase d'adoption, de poursuite de l'usage, n'est pas appréhendée dans le cadre de cette recherche, puisqu'à l'instant t, les évaluations des expérimentations débutent ou sont en cours.

Les questions permettant d'identifier les barrières et les leviers à l'adoption de l'IOS, dans sa phase d'initiation (décision de mise en usage), étaient les suivantes :

- *Quelles difficultés avez-vous rencontrées durant cette phase d'acceptation ?*
- *Au contraire, quelles conditions facilitantes avez-vous rencontrées ? (aide, de l'accompagnement...)*

Ces questions appréhendent, de façon directe, les barrières et les leviers à l'adoption des IOS. D'autres questions, connexes ou de contextualisation, permettent également d'aborder ces éléments :

- *Quels sont les différents professionnels impliqués ?*
- *Pour quelles raisons ont-ils souhaité être impliqués ?*
- *Quelles ont été les difficultés pour les intégrer dans votre projet ?*
- *Comment avez-vous eu connaissance de l'article 51 ?*
- *Qu'est-ce qui vous a motivé pour déposer votre lettre d'intention ?*
- *Pouvez-vous me décrire les grandes étapes du processus d'intégration de votre innovation à l'article 51 ?*
- *Combien de temps a duré cette démarche ? (entre le dépôt de la lettre d'intention à l'acceptation)*

Pour la seconde phase, d'implémentation (mise en usage), les questions qui appréhendent, de façon directe, les barrières et les leviers à l'adoption de l'innovation, sont les suivantes :

- *Quels sont les principaux leviers qui ont permis la mise en œuvre de votre projet ?*
- *Quels ont été les principaux obstacles que vous avez rencontrés dans la mise en œuvre de votre expérimentation ?*

Comme pour les questions portant sur l'initiation, des questions connexes et de contextualisation permettent également d'appréhender les barrières et les leviers à l'adoption des IOS :

- Quelles ont été les grandes étapes après acceptation ?
- A quel moment et comment s'est déroulée la première inclusion ?
- Quels autres acteurs ont été impliqués au fil de l'avancée du projet ? (partenariat)
- Pourquoi et comment ont-ils été impliqués ?
- Quels sont les impacts du contexte sanitaire sur votre expérimentation ? Positifs et/ou négatifs
- Quand doit se dérouler votre évaluation ? Quels sont les critères pris en compte ?
- A l'heure actuelle, où en êtes-vous avec le nombre de patients inclus ?
- Comment voyez-vous les échéances à venir, sur le court terme ?
- Comment voyez-vous votre projet à long terme ?
- Avec le recul, que changeriez-vous dans votre démarche ?
- Avez-vous des précisions à apporter ? Un sujet que nous n'aurions pas abordé ?

Dans ce cadre, des questions proposent, en outre, aux porteurs de projet, une prise de recul et un retour d'expérience à posteriori, à l'image de la question, *avec le recul que changeriez-vous dans votre démarche ?* qui permet d'obtenir des éléments de réponses complémentaires sur les difficultés rencontrées.

Ces questions ont permis d'obtenir un matériau dense, par son volume, et riche, par la diversité des points de vue. Pour analyser les données recueillies, le point de départ est une liste de codes préétablie, particulièrement à partir du cadre théorique proposé dans le chapitre 1, qui répartit les barrières et les leviers à l'adoption des IOS à partir d'une catégorisation nano, micro, meso, macro, supra. Pour rappel, nous avons effectivement proposé cette grille de lecture des différents niveaux de barrières à l'adoption des IOS, qui peut également s'appliquer aux différents niveaux de leviers :

Tableau 42 : Grille de lecture mobilisée et interprétation conceptuelle des codes

Niveau	Conceptualisation	Auteurs
Nano	<i>Ce niveau correspond tout d'abord aux problèmes et aux besoins auxquels l'innovation s'adresse. Ces phénomènes motivent la génération de l'innovation et la décision de la mettre en œuvre.</i>	Schumpeter (1934) ; Rogers (1995)
Micro	<i>Ce niveau évoque l'innovation et ses principaux acteurs. Interviennent à ce niveau des barrières et des leviers liés aux caractéristiques et aux attributs de l'innovation, à ses acteurs de changements externes et internes, à ses utilisateurs, à ses adoptants. Les barrières et les leviers sont,</i>	Rogers (1995) ; Greenhalgh (2004) ; Birkinshaw et al. (2008)

	<i>au sein de cet espace, liés aux individus, à leur degré de connaissances, de compétences, de formation, de leadership</i>	
Meso	<i>Ce niveau agrège les éléments organisationnels, inter-organisationnels et sociaux en lien avec l'innovation. Les barrières et les leviers sont, au sein de ce niveau, liés à la structure, aux ressources et aux compétences de l'organisation. Ils sont également liés aux difficultés relatives à la collaboration, résistance au changement, confiance, ajustement, et aux influences sociales</i>	Greenhalgh et al. (2004) ; Dubouloz,(2014) ; Auschra (2018) ; Cinar et al. (2019).
Macro	<i>Ce niveau porte sur l'environnement institutionnel et sur le système de santé. Les barrières et les leviers portent alors sur les règlements, la capacité à soutenir l'innovation, à débloquer des fonds</i>	Greenhalgh et al. (2004) ; Dubouloz,(2014) ; Auschra (2018) ; Cinar et al. (2019).
Supra	<i>Le niveau supra évoque l'environnement au sens large et le contexte politique et réglementaire. Les barrières et les leviers peuvent être relatifs à l'existence de frontières, à certaines directives politiques, à des événements contextuels importants. Le cas de la pandémie de Covid 19 peut être considéré comme un exemple du niveau supra qui peut agir, soit comme une barrière, soit comme un levier à l'innovation organisationnelle</i>	Nobre (2020)

Pour présenter l'ensemble des grilles de codes mobilisées, elles seront relatives à chaque section et à chaque sous-section. Ainsi, la section (6.2.) intègre une présentation des deux grilles de codes, barrières, d'une part, leviers, d'autre part, dans la phase d'initiation ou de décision de mise en usage. La section (6.3.) intègre, quant à elle, une présentation des deux grilles de codes, barrières et leviers, dans la phase d'implémentation ou de mise en usage. Comme énoncé dans la description du dispositif méthodologique, l'analyse a été conduite selon l'arborescence décrite par Savall et Zardet (2004), c'est-à-dire des thèmes, des sous-thèmes, des idées-clés et des phrases témoins.

6.2. Barrières et leviers à l'initiation des IOS

La phase d'initiation et de décision d'adopter une innovation est constituée de l'ensemble des activités relatives à la perception des problèmes et des besoins, à la recherche et à la collecte d'informations sur des solutions, à la formation des attitudes face à l'innovation et à la prise de décision d'adopter l'innovation (Damanpour, 1991 ; Dubouloz, 2014). Cette section présente les principales barrières et les principaux leviers à l'initiation des IOS,

dans le contexte particulier d'intégration des IOS au dispositif de l'article 51. La présentation des barrières à l'initiation des IOS (6.2.1.) précède la présentation des leviers à l'initiation des IOS (6.2.2.).

6.2.1. Barrières à l'initiation des IOS

A la suite de la présentation de la grille de codes ayant servi à l'analyse des données et au développement des résultats (6.2.1.1.), chaque catégorie est commentée : Nano (6.2.1.2.) ; Micro (6.2.1.3.) ; Meso (6.2.1.4.) ; Macro (6.2.1.5.) ; Supra (6.2.1.6.).

6.2.1.1. Grille de codage des barrières à l'initiation des IOS

Le tableau 43 présente la grille de codage ayant permis l'identification des barrières à l'initiation des IOS.

Tableau 43 : Grille de codage des barrières à l'initiation des IOS

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases témoins
Nano	Problèmes/ Besoins/ Opportunités	Modification du projet initial	L'opportunité nécessite des réajustements	« Le projet tel qu'il est construit et qui est en train de se dérouler, en fait, il n'est pas exactement celui qui avait pu être pensé il y a plusieurs années par la directrice du projet, c'est à dire qu'ils ont dû aussi adapter cette idée de négociation avec les ministères » (Int. 19)
Micro	Avantages perçus			
	Complexité			
	Compatibilité			
	Propension à être essayée			
	Observabilité			
	Porteurs de projet	Manque d'information	Les porteurs de projet n'ont pas connaissance de l'article 51	« Par notre conseiller médical à l'ARS, le Dr [...] il nous a présenté, comment dire, le dispositif, administratif, je ne connaissais pas, je ne savais pas ce que c'était qu'un article 51 » (Int. 13)
		Manque d'expertise	Les porteurs de projet, tout comme les référents institutionnels tâtonnent pour la rédaction du CDG par manque d'expertise	« Ce qui était long aussi, au début, c'était le dépôt du dossier, savoir comment rédiger le cahier des charges, la procédure était un peu ...celle qu'on nous a proposé, elle a été remodelée pas mal de fois [...] Donc, ça, ça a pris pas mal de temps » (Int. 21)
	Partenaires	Lassitude/Démobilisation	Les partenaires se lassent compte tenu des process d'instruction	« Ça, je n'ai pas dit, mais tous les établissements de la région, on les a tenus en haleine pendant deux ans [...] C'est compliqué, de ne pas épuiser enfin les gens, au bout d'un moment, ils se disent c'est bon, leur article 51 il ne verra jamais le jour » (Int. 34)
		Résistances	Les partenaires résistent au changement	« Ce n'est pas toujours évident non plus que tout le monde comprenne l'intérêt » (Int. 46)
		Incapacité d'intéressement	Les partenaires nécessitent d'être convaincus pour intégrer le projet	« C'est le professeur X qui a eu l'idée depuis longtemps, qui est un des porteurs du projet. C'est elle qui est qui est venu nous voir...L'équipe n'a pas trop bien réagi mais finalement en expliquant, voilà, ils ont compris le pourquoi » (Int. 18)
Omission de parties prenantes importantes		Certaines parties prenantes importantes ne sont pas intégrées en phase de décision	« Un autre gros, gros biais, c'est que dans la constitution du cahier des charges, il n'y a pas eu de sages femmes libérales intégrées » (Int. 1)	
Individus adoptants/ Patients				

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

Meso	Organisationnel	Ressources financières	Les ressources financières sont nécessaires pour démarrer	« On a dû réaliser un Business plan, je n'y connaissais rien, on avait besoin de 3 millions pour démarrer, soit 1 million chacun. » (Int. 2)
		Agressivité concurrentielle	Certains concurrents font barrage aux projets	« J'ai rencontré une forte opposition venant des cliniques privées. » (Int. 2)
		Projet concurrentiel	Certains projets sont concurrencés par d'autres innovations	« Et le troisième écueil sur lequel on est tombé, on ne l'a pas vu arriver, c'est qu'on est tombé en même temps quasiment que notre copie que celle du National » (Int. 34)
		Outils numériques intra-organisationnels	Les outils nécessitent d'être adaptés	« Donc, il a fallu former tous nos thérapeutes au logiciel. Il a fallu mettre en place le logiciel, il a fallu rajouter des choses » (Int. 46)
	Inter-organisationnel Social			
Macro	Environnement institutionnel	Manque de transparence sur l'évaluation	Certains porteurs veulent connaître les critères avant de s'engager	« Moi, j'ai dû me fâcher personnellement avec l'équipe 51 pour leur dire que je ne démarrerais pas sans tout savoir sur ce sur quoi j'allais être évalué » (Int. 3)
		Manque d'expertise institutionnelle	Les institutions ne maîtrisent pas les processus d'élaboration du CDG	« Il y a eu plein de bêtises qui ont été faites, plein. Ils ne m'ont pas assez accompagné sur le chiffrage notamment. Ils essayent de faire au mieux pour faire pas trop cher ce que je peux comprendre, c'est logique mais il y a des grosses bêtises qui ont été faites » (Int. 11)
		Complexité des échanges	Les négociations avec les institutions sont complexes	« à la limite, en local, on était aidés parce que les gens soutenaient le projet, c'est plutôt à l'échelon de la région que c'était plus compliqué [...] donc avec des réunions, beaucoup de réunions, d'ailleurs, un moment donné, j'avais pensé que c'était mort, le projet qui est ressorti, il était bloqué à l'ARS, il est ressorti quand même » (Int. 43)
		Limites du dispositif	Les procédures sont considérées comme lourdes	« Et puis le côté administratif, même si individuellement, tous les gens que j'ai rencontrés sont plutôt bienveillants et coopérants, il y a quand même une lourdeur pas possible. Donc voilà, si je pouvais changer quelque chose, c'est ça, c'est dégraisser le mammoth, comme aurait dit quelqu'un » (Int. 37)
	Système de santé	Persistance des stéréotypes	Les stéréotypes professionnels persistent au sein du système	« Donc il y a encore les discours "on ne va pas commencer à rembourser les inscriptions dans une salle de sport", on en était encore là » (Int. 12)
		Rigidité/Complexité du système	Le système manque de flexibilité	« Finalement, c'est une entreprise en santé, oui, sauf que dans le monde de la santé, ça n'existe pas. Vous avez les centres de soins, vous avez des MSP et des CPTS...tout ça c'est hyper codifié sauf que ce millefeuille un petit peu français, les CPTS, etc. Bref, c'est pas flexible, c'est peut-être pas adapté à certaines pratiques que souhaitent avoir les médecins » (Int. 14)
Supra	Environnement au sens large			
	Contexte politique et réglementaire	Menaces des nouvelles directives	Le projet est menacé par de nouvelles décisions	« On a eu très, très, peur, ça a été récupéré en octobre -novembre et après on a juste attendu la publication du décret qui a été décalée parce qu'on était à l'approche des élections présidentielles » (Int. 45)

6.2.1.2. Les barrières nano à l'initiation des IOS

Ces barrières sont peu prégnantes dans les discours des acteurs. En effet, les chapitres précédents ont montré à quel point les problèmes adressés étaient à forts enjeux, agrégeant de nombreuses attentes, tant pour les patients, les professionnels que pour le système de santé en général. Face à ces problèmes, les porteurs de projet sont convaincus par la solution qu'ils portent et qu'ils envisagent. Ils sont également particulièrement motivés à l'idée de la mettre en œuvre. Il reste néanmoins certaines modifications à apporter pour passer de l'idée générée à la décision de la mettre en œuvre au sein du dispositif article 51 et cette démarche repose sur des échanges entre porteurs de projet et référents institutionnels. Les acteurs soulignent ainsi l'évolution de leur idée initiale et les difficultés inhérentes à leurs modifications, qui induisent parfois une génération de frustrations à l'idée de transformer, voire d'abandonner, une partie de leur solution :

- « Enfin, voilà beaucoup d'innovations et il y avait des choses très innovantes qu'on a retirées aussi parce que difficilement applicables en dehors de notre établissement. Voilà, le projet a été remodelé, modifié et voilà. Il y a eu quand même beaucoup, beaucoup de modifications avant d'arriver à ce qu'il est aujourd'hui » (Int. 33).
- « Le gros dossier, qui était très ambitieux, a été validé et présenté en juillet 2019 au CTIS. Après ils n'ont pas eu de nouvelles pendant plusieurs mois, début 2020, finalement ils ont eu des réponses et il y a eu une négociation très dure avec un petit groupe. L'idée, c'était vraiment de négocier entre ce qui était proposé et entendable par le ministère, il y avait des compromis à faire [...] Ben voilà donc il y a vraiment eu l'idée que le périmètre des ressources et les ressources du projet, ont été hyper réduits et ce n'est pas l'ambition qui était initialement pensée » (Int. 17).

Ce dernier témoignage montre la frustration évoquée. Il souligne également la distinction existante entre la génération de l'innovation, présentée dans le chapitre 5, et la décision de mise en usage, qui signifie parfois une modification de la solution initialement générée.

6.2.1.3. Les barrières micro à l'initiation des IOS

Les attributs perçus de l'innovation ne sont pas identifiés dans les barrières à la décision de mise en usage. Effectivement, les éléments tels que les avantages perçus, la complexité, la compatibilité, l'observabilité nous semblent difficiles à observer lors de la décision, mais se rencontrent plutôt au contact des adoptants de l'innovation, lors de sa mise en œuvre. L'avantage perçu et la propension à être essayée seront néanmoins décrits dans les

leviers de l'initiation des IOS. Les attributs perçus de l'innovation seront donc appréhendés dans les pages suivantes.

Au niveau micro, les barrières identifiées dans la phase de décision de mettre en usage se retrouvent surtout au niveau des acteurs du projet, les porteurs de projet et les partenaires.

Les porteurs de projet

La décision de mettre en œuvre l'IOS peut être mise en difficulté par deux phénomènes principaux. D'une part, le manque d'information des porteurs sur l'existence du dispositif article 51. D'autre part, le manque d'expertise pour l'élaboration des documents institutionnels. Ainsi et comme le souligne l'interviewé 12 :

« Donc ça nous a demandé beaucoup de travail, le cahier des charges que vous avez lu. On était l'un des tout premiers, donc finalement, on a essayé les plâtres » (Int. 12).

Les partenaires

Plusieurs phénomènes interviennent, au niveau de la décision d'innover, dans la relation avec les partenaires. En premier lieu, les porteurs de projet insistent fortement sur la durée d'instruction des projets, qui démobilise et lasse les partenaires. Pour le porteur 34, il s'agit de tenir en haleine les partenaires, tandis que le process d'intégration à l'article 51 est en cours :

« Ça, je n'ai pas dit, mais tous les établissements de la région, on les a tenus en haleine pendant deux ans [...] C'est compliqué, de ne pas épuiser enfin les gens, au bout d'un moment, ils se disent c'est bon, leur article 51 il ne verra jamais le jour » (Int. 34).

Deuxièmement, les partenaires peuvent également résister au changement induit par l'IOS et ses contours. Non seulement, il faut qu'ils comprennent l'intérêt de l'innovation, mais celle-ci peut également impliquer des changements d'outils et de pratiques difficiles à appréhender. Dans ces conditions, l'incapacité d'intéressement constitue une barrière majeure à la décision d'innover, puisque les porteurs de projet peinent à convaincre et impliquer des partenaires. Le témoignage suivant montre l'existence de ces difficultés, liées parfois à la personnalité même du porteur de projet. Dans le cadre de cette IOS, un porteur hospitalier tente de convaincre des partenaires médecins de ville :

« C'est le professeur X qui a eu l'idée. C'est elle qui est venue nous voir (médecins traitants). Alors on est, je crois, la troisième équipe qu'elle a contactée. Les deux précédentes avaient refusé son projet [...] Dans le projet, ça a été de pouvoir mettre en conformité ses idées, un peu, je dirais, universitaires presque, et la réalité du terrain... Elle est un peu brute de pomme, et quand elle est arrivée en disant bon, vous faites des mauvais diagnostics, vous diagnostiquez mal et en plus vous traitez mal. L'équipe n'a pas trop bien réagi... Mais finalement, en expliquant, voilà, ils ont compris le pourquoi » (Int 18).

Finalement, une barrière également importante et qui peut stopper l'initiation de l'innovation se situe dans l'omission de parties prenantes importantes dans le cœur du projet. Pour l'interviewé 1, le projet est bloqué, dès sa constitution, puisqu'il n'intègre pas des acteurs majeurs à prendre en compte :

« Un autre gros, gros biais, c'est que dans la constitution du cahier des charges, il n'y a pas eu de sages femmes libérales intégrées [...] autour de la table et dans les rédacteurs du cahier des charges, il n'y avait pas de sages femmes libérales officiellement et, surtout, il n'y avait pas du tout les ordres, les syndicats, les réseaux de périnatalité... Les associations d'usagers n'ont pas du tout été consultées [...] ça a été aussi un élément un peu vexant et qui, je pense, a d'emblée un peu bloqué les choses » (Int 1).

Cette omission d'intégration des parties prenantes n'est pas sans conséquence néfaste et prend même une tournure excessive et traumatisante pour le porteur de projet :

« Elles ont vraiment bloqué au niveau des instances, avec parfois des menaces sur les réseaux sociaux en menaçant entre guillemets les sages femmes qui seraient intéressées d'être contrairement aux règles déontologiques des choses comme ça [...] On a commencé à avoir beaucoup d'opposition jusqu'à recevoir des courriers, des syndicats, des ordres, vraiment beaucoup. Et on a même été assigné en référé au tribunal judiciaire... Enfin voilà. Donc ça a pris des proportions quand même assez importantes. On a dû prendre un avocat [...] non ce n'est pas facile et en plus on n'est pas très nombreuses côté établissements de santé alors qu'en face, les syndicats, ils avaient vraiment mobilisé beaucoup de monde [...] elles étaient d'une telle virulence » (Int. 1).

Au passage, ce témoignage montre aussi que le cloisonnement et les clivages ne sont pas qu'une vue de l'esprit et qu'ils constituent des barrières importantes à l'IOS.

6.2.1.4. Les barrières méso à l'initiation des IOS

Sur un plan organisationnel, 4 phénomènes sont identifiés en tant que barrières à la décision d'innover : les ressources financières, l'agressivité et les projets concurrentiels, de même que les outils numériques.

Les ressources financières

Les IOS nécessitent parfois des investissements importants. Par exemple et pour un projet qui propose des services de réadaptation cardiaque modulables et adaptables, situé à Paris, l'investissement initial constitue une mise de départ importante :

« On a dû réaliser un Business plan, je n'y connaissais rien, on avait besoin de 3 millions pour démarrer, soit 1 million chacun. » (Int.2).

Dans le cadre de ce projet, il convient de souligner que le porteur, convaincu par son idée, n'attend pas l'intégration dans l'article 51 pour obtenir des moyens de financement, qu'il trouve par lui-même.

Comme évoqué à propos de la lassitude des partenaires, les délais d'instruction et d'intégration dans le dispositif article 51 sont considérés comme particulièrement longs par les porteurs de projet. Pour certains acteurs, c'est de la trésorerie qu'il convient de financer. Ainsi, l'interviewé 21 évoque les difficultés qu'a connu sa startup pour initier son IOS :

« Ce qui était long aussi, au début, c'était le dépôt du dossier, savoir comment rédiger le cahier des charges, la procédure était un peu ... elle a été remodelée pas mal de fois [...] Donc, ça, ça a pris pas mal de temps, je crois qu'on a commencé les échanges un an plus tôt, avant l'acceptation de notre projet [...] C'est quand même une difficulté [...] on était encore en état de startup, chaque mois qui passe, c'est des salaires impayés, si on ne sait pas encore comment on va être financés, etc. Donc voilà, c'est très tendu [...]» (Int. 21).

Ces difficultés ne sont pas observées que par les porteurs de projets dirigeants de startups, mais également par les professionnels de santé, qui prennent conscience des difficultés financières des acteurs privés :

« Une deuxième problématique, dans notre consortium, parce que finalement, c'est un mélange entre une association, un établissement que sont les Hôpitaux universitaires, une autre association et une startup donc vraiment un mode privé [...] sachant que la startup a été au bout de ses finances personnelles. Elle avait besoin de démarrer très vite pour d'une part, pour eux pour recueillir des fonds de lancement et d'autre part pour montrer qu'elle avait aussi la capacité à amener leur projet, il faut qu'on respecte aussi, c'est dire le caractère particulier d'une startup [...] Ce n'est pas une entreprise comme une autre. Elle n'a pas beaucoup de fonds » (Int. 34).

Agressivité et projets concurrentiels

Au-delà des ressources internes, les projets sont également soumis à la concurrence. Face à l'émergence d'une IOS, les concurrents peuvent se montrer agressifs et tenter de faire barrage au projet naissant. Ainsi, pour l'interviewé 2, dont la démarche est finalement proche d'une démarche de constitution d'entreprise puisqu'il a dû déjà obtenir ses financements, la concurrence est féroce :

« J'ai rencontré une forte opposition venant des cliniques privées. Elles ont carrément écrit un courrier au ministère pour stopper ma démarche en soulignant la concurrence que je leur ferai en mettant en œuvre mon projet de structure. Là, je sentais que c'était mal parti » (Int. 2).

Cette concurrence peut être extérieure, mais elle peut également provenir des projets du dispositif de l'article 51 en lui-même. Ainsi, le dépôt d'une expérimentation peut mettre en danger celle d'un autre porteur :

« Et le troisième écueil sur lequel on est tombé, on ne l'a pas vu arriver, c'est qu'on est tombé en même temps quasiment que notre copie que celle du National avec Projet X. Alors là, ça a été oui, ça a été fatal. Explosion pour nous parce que la région Grand Est face à un projet national, on ne pouvait pas grand-chose [...] Un autre programme que je ne connaissais pas et qui arrive en même temps que nous » (Int. 34).

Outils numériques

Une dernière barrière identifiée, au niveau organisationnel, porte sur les outils numériques. Avant même de démarrer la mise en œuvre de l'innovation, ceux-ci nécessitent des ajustements pour que l'IOS puisse être initiée, comme le souligne le porteur de projet 46 :

« Donc, il a fallu former tous nos thérapeutes au logiciel. Il a fallu mettre en place le logiciel, il a fallu rajouter des choses ».

Ces phases d'adaptation prennent du temps, peuvent bloquer, ou, pour le moins ralentir, l'initiation de l'IOS.

6.2.1.5. Les barrières macro à l'initiation des IOS

Cette catégorie est celle qui intègre le plus de phrases témoins. Elle regroupe les phénomènes relatifs à l'environnement institutionnel et au système de santé.

Environnement institutionnel

Un premier phénomène constituant une barrière liée à l'environnement institutionnel porte sur la transparence des critères d'évaluation inhérent au dispositif de l'article 51. Pour plusieurs porteurs de projet, ces critères ne sont pas assez explicites, ce qui constitue un frein à l'initiation de l'innovation. Ces deux témoignages indiquent l'existence de cette barrière :

- *« Moi, j'ai dû me fâcher personnellement avec l'équipe 51 pour leur dire que je ne démarrerais pas sans tout savoir ce sur quoi j'allais être évalué. Donc on est arrivés à un commun accord. J'ai vu le cahier des charges. Et puis, heureusement d'ailleurs, parce que sinon on aurait fait des con... d'appréciation » (Int. 3).*
- *« Où ça a traîné un peu, c'est l'évaluation, je n'ai pas eu les critères d'évaluation d'emblée, c'est à dire que je dois reprendre tous les dossiers pour les stats et pourtant... ce sont des spécialistes [...] On a fait*

un gros travail mais ça a été un peu lent [...] le frein c'est ça, c'est de ne pas avoir eu les critères d'évaluation et l'accord CNIL tout de suite. Du coup, je suis obligé de faire une partie de l'évaluation parce que je n'ai pas l'accord CNIL pour transférer les données. Donc c'est moi qui fais une partie de l'évaluation aussi. Voilà, c'est ça qui m'a posé problème » (Int. 41).

Ces problèmes d'évaluation constituent des phénomènes qui ralentissent l'initiation de l'IOS, mais qui néanmoins, ne la bloquent pas totalement.

Un autre phénomène ralentissant le processus porte sur le manque d'expertise, qui a déjà été identifié à propos du porteur de projet, mais qui se rencontre également au sein de l'institution. Effectivement, le dispositif article 51 est récent et implique, pour l'institution et ses référents, des phases d'apprentissage et un gain d'expérience. Ainsi, pour l'interviewé 37, l'institution n'a même pas su déceler, au démarrage, le caractère innovant de son projet et c'est seulement avec les effets de la crise sanitaire et l'ajout d'un vernis numérique que l'IOS finit par être intégrée :

« En 2018, j'ai déposé un premier projet pour l'ARS et c'est un médecin de l'ARS qui m'avait lu et qui m'a dit : tu devrais déposer un article 51, la réadaptation à domicile, globalement, ça n'existe pas, même carrément ça n'existe pas, donc c'est innovant. Et donc j'ai fait un dossier qui me semblait correct et la réponse de l'ARS, ça a été votre dossier ne peut pas être retenu parce qu'il n'est pas innovant, parce qu'il n'est pas nouveau. Et donc là, j'ai pris mon téléphone en disant poliment que c'était [...] Non, ce n'était pas correct de leur part de dire que ce n'était pas innovant » (Int 37).

Ce manque d'expertise institutionnelle est également identifié dans les phases de rédaction des cahiers des charges, qui n'anticipent pas l'ensemble des ressources à allouer pour initier l'IOS. Pour l'interviewé 11 :

« Il y a eu plein de bêtises qui ont été faites, plein. Ils ne m'ont pas assez accompagné sur le chiffrage notamment. Ils essayent de faire au mieux pour faire pas trop cher ce que je peux comprendre, c'est logique mais il y a des grosses bêtises qui ont été faites » (Int. 11).

Les bêtises que le porteur de projet identifie portent surtout sur l'anticipation des besoins en ressources humaines, notamment d'un informaticien pour faire vivre la solution :

« Et puis le deuxième gros défaut, c'est l'informaticien, on n'a pas du tout prévu de temps pour un informaticien or à partir du moment où c'est un projet avec un aspect à distance du système informatique, forcément il fallait prévoir des informaticiens et on ne l'a pas prévu [...] » (Int. 11).

Pour certains porteurs de projet, c'est dans la complexité des échanges que se situent les principales barrières relatives à l'environnement institutionnel. Même si le dispositif est, à priori, centré sur les initiatives d'acteurs, il demeure, selon les porteurs de projet, constitué par des pratiques bureaucratiques peu flexibles et encastrées que les référents institutionnels peinent à dépasser. Ce constat n'est pas définitif, puisque les porteurs de

projet, reconnaissent néanmoins la qualité de l'accompagnement, ce qui sera développé dans les pages suivantes, à propos des leviers.

Ces témoignages montrent la complexité perçue par les porteurs de projet des échanges avec les institutions. Par ailleurs, il est important de souligner que, pour les porteurs de projet, cette complexité est accrue par le fait que les institutions, elles-mêmes, ne partagent pas les mêmes points de vue :

- « On a mis, avant de commencer, [...] je pense qu'on a mis un an à peu près [...] Oui, quand on discute avec l'ARS, je ne sais pas si vous connaissez les ARS, c'est hallucinant, enfin bon [...] l'ARS a été facilitante, vraiment facilitante sur ce projet, mais avec toute la lourdeur du process administratif, qu'il faut faire comme si, il ne faut pas mettre ça, qu'il faut faire comme si. Donc ça passe auprès du secrétaire général de je ne sais pas quoi. Et après il a fallu négocier avec la Caisse régionale d'assurance maladie, ce qui était encore un degré de complexité supplémentaire » (Int. 15).
- « à la limite, en local, on était aidés parce que les gens soutenaient le projet, c'est plutôt à l'échelon de la région que c'était plus compliqué [...] donc avec des réunions, beaucoup de réunions, d'ailleurs, un moment donné, j'avais pensé que c'était mort, le projet qui est ressorti, il était bloqué à l'ARS, il est ressorti quand même » (Int. 43).
- « On a eu un blocage pendant six mois, un an pour une raison toute simple, c'est que dans les textes de loi de l'article 51, l'assurance maladie, nous a dit l'éducateur APA n'est pas un professionnel de santé, donc il ne peut pas être pris en charge, il ne rentre pas dans le cadre de l'article 51. Et là, en fait, il s'en est suivi un débat entre la direction du ministère de la Santé et la DSS...Du coup, nous, on s'est retrouvé au milieu de quelque chose qui était indépendant de notre volonté » (Int. 42).

Parfois, la complexité des échanges institutionnels peut mener à des débats nourris avant que l'IOS ne puisse être initiée, comme l'explique l'interviewé 12 :

« On a déposé le dossier en septembre [...] Et en octobre, le CTIS donne un avis favorable (à propos de la lettre d'intention), donc c'était plus qu'accélééré dans le contexte [...] C'est génial et donc on commence à rédiger un cahier des charges [...] La semaine suivante, le rapporteur me rappelle en me disant le CTIS, il y a un problème. La Direction de la Sécurité Sociale revient en arrière et met un veto [...] donc il y a re-discussions. Est-ce que tu peux me préparer des arguments économiques un peu plus qu'avant ? [...] Alors tout ça pour dire que dans tout ça, il y a eu beaucoup de lobbying [...] La DGS était pour nous puisqu'elle nous avait toujours accompagné, l'assurance maladie qui était très en retrait, s'est enfin un peu démarquée de sa position habituelle, voilà, elle était convaincue [...] Au ministère des Sports plus qu'à fond derrière nous [...] Et qu'est ce qui reste, la DRESS, aussi avis favorable. Donc il nous restait que la DSS. La DSS ne voulant pas bouger, c'est remonté jusqu'au directeur. Les directeurs se sont pris un peu le bec sur ce sujet-là qui était un sujet important (Int. 12).

Cette complexité des échanges entre porteurs de projet et institutions va de pair avec la complexité et les limites d'un dispositif, que les acteurs de l'innovation considèrent comme particulièrement lourd et chronophage. Comme le souligne l'interviewé 18, qui a pourtant l'habitude des dossiers complexes :

« On a sept ou huit protocoles dans la maison de santé [...] on a cette pratique. Et puis..., quand le professeur X est venu nous voir, on s'est dit oui, les protocoles, on sait faire. Donc l'article 51, ce ne doit pas être bien plus

compliqué, pourquoi ne pas y aller, hein ? Et en fait, non, c'était trois ans quand même, trois ans de travail... On a commencé à douter, à se dire tiens, c'était un peu plus compliqué que ce qu'on fait d'habitude » (Int. 18).

Le tableau suivant montre à quel point de nombreux porteurs de projet considèrent le dispositif complexe et chronophage. Le choix de montrer cette barrière sous forme de tableau insiste sur sa récurrence. Ce tableau montre aussi à quel point cette barrière a des répercussions importantes sur les autres barrières, notamment la mobilisation des équipes et les ressources financières.

Tableau 44 : Limites, complexité et chronophage de l'intégration au dispositif article 51

Phrases témoins	Interviewé
« C'était pas mal de procédures qui sont parfois lourdes et pas nécessaires »	3
« Et puis le côté administratif, même si individuellement, tous les gens que j'ai rencontrés sont plutôt bienveillants et coopérants, il y a quand même une lourdeur pas possible. Donc voilà, si je pouvais changer quelque chose, c'est ça, c'est dégraisser le mammoth, comme aurait dit quelqu'un »	37
« J'ai commencé à travailler sur un dossier avec l'ARS en septembre 2018 et j'ai eu l'arrêté en décembre 2019, ça vous donne un petit peu les échéances sur le travail, rien que pour le cahier des charges »	6
« Oui, ça a été très long, 18 mois, je crois qu'on a déposé en décembre 2019, il me semble. Oui et on a eu l'avis en juillet 2021. [...] Surtout que vous voyez nous, on a commencé en 2018, on est en 2022, ça fait quatre ans que je suis dessus, je ne fais pas que ça bien évidemment, mais enfin bon. Et là, j'en ai encore pour trois ans. Non, c'est trop long »	11
« Alors on a dû en parler rapidement à la fin du confinement pour dire qu'effectivement on était volontaires pour participer à l'expérimentation. Alors je ne sais plus à partir de quand on a eu vraiment les documents, les dossiers à remplir mais voilà, il s'est passé pas loin de deux ans entre la fin du confinement et le début de l'expérimentation »	13
« Et très lourde, moi je trouve que c'est, très, très lourd. De toute façon, l'article 51, en soi c'est extrêmement lourd, on a fait quand même 36 versions du cahier des charges [...] Je pense qu'on peut généraliser ce type d'expérimentation mais en allégeant un peu le processus. D'accord, voilà, c'est à dire que ça reste quand même extrêmement lourd »	15
« Vous avez toute là tous les chiffres (lettre d'intention 17/10/2018, avis CTIS 30/10/2020), donc vous voyez la longueur de l'instruction [...] Ça, c'est sûr qu'on est trop long dans le process d'évaluation en France [...] Le temps principalement, on ne savait pas sur quel pied danser »	25
« Disons qu'on est toujours obligé de faire un dossier avec des comités de pilotage, comité opérationnel, etc. Et en pratique, on est beaucoup plus réactif que ça sur un petit noyau dur de personnes et je pense qu'il faut encore plus simplifier le cahier des charges »	48
« On a vendu vraiment vendu notre projet au niveau national. Pour eux, c'était vraiment un "quick win", ça me fait rire de dire ça maintenant que ça fait trois ans qu'on est dessus, mais pour eux, c'était vraiment accessible de montrer comment pouvait fonctionner un parcours, sur un petit panel, etc. »	40
« Donc, partant de là, on a commencé à constituer le dossier en mai 2018 et il a abouti en mai 2020 après douze versions d'un truc de 50 pages »	20
« Eh bien nous, on avait un projet au départ qui était dans la lettre d'intention et après les étapes se sont succédées. C'est vrai qu'il y avait au départ, une intention et puis après, ça devait se transformer en résumé, puis en cahier des charges. C'était très, très long. Il y avait toujours une nouvelle étape qui se rajoutait avant d'aller à la signature définitive. Donc voilà, ça faisait partie du jeu et on a eu huit versions différentes du cahier des charges »	33
« Le problème de ces processus qui prennent du temps, c'est qu'il faut garder les équipes avec soi, motivées. C'est ça, c'est la difficulté. C'est à dire qu'on est pris par le besoin de répondre précisément au cahier des charges. Après, on a travaillé sur les modélisations, sur la valeur du forfait, les choix à faire, les montants des besoins de financement, tout ça, il faut le travailler mais en même temps, la difficulté, j'ai trouvé, c'était de maintenir à côté de ce travail les équipes motivées sur le projet et il ne fallait pas perdre les professionnels »	35
« Oh purée, avec le recul, je ne le ferais pas, ça c'est sûr, ça a été terrible. Je regarde le nombre de dossiers que j'ai fait et la version une, deux, dix, quinze [...] Trop long, fastidieux, des trucs où il faut se creuser les méninges pour remplir des cases, non, je ne referais pas [...] »	43
« Donc ça c'était important, c'est le premier frein qu'on a eu, qui nous a fait prendre du temps. Surtout, le Comité technique national a mis beaucoup de temps à prendre sa décision. Mais ça, c'est vrai pour moi comme pour d'autres, pour ce projet comme d'autres »	42
« Il y a beaucoup d'allers retours avec le ministère et pour vous donner une idée, on a fait, je pense qu'on a fait presque huit ou neuf versions du cahier des charges avec des aller retours, des modifications ou des corrections à faire et un budget qui est vraiment bien encadré, sur lequel tout, chaque ligne, chaque petite ligne a été travaillée, donc hyper cadré »	29

Le système de santé

Fortement lié à l'environnement institutionnel, le système de santé fait également émerger des barrières à l'initiation de l'innovation. En particulier, pour les porteurs de projet, des stéréotypes persistants nécessitent d'être combattus pour que l'IOS puisse être initiée. Ainsi, les porteurs de projets relatifs aux activités physiques soulignent l'existence de ces phénomènes :

- *« Par contre, sujet très sensible, c'est à dire que par rapport à ce qu'on disait précédemment le soin, on connaît, une nouvelle organisation de prise en charge, on connaît, de nouveaux modes de rémunération, on sait à peu près... L'activité physique...Voilà ! Même si les différentes publications allaient dans notre sens, c'est quand même une révolution dans un contexte où on dérembourse l'homéopathie, d'aller rembourser l'activité physique. Donc il y a encore les discours "on ne va pas commencer à rembourser les inscriptions dans une salle de sport", on en était encore là » (Int. 12).*
- *« Il y avait aussi d'autres motivés et qui étaient en seconde ligne, c'étaient les kinés [...] Quand on a créé le projet, on s'est dit c'est bien, on va avoir un patient, il va avoir un traitement, il va avoir un suivi avec le généraliste, le psychiatre, le psychologue mais il y a l'activité physique là-dedans...Et effectivement, on sait de plus en plus que l'activité physique est un facteur de meilleure santé. Et donc, on s'est dit, on va mettre une ligne de financement pour les kinés parce qu'il n'y a pas d'actes d'activité physique de la dépression [...] On a perdu parce que l'accélérateur national n'a pas voulu...Et on a même entendu des trucs du style oui, pourquoi pas mettre un peu d'esthétique aussi, l'esthétique, c'est bien pour se sentir bien...Donc en fait, ils ont comparé la rééducation des kinés avec des esthéticiennes » (Int. 18).*

Ces stéréotypes existent au niveau des solutions proposées, ils existent aussi à propos du statut des porteurs qui initient l'innovation. Ainsi, pour l'interviewé 37 :

« Dès qu'il y a l'étiquette CHU professeur, ça passe (validation des projets) CH public, donc c'est sain, c'est propre, c'est non lucratif et le privé, c'est obligatoirement vénal quoi [...] C'est agaçant avec l'âge, j'ai appris à moins m'agacer, mais c'est vraiment cet espèce d'antagonisme alors que nous, en pratiques de terrain dans la région [...] la collaboration entre le CHU, les CH et le privé est super bonne. C'est d'ailleurs rare dans les régions, mais c'est au-dessus, au niveau des instances, le privé c'est des sales types qui veulent faire que du fric [...] ça reste hospitalo centré quand même » (Int. 37).

Comme pour le dispositif et les échanges avec les institutions, les porteurs de projet considèrent également que le système de santé demeure complexe et rigide. Ainsi et pour l'interviewé 14 :

« Finalement, c'est une entreprise en santé, oui, sauf que dans le monde de la santé, ça n'existe pas. Vous avez les centres de soins, vous avez des MSP et des CPTS...tout ça c'est hyper codifié sauf que ce millefeuille un petit peu français, les CPTS, etc. Bref, ce n'est pas flexible, ce n'est peut-être pas adapté à certaines pratiques que souhaitent avoir les médecins » (Int. 14).

Cette rigidité est également observée par l'interviewé 21 :

« C'est vrai que maintenant, en 2022, on a quand même facilement accès aux technologies pour développer des applis facilement, développer des sites, c'est très simple, mais l'écosystème de la santé, avec les remboursements, les études cliniques, tout ça, ça reste énormément des réglementations... c'est des gros obstacles en parallèle » (Int. 21).

L'identification de ces barrières montre que, pour les porteurs de projet, les principaux éléments ralentissant l'initiation de l'innovation se situent au niveau des institutions et des réglementations imposées par le système de santé.

6.2.1.6. Les barrières supra à l'initiation des IOS

Ce niveau est très peu observé dans les discours des porteurs de projet. Dans trois cas seulement, l'émergence d'une directive nationale semble menacer l'existence de l'IOS.

Ainsi, pour l'interviewé 45 :

« On a eu très, très, peur, ça a été récupéré en octobre -novembre et après on a juste attendu la publication du décret qui a été décalée parce qu'on était à l'approche des élections présidentielles » (Int. 45).

Le projet de l'interviewé 44 souligne également l'existence de cette menace :

« Au moment où notre expérimentation allait être validée, la problématique remontait au sommet de l'Etat à l'occasion de la Conférence nationale du handicap qui s'est tenue à l'Elysée...Et donc c'était à la fois, une très bonne nouvelle et un engagement fort, mais, pour nous, dans le dernier round de conception de notre projet, ça remettait un petit peu en cause le fondement puisqu'il y avait une réponse qui était apportée, généralisée à l'ensemble de la France » (Int. 44).

Pour l'interviewé 34, son IOS est également dépendante de décisions nationales :

« Donc, en fait, le projet s'est heurté aux entretiens conventionnels en cancérologie faits par les pharmaciens d'officine et on essaie de leur dire mais c'est gentil vos entretiens, mais si c'est déconnecté de l'hôpital et si on ne donne pas des formations aux pharmaciens, ça va être compliqué pour eux. Du coup, voilà, on avait cette problématique nationale qui traînait » (Int. 34)

Ce panorama des barrières à l'initiation de l'innovation montre qu'elles sont nombreuses, qu'elles portent sur plusieurs niveaux d'analyse, et souligne l'influence majeure de la complexité et de la rigidité institutionnelle dans cette phase de décision de mise en usage. Pour autant, la section suivante permet également de nuancer cette considération puisque les porteurs de projet identifient, entre autres, les qualités d'accompagnement de ces mêmes institutions, qui peuvent agir, par conséquent, comme des leviers de l'initiation de l'IOS.

6.2.2. Leviers de l'initiation de l'IOS

Pour présenter les leviers de l'initiation de l'IOS, une même démarche que la précédente est proposée, c'est-à-dire que la grille de codage est présentée avant que chaque catégorie ne soit commentée. Pour éviter que cette présentation ne s'apparente à un catalogue, seuls les éléments les plus prégnants dans les discours des acteurs sont détaillés.

6.2.2.1. Grille de codage des leviers de l'initiation des IOS

Le tableau 45 présente la grille de codage ayant permis l'identification des leviers de l'initiation des IOS.

Tableau 45 : Grille de codage des leviers de l'initiation des IOS

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases témoins
Nano	Problèmes/ Besoins/ Opportunités	Opportunité de soins	Les problèmes et les besoins des patients constituent des opportunités pour initier des IOS	« Donc je connais bien, un problème dans la cardiologie qui de façon emblématique c'est quand même 10 millions de personnes, la maladie coronaire » (Int. 12)
		Opportunité organisationnelle	Les problèmes et attentes organisationnelles constituent des opportunités pour initier des IOS	« L'idée vient principalement du fait que pour les thérapeutiques orales, on pense qu'on peut faire beaucoup mieux pour le suivi des patients en étant coordonnée avec la ville » (Int. 25)
		Opportunité technologique	Les nouvelles technologies offrent des opportunités pour initier des IOS	« Nous, ce qu'on voulait faire valoir, notre réflexion, c'était en ophtalmologie, il n'y avait pas de télésurveillance » (Int. 45)
		Opportunité sociale	Les problèmes et les besoins sociaux constituent des opportunités pour initier des IOS	« La finalité, c'est de se dire qu'une personne qui ne souhaite pas rentrer à l'EHPAD dispose d'autres possibilités et du coup d'être accompagnée dans un dispositif renforcé » (Int. 31)
Micro	Avantages perçus	Innovation incitative	Les IOS qui sont financièrement incitatives sont plus facilement initiées	« il fallait qu'il y ait un forfait pour inciter les médecins. En fait pour que les médecins considèrent l'application de la même manière qu'ils considéreraient un autre acte médical [...] on s'est vraiment battu pour que ça soit incitatif » (Int. 45)
	Complexité			
	Compatibilité			
	Propension à être essayée	Données préexistantes	Les IOS ex materia bénéficient de résultats de recherche antérieurs	« Donc pour chacune de ces pathologies, la cohorte de patients bipolaires étant l'une des plus grosses cohortes au monde... On a une partie de données clinique, une base de données biologiques

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

			et on recueille jusqu'à peu près de 2000 variables par patient, ce qui c'est assez conséquent » (Int. 4)
	Amélioration continue	Les IOS ex materia, testées antérieurement, sont améliorées et affinées avant d'être initiées	« D'accord et on avait déjà cette réflexion sur le médicament des sujets fragiles au moment du retour à domicile, avec une transmission vers la ville. On avait en fait déjà une première expérience, donc, qui remonte à quelques années maintenant [...] C'est sûr, c'est sûr, ça nous a aidé tout ça » (Int. 32)
	Expertise	Les IOS ex materia permettent un développement d'expertise	« Sachant qu'on ne part pas de zéro, on parle de quelque chose qu'on maîtrise » (Int. 27)
Observabilité			
Porteurs de projet	Engagement entrepreneurial	Les porteurs de projet s'engagent, comme des entrepreneurs, pour initier les IOS	« Quand j'ai voulu développer cet outil (application numérique d'ETP), le ministère [...] m'a dit, ce n'est pas le Ministère qui va lancer l'épargne. Je me suis dit, quand même, c'est gonflé. Ils veulent innover en santé, ils veulent qu'on crée des outils, puis ils ne financent pas et puis finalement, je me suis dit c'est génial, je peux en faire ce que je veux du coup, j'ai monté ma boîte » (Int. 14)
Partenaires	Ancrage du réseau de partenaires	Les porteurs de projet s'appuient sur des réseaux de professionnels existants pour initier les IOS	« Le réseau d'allergologie de...existe depuis un peu plus d'une vingtaine d'années. La mise à disposition de ce type de pratiques existe depuis plus d'une vingtaine d'années, tant pour les libéraux que les hospitaliers » (Int. 27)
	Développement de nouveaux partenariats	Les porteurs de projet impliquent de nouveaux partenaires pour initier les IOS	« En fait, on a rapproché deux équipes, on a rapproché l'Alsace et la Lorraine » (Int. 34)
Individus adoptants/ Patients	Criticité des besoins professionnels et des besoins patients	L'initiation des IOS est facilitée lorsque les besoins sont critiques	« On essaie de faire changer les regards dans le sens ou l'obésité. C'est une maladie qui se voit, qui est mal comprise ou les gros grossissent et il faut manger cinq fruits et légumes...L'idée, c'est de faire changer les regards, de lutter contre la discrimination en santé » (Int. 28)

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

Meso	Organisationnel	Structure hiérarchique en appui au porteur	L'initiation des IOS est facilitée par la structure organisationnelle	« Il y a bien sûr toute la direction de l'hôpital, surtout la direction financière qui est intervenu, pour le cahier des charges » (Int. 15)
		Ressources et compétences idiosyncratiques	L'initiation des IOS est facilitée quand les organisations des porteurs de projets présentent un ensemble de ressources et compétences bien spécifiques	« On a un département d'hospitalisation à domicile qui est un peu la marque de fabrique du centre qui nous permet d'externaliser les soins en s'appuyant avec des relations sur beaucoup de cabinets d'infirmières et d'infirmiers libéraux » (Int. 15)
		Réactivité concurrentielle	L'anticipation et les réactions face à l'agressivité concurrentielle favorise l'initiation des IOS	« J'ai décidé d'aller à leur rencontre pour communiquer avec eux et les persuader que mon modèle de structure ne pouvait leur faire concurrence mais que ce c'était, au contraire, une proposition de services complémentaires » (Int. 2)
	Inter-organisationnel	Dynamique inter-organisationnelle	Les dynamiques inter-organisationnelles facilitent l'initiation des IOS	« On a travaillé (phase préparatoire article 51) avec les médecins, alors ça, c'était très, très enrichissant parce que ça a permis d'ouvrir le dispositif dans cette relation de partenariat du médico-social vers la santé, qui n'est existant qu'avant un bilan senior, c'est quand même deux secteurs d'activités complètement à part et donc ça a permis de créer des passerelles, des liens, de travailler ensemble. Et ça, déjà, ça a été très, très bien, cette phase a été bénéfique pour ça » (Int. 6)
	Social	Augmentation du capital social	Le développement du capital social et des partenaires facilite l'initiation des IOS	« Les grandes étapes, pour moi, ça a été de rencontrer les acteurs institutionnels du champ de l'enfance, secteur que je connaissais pas encore, que je n'ai pas eu forcément l'occasion de rencontrer. Le conseil départemental, je les connaissais, mais plutôt sur l'étiquette handicap ou personnes âgées, jamais sur la protection de l'enfance. Donc ça a été déjà de repérer les grands institutionnels et rentrer dans les grandes institutions de la protection de l'enfance, donc de tous les rencontrer, échanger sur l'expérimentation, sur un peu tâter le terrain pour savoir eux, de leur point de vue, en tant qu'expert du sujet, comment ils appréhendaient l'expérimentation, comment ils voyaient la mise en œuvre » (Int. 10)

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

Macro	Environnement institutionnel	Accompagnement référent institutionnel	Les porteurs de projets se sentent soutenus et accompagnés pour initier les IOS	« J'ai été donc assez rapidement mobilisé par l'équipe d'incubateur article 51 qui nous explique un petit peu les fonctionnements. C'est une dynamique totalement nouvelle pour moi, une façon de travailler, c'était très riche. On avait autour de la table des personnes du ministère, des porteurs, la DGCS et tout ça coordonné par cette équipe qui était très dynamique » (Int. 10)
		Adéquation de l'IOS avec les attentes institutionnelles	Les IOS répondants aux attentes institutionnelles sont plus aisément initiés	« Quand on a déposé le projet à l'ARS, notre lettre d'intention a été retenue, pourquoi est-ce qu'on a eu cette chance entre guillemets ? L'ARS avait tout un projet sur l'activité physique adaptée avec une personne qui était nommée sur ce projet, donc c'est typiquement ce qu'il voulait faire » (Int. 42)
		Intérêt du dispositif	Le dispositif, en lui-même, constitue un levier d'initiation des IOS	« Quand on prend un peu un pas de recul et qu'on regarde l'article 51, c'est qu'on sort de l'État très centralisé français où vous arrive de Paris des circulaires rédigées par des gens intelligents mais qui sont parfois coupés de la réalité du terrain. Là, le pari de dire c'est clairement les gens sur le terrain, ils savent mieux que nous comment gérer ces problèmes, justement ils inversent la pyramide et en disant faites pousser vos propres idées...vos propres graines et nous on vous soutiendra. Et moi, ça fait un moment que je travaille dans le monde de la santé, je crois que c'est la première fois que je vois cette approche d'humilité et d'incitation » (Int. 7)
	Système de santé	Capacité à répondre aux imperfections du système	L'idée de pouvoir répondre aux imperfections du système de santé stimule l'initiation des IOS	« La volonté, ça a été d'agir sur les territoires éloignés des centres médicaux. Il y a quand même les déserts médicaux sur certains territoires. Et de mettre en place un dispositif de prévention de la perte d'autonomie des seniors » (Int. 6)
Supra	Environnement au sens large	Contexte sanitaire	Le contexte sanitaire motive l'initiation des IOS	« Le premier dossier c'était juste la réadaptation à domicile présentiel, ce que j'appelle ... dans le dossier, là comme cela a été refusé, toujours le même médecin de l'ARS m'a dit essaie comme c'était la période COVID, est-ce que tu ne ferais pas de la télé réadaptation, on a changé complètement en 2020 (nouveau projet) et on a fait de la télé réadaptation tout de suite...Là, on a été obligés » (Int. 37)
	Contexte politique et réglementaire	Création du dispositif	En créant l'article 51, l'état favorise l'initiation des IOS	« Je trouve ça génial, génial, je pense que c'est vraiment...C'est vrai que c'est les gens de terrain qui ont des besoins et qui savent ce qu'ils veulent. Et je pense que c'est vraiment une excellente idée que de leur donner la main et de leur donner des moyens pour essayer de mettre en route et de faire évoluer les choses en médecine [...] On a une idée, une conviction, on a une chance de pouvoir la mettre en œuvre, voilà » (Int. 11)

6.2.2.2. Les leviers nano de l'initiation des IOS

Ces leviers sont à mettre en perspective avec les résultats du précédent chapitre, portant sur la génération des IOS. Les porteurs de projet se montrent empathiques envers une pathologie, des conditions de vie des patients et les problèmes qu'ils perçoivent sont autant d'opportunités pour initier des IOS. Ces opportunités peuvent donc se situer dans les soins, mais elles peuvent aussi prendre une forme organisationnelle, sociale ou technologique, ce qui a également été souligné dans le chapitre portant sur la genèse des IOS.

6.2.2.3. Les leviers micro de l'initiation des IOS

Contrairement aux barrières qui n'intégraient pas, selon notre propre interprétation et notre travail de codage, d'attributs perçus de l'innovation, deux éléments apparaissent importants au niveau des leviers de l'initiation des IOS. Tout d'abord et du point de vue des avantages perçus de l'innovation, lorsqu'une innovation est incitative sur un plan financier, elle est plus aisément initiée parce qu'elle motive les acteurs à devenir parties prenantes au projet. Ensuite, ce qui est également à mettre en perspective avec le chapitre précédent portant sur la genèse de l'innovation, les IOS ex materia présentent de nombreux avantages en matière de testabilité, et, par conséquent, pour être initiées plus facilement. En effet, ces innovations s'appuient sur une collecte de données existantes, ce qui contribue à la démonstration de l'effectivité concrète de leurs effets attendus. Par ailleurs, le caractère ex materia de l'innovation permet une amélioration continue de la solution puisque celle-ci est affinée au fil du temps et des expériences, ce qui avait été également souligné à propos de l'incrémentalisme processuel observé précédemment. Enfin, le caractère ex materia permet aux porteurs et aux équipes de développer leurs connaissances et compétences, et, subséquemment, de renforcer leur capacité d'expertise et de maîtrise de l'ensemble des composantes de l'innovation.

En complément de ces éléments portant sur les attributs perçus de l'innovation, un levier micro particulièrement prégnant porte sur l'engagement entrepreneurial des porteurs de projet. Cet engagement consiste à reconnaître des opportunités, à faire évoluer son projet, à obtenir des financements, à persister en dépit des difficultés rencontrées. Ces

thématiques étant prégnantes dans les discours des acteurs et étant transverses à l'ensemble des chapitres de résultats de ce travail doctoral, elles feront l'objet d'un chapitre dédié, qui soulignera l'importance de l'entrepreneuriat pour faciliter l'innovation organisationnelle en santé, ce chapitre répondant, par ailleurs, à la dernière question posée dans cette recherche : *quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?* Dans cette section précise néanmoins, un levier important identifié se situe dans la capacité du porteur de projet à adopter une démarche entrepreneuriale.

Dans une même veine entrepreneuriale, les porteurs de projet s'appuient sur l'importance du réseau de partenaires et de son ancrage pour initier les IOS. Effectivement, les projets bénéficiant d'un réseau établi et connu de partenaires, sont plus aisément développés. Comme le souligne l'interviewé 45, le réseau est également une possibilité d'accroître l'ambition de l'IOS initiée :

« On avait déjà une centaine de centres un peu partout en France [...] on a fait valoir le fait que ce serait trop dommage de limiter à une ARS et qu'il y avait une opportunité parce qu'il y avait des parcours de soins similaires quelle que soit la région [...] Et donc il y avait une opportunité de faire un vrai programme d'envergure pour l'ophtalmologie au niveau national » (Int. 45).

Lorsque le réseau de partenaires n'est pas encore suffisamment ancré ou étoffé, c'est le développement de nouveaux partenariats qui facilite l'initiation de l'IOS, comme l'indique le *verbatim* présenté dans la grille de codage précédemment exposée.

Finalement, au niveau micro, les besoins des professionnels et des patients jouent également un rôle majeur dans l'initiation des IOS. Le chapitre portant sur les éléments constitutifs montre à quel point les problèmes de santé et les problèmes d'organisation des soins qui sont adressés par les IOS de l'article 51 constituent des défis majeurs. Plus les besoins sont critiques, plus l'IOS est aisément initiée.

6.2.2.4. Les leviers méso de l'initiation des IOS

Sur un plan organisationnel, l'initiation des IOS est tout d'abord facilitée lorsque le porteur, et son projet, sont appuyés et soutenus par une structure au sein de son organisation. Ainsi, cette structure est particulièrement importante pour la constitution des documents institutionnels visant l'intégration dans le dispositif de l'article 51. De

même et pour faciliter l'initiation des IOS, parce que le domaine est celui de la santé, l'apport de ressources et de compétences bien spécifiques est valorisé par les pairs et les institutions. Une connaissance accrue des pathologies, des territoires, des spécificités de la population, des relations professionnelles facilite la décision de mettre en usage les IOS. Le témoignage suivant souligne cette importance des ressources et compétences idiosyncratiques, dédiées, en l'espèce, à une prise en charge de la pathologie :

« La prise en charge de lymphœdème, primaire et secondaire, était déjà une spécialité de Toulouse et Montpellier. Il n'y a que quatre centres en France qui sont accrédités, spécialisés pour la prise en charge de lymphœdème » (Int. 40).

En complément de ces aspects organisationnels, les dynamiques inter-organisationnelles et sociales sont également observées comme un levier méso de l'initiation des IOS. En effet, les phases préparatoires à l'intégration au sein du dispositif article 51 constituent une occasion pour multiplier les approches pluriprofessionnelles, inter-organisationnelles, lesquelles encouragent la décision de mise en usage de l'IOS. Parfois, ces phases préparatoires sont également l'occasion d'améliorer le capital social des porteurs de projet et, conséquemment, de tester l'IOS auprès de différentes organisations et institutions, ce qui est montré dans la grille de codage développée en amont.

6.2.2.5. Les leviers macro de l'initiation des IOS

Ce qui est surtout important de souligner en tant que levier macro de l'IOS, c'est la façon dont les acteurs porteurs de projet perçoivent la qualité d'accompagnement et l'intérêt du dispositif de l'article 51. En effet, tandis que l'identification des barrières a insisté sur les limites, la complexité et la chronophagie du dispositif, il est également important de souligner, à quel point, ce même dispositif est satisfaisant, sous d'autres aspects, pour les porteurs et pour faciliter l'initiation des IOS. D'un point de vue théorique, cette considération montre toute l'importance d'analyser les barrières, le verre à moitié vide, et les leviers, le verre à moitié plein, à l'adoption des IOS.

Ainsi, les porteurs de projets insistent sur le caractère « *génial* », « *puissant* », « *force de proposition* », « *ascendant* » de l'article 51 (Int. 7 ; 11 ; 48), évoquent la « *beauté du concept* » (Int. 7), qui change de « *notre organisation stalinienne de la santé* » (Int. 48). Les porteurs de projet caricaturent ainsi la situation précédente, mais pour mieux mettre en

valeur les qualités perçues du dispositif. Dans une même perspective de satisfaction, ils évoquent un accompagnement sans faille des référents institutionnels, considérés comme « dynamiques » et « brillants » (Int. 36). Comme le souligne ce dernier porteur de projet : « Honnêtement on ne changerait rien parce que je vous dis, on a vraiment été accompagnés, compris. Écoutez voilà, en 30 ans, ce n'était jamais arrivé » (Int. 36).

L'ensemble de ces éloges identifiés dans le discours des porteurs de projet contrebalance, encore une fois, sous d'autres aspects, les barrières institutionnelles observées en amont, c'est-à-dire que le dispositif article 51 peut être perçu avec ambivalence, satisfaisant pour son intérêt et l'aide fournie par ses acteurs institutionnels, insatisfaisant pour ses contraintes bureaucratiques.

En complément de ces leviers institutionnels, il est également important de rappeler qu'une IOS rencontrant et coïncidant avec les attentes des organes d'instance est plus aisément initiée.

Pour conclure sur les leviers macro de l'initiation des IOS, les porteurs de projet soulignent également que l'idée de répondre aux imperfections du système de santé est une condition facilitante de la décision de mise en usage de l'IOS. Dans le chapitre précédent, les résultats avaient déjà montré que l'identification d'une imperfection encourageait la volonté de transformation organisationnelle.

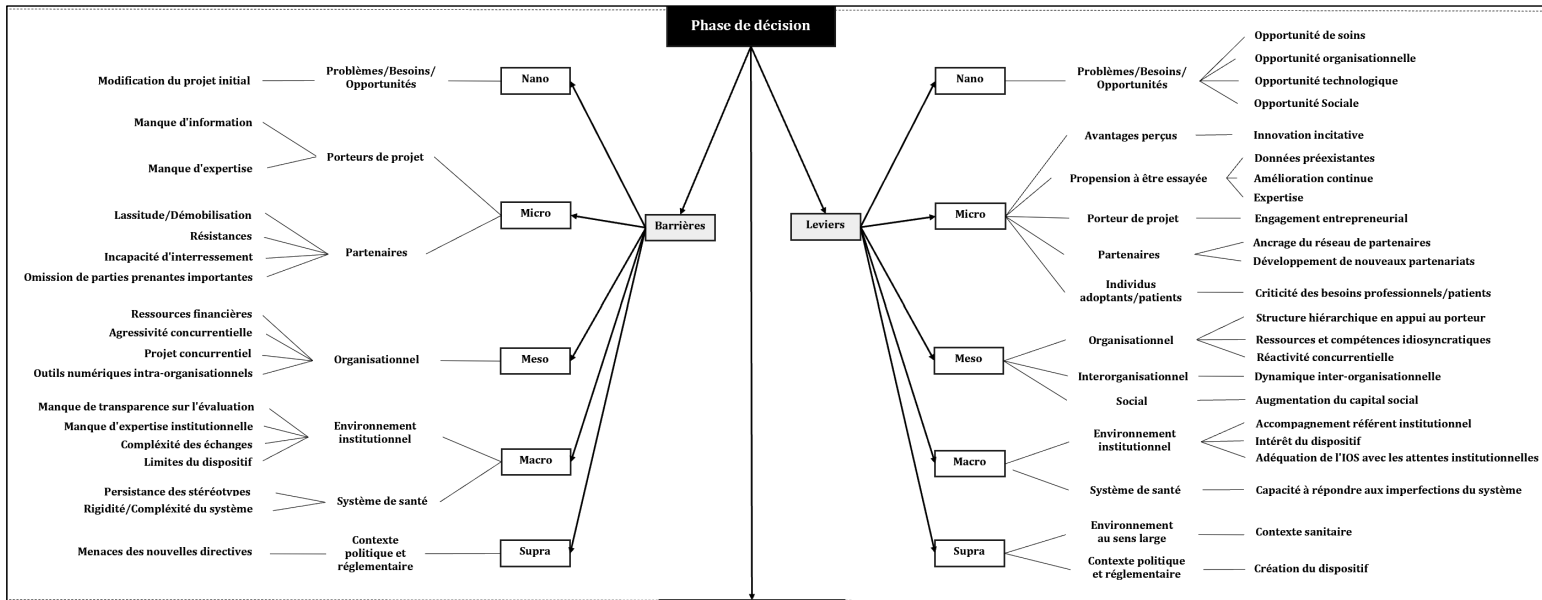
6.2.2.6. Les leviers supra de l'initiation des IOS

Parmi les leviers supra, la crise sanitaire s'est révélée être un élément moteur pour initier les IOS et les faire évoluer. Ainsi, le témoignage présenté dans la grille de codage montre comment une IOS a été acceptée au sein du dispositif article 51, à partir du moment où cette IOS a agrégé la composante télé-réadaptation, dont la pratique, numérique, a été facilitée par la crise sanitaire.

Enfin, le contexte politique et réglementaire joue un rôle majeur en tant que levier supra de l'initiation des IOS, puisque c'est l'état qui est le principal organe permettant le changement de paradigme de l'IOS et la création du dispositif article 51, dont les porteurs soulignent la pertinence, l'intérêt et les effets.

Pour conclure cette section relative aux barrières et aux leviers à l'adoption des IOS, dans leur phase d'initiation, donc de décision, la figure 20 propose une vue synoptique de l'ensemble des éléments observés, identifiés et commentés dans les pages précédentes.

Figure 20 : Barrières et Leviers à l'initiation des IOS



6.3. Barrières et leviers à l'implémentation de l'IOS

Après avoir analysé les barrières et les leviers à l'initiation de l'IOS, cette section met l'accent sur les barrières et leviers à l'implémentation de l'IOS. La phase d'implémentation implique l'usage initial de l'innovation, son adaptation et l'adaptation de l'organisation à son adoption. C'est la phase d'observation de l'acceptation ou des résistances des usagers face à l'innovation (Damanpour, 1991 ; Damanpour et Schneider, 2006 ; Dubouloz, 2014). La présentation des barrières à l'implémentation des IOS (ou la mise en usage) (6.3.1.) précède la présentation des leviers à l'implémentation des IOS (6.3.2.).

6.3.1. Barrières à l'implémentation des IOS

L'articulation de cette sous-section poursuit une même approche que pour les précédentes sous-sections. Une description de la grille de codage des barrières à l'implémentation des IOS est tout d'abord développée, avant de commenter chacune des catégories, de nano à supra.

6.3.1.1. Grille de codage des barrières à l'implémentation des IOS

Le tableau 46 présente la grille de codage des barrières à l'implémentation des IOS.

Tableau 46 : Grille de codage des barrières à l'implémentation des IOS

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases témoins
Nano	Problèmes/ Besoins/ Opportunités	Inclusion des patients et contexte sanitaire	L'inclusion des patients est fortement ralentie par la crise sanitaire, ce qui ne permet pas d'appréhender la pertinence du couple problème/solution	« Théoriquement, au départ, dans le cahier des charges, il y a 10000 patients de prévu (pour les 2 régions impliquées) sur trois ans pour les deux régions mais avec la COVID, on a pris un an et demi, deux ans de retard, la publication au Journal Officiel a eu lieu en juillet 2020 en plein COVID [...] On commence depuis le printemps (2022), presque tout juste à s'y mettre [...] Alors là, pour l'instant, on est à peine à une centaine de patients intégrés, c'est plus compliqué parce qu'on est au début du processus en fait » (Int. 9)
		Mauvaise appréciation de l'ampleur du besoin	Les porteurs de projets constatent un différentiel entre les besoins prévus et les inclusions patients effectives	« 1650 inclusions, c'est beaucoup trop [...] le nombre de patients va passer de 1650 à 930, donc on ne sera plus à 1650 inclusions[...]On avait estimé un certain nombre de patients qui sortiraient directement [...] et ce n'est pas le cas. 80 % de patients continuent le parcours » (Int. 17)
Micro	Avantages perçus	Absence d'avantages perçus par le patient	Les patients ne perçoivent pas l'avantage de l'innovation	« Et il y a des patients qui ne souhaitent pas intégrer, par exemple des personnes qui vont vraiment très bien quand on leur présente l'étude ils ne voient pas tellement l'intérêt pour eux parce qu'ils ont l'impression que tout va bien » (Int. 4)
		Absence d'avantages perçus par le professionnel	Les professionnels ne perçoivent pas l'avantage de l'innovation	« Les gens (les dentistes) s'en foutent je pense, parce qu'ils ne sont pas... Si vous voulez même faire de la prévention à 200 € par an, ça paie toujours moins qu'un implant, donc non. Je pense que ça a un désintérêt pour la chose » (Int. 3)
	Complexité	Complexité usage professionnel	Les professionnels peinent à comprendre l'usage de l'innovation et son intégration dans leurs pratiques	« Les obstacles, la médecine généraliste, actuellement, c'est vrai que c'est difficile d'en demander plus aux médecins, donc ils ont l'impression qu'on leur demande encore quelque chose de plus [...] au tout début, j'ai fait des rencontres partenariales avec ma coordonnatrice. C'est vrai qu'on a été reçus en nous disant "ça suffit quoi, encore de l'administratif ! On s'occupe de nos patients » (Int. 10)
		Complexité usage patient	Les patients peinent à comprendre l'usage de l'innovation et son intégration dans leur quotidien	« Il y a vraiment pas mal d'obstacles pour les patients de devoir un peu de quitter le cocon hospitalier, un sentiment, un peu d'insécurité, de réticence aussi pour les patients de voir l'hôpital faire irruption à domicile aussi, avec des cartons, des perfusions, des trucs comme ça. Donc ce n'est pas toujours très simple...Le fait que c'est un changement de pratiques, donc on a eu beaucoup de réticences et également il faut qu'il y ait un environnement socio familial qui soit suffisant (Int. 15)

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

Compatibilité	Incohérence de l'innovation avec les normes et valeurs existantes	Certaines innovations ne coïncident pas avec les valeurs et les normes professionnelles existantes	« Et là, en fait, on a eu un blocage. Euh, on ne l'avait pas vu venir. Les médecins ont pris peur dans la prescription (de séances d'APA en distanciel), je pense que c'était concomitant avec la visite de l'évaluateur qui leur a posé plein de questions, ils ont eu peur, je pense, à différents niveaux, de faire mal ou de prendre une responsabilité ou d'être jugés par rapport à ça. Ce n'était pas l'objet et après la grosse question qui a été, mais en fait, si le patient se blesse ou a quelque chose pendant la séance d'APA, qui est ce qui est responsable puisque c'est moi qui ai prescrit ? » (Int. 42)
Propension à être essayée			
Observabilité			
Porteurs de projet	Difficulté à impliquer les professionnels	Les porteurs de projet peinent à fédérer et convaincre les professionnels	« (Combien de professionnels ont la volonté de rentrer dans le projet ?) Alors chez les psychologues, c'est zéro à peu près [...] Donc on arrive avec beaucoup de contraintes pour des psychologues qui ne sont pas à la recherche de patients/clients, c'est à dire qu'ils ont une activité [...] les psychologues sont très difficiles à recruter parce qu'on change la pratique, on change la pratique professionnelle [...] au niveau des psychologues, on a des financements mais qui sont peut-être pas... Voilà, c'est un financement avec des contraintes » (Int. 33)
	Gestion du temps	Les porteurs de projet peinent à trouver du temps disponible pour l'IOS, en plus de leurs pratiques professionnelles	« Moi, j'ai fait, j'ai passé enfin le cinq du mois, envoyé le truc à 23 h 40, les yeux comme ça, en transpirant, en ayant passé trois jours dessus épuisé. Oui, ça, j'ai fait. Maintenant, je ne fais plus trop, mais oui, il y a quand même eu des moments difficiles [...] je trouve qu'on ne parle pas de chiffres, on parle ici du vécu, de l'expérience des porteurs. Et je trouve que c'est là où c'est intéressant, c'est cette lourdeur. Je ne suis pas le seul, on se rencontre entre nous, entre porteurs et cette lourdeur. C'est l'aventure avec des découvertes au fur et à mesure (Int. 44)
Parties prenantes	Démobilisation des partenaires dans la mise en œuvre	Les partenaires abandonnent	« Et là, un département a fait le choix, il y a un mois de supprimer des moyens sur la ... pour les redéployer sur d'autres actions qui sont plus de la prise en charge sociale mais pas de la prévention. Du coup, ça vient ralentir le projet ou du moins les prises en charge du projet, du moins celles-ci sont plus lourdes pour nos équipes. Alors qu'avant on s'appuyait sur les moyens de la ... en collaboration. Donc on voit bien que dès lors qu'on est en interaction avec les autres, si les autres n'en font plus un objectif principal comme nous, ça peut-être très problématique. » (Int. 26)
	Pression des parties prenantes	Les parties prenantes menacent l'IOS	« Les vraies difficultés que nous avons eues et que nous avons encore en partie, elles sont, je dirai un peu du côté du monde des acteurs en présence. C'est à dire, moi je suis salarié par un grand groupe privé coté en bourse et donc voir le monde du privé faire irruption dans l'univers des soins de la médecine générale ça n'a pas fait que des gens heureux parce

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

				qu'encore une fois ils projettent toute une série d'imaginaire sur nous et donc il y a eu des blocages...j'ai les syndicats de médecins, certains syndicats médecins sur les réseaux sociaux se sont répandus sur le fait qu'on voulait faire de la médecine de supermarché » (Int. 7)
		Résistance des parties prenantes	Les partenaires s'opposent à la mise en œuvre du projet après validation	« C'est qu'en fait la municipalité, au départ était donc tout à fait OK pour intégrer notre projet, sans participer aux réunions, ils ont validé, etc. Mais parce que dans leur commune, il y avait six médecins dont trois ou quatre qui partaient à la retraite, donc ils étaient partants, sauf que le temps que ça a mis (démarche d'intégration de 22 mois), entre temps, il y a eu les élections municipales qui se sont approchées et eux, ils ont dit non, il faut qu'on dise à la population qu'on fait quelque chose. Donc ils ont créé leur centre de santé » (Int. 43)
	Individus adoptants/ Patients	Difficulté d'intégration des patients	L'intégration des patients dans le parcours est parfois difficile	« On sait très bien que le patient peut avoir des priorités qui ne sont pas les priorités des soignants » (Int. 32)
Meso	Organisationnel	Ressources financières	Les délais d'obtention des ressources financières complexifient l'implémentation de l'IOS	« Les fonds sont restés bloqués un petit moment et donc les différents partenaires n'ont pas récupéré les sommes attendues tout de suite, on a mis beaucoup de temps à signer les conventions d'amorçage. » (Int. 4)
		Difficultés à développer de nouvelles ressources et compétences	L'implémentation de l'IOS impose l'acquisition de nouvelles ressources et compétences, difficiles à développer	« Il a fallu donc qu'on trouve une infirmière qui allait accepter de se former pour pouvoir acquérir les compétences et l'acquisition des compétences, pour cette infirmière, ça nécessite un an d'apprentissage [...] Il faut des compétences particulières qui sont l'acquisition déjà d'un DIU, d'un diplôme interuniversitaire d'insuffisance cardiaque. » (Int. 23)
		Concurrence	Les concurrents freinent les inclusions de patients	« Les CHU nous adressent facilement leurs patients [...] Ce n'est toujours pas le cas des cliniques privées, elles ont trop peur que je mange leur terrain » (Int. 2)
		Adaptation et appropriation des outils numériques	Les outils numériques ne sont pas adaptés à l'implémentation de l'IOS	« On s'appuyait sur un outil informatique pour communiquer qui n'a pas été à la hauteur de nos attentes. Donc on a dû revoir assez vite notre manière de procéder pour ne pas prendre de retard dans le démarrage pour des limitations techniques » (Int 5)
			Les acteurs, professionnels, comme patients, ont des difficultés à s'approprier la composante numérique de l'IOS	« En fait, là, je milite pour dire que l'âge n'ait rien à voir dans l'histoire. Je pense que dans les 20 % (qui n'utilisent pas l'application), vous en avez autant d'infirmières un peu plus âgées, des infirmières jeunes, vous en avez dans toutes les catégories qui ne sont pas très digitales et qui n'ont n'a pas envie d'y aller... ça leur paraît pas naturel. Elles n'ont pas l'habitude d'utiliser des outils digitaux et elles n'ont pas envie d'y aller! » (Int. 8)

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

	Inter-organisationnel	Communication et coordination	La communication et la coordination inter-organisationnelles sont difficiles à mettre en œuvre	« Et de ce fait, ils ont tous un peu des organisations qui sont très différentes, des modes de fonctionnement différents, des outils de fonctionnement différents, des regroupements ou pas [...] Enfin, une pluralité finalement d'organisations, ce qui fait que pour notre secrétariat, ça c'est devenu très compliqué » (Int. 49)
	Social	Ancrage des normes métiers	Les porteurs de projet constatent des difficultés pour faire évoluer les paradigmes sociaux et métiers	« C'est assez sûr que dans notre région les médecins sont totalement débordés, mais bien que débordés, ils s'offusquent toujours que des tâches puissent être confiées aux autres. Probablement pas chez tous, mais chez un certain nombre, ils sont très, très, très réticents à ce que des tâches aillent à l'infirmière ou au pharmacien qui jusqu'alors leurs étaient réservées » (Int.32)
Macro	Environnement institutionnel	Dispositifs de facturation	Les porteurs de projet peinent à gérer la facturation des forfaits	« Après, il y a des histoires aussi, de gros sous, financiers, de facturation. C'est des forfaits, c'est des trucs mais comment on gère ça par rapport à notre prise en charge ? Bah disons qu'en fait nous, on n'est pas habitués, déjà, on n'est pas des gestionnaires (les médecins), ce n'est pas nous les gestionnaires, mais les cadres administratifs. Donc de temps en temps, j'y vais. Et puis j'essaye de comprendre mais on ne comprend pas toujours tout » (Int. 23)
		Insuffisance du forfait	Les porteurs de projets considèrent le forfait insuffisamment incitatif	« Moi je suis assez content de la négociation que j'ai menée parce que mon article 51, ils respectent l'exercice. Et quand je vois d'autres articles 51 auxquels je participe en tant que lambda, qui l'utilise, il y a un point commun à tous ces articles 51, c'est l'irrespect total de l'exercice des libéraux, des utilisateurs, à la fois en lourdeur de ce qu'on leur demande et à la fois en rémunération de ce qui est proposé. Là, on vient encore de nous en proposer un, c'est dérisoire. Ils nous tirent vers le bas, allez, je dirais, ils nous proposent une baisse de rémunération de l'ordre de 50 à 75 %, c'est inadmissible » (Int. 18)
		Inadéquation et complexité du processus d'évaluation	Les porteurs de projet constatent l'inadéquation et la complexité des processus d'évaluation de l'IOS	« On va avoir des difficultés à arriver à récolter certains éléments de la part du SAMU (données demandées pour l'évaluation), ils ont un logiciel qui n'est plus commercialisé depuis 2008. Il m'a dit ça dimanche pour les statistiques [...] Il peut en récolter, mais de façon très artisanale, il faut qu'il trouve le temps de le faire et la volonté de le faire » (Int. 13)
		Rigidité et complexité du dispositif institutionnel	Les porteurs de projet soulignent le manque de flexibilité et d'adaptabilité du dispositif	« Il y a aussi quelque chose qu'on n'avait pas bien anticipé, c'est qu'ils nous ont fait le démarrage du projet officiel à la date de publication de l'arrêté [...] ils nous ont fait démarrer l'expérimentation, à la date de publication de l'arrêté et donc, comme je le disais, on a mis presque six mois à être prêt et paf ! il y a eu la COVID et en fait ils ne sont pas revenus sur cette décision, sur ce sujet, cette date de début du projet » (Int. 37)
	Système de santé	Technocratie	Les porteurs de projet regrettent le manque de prise en compte des problématiques de terrain	« Ils sont tellement loin au ministère des fois, on se demande depuis quand ils n'ont pas mis les pieds dans un hôpital. Ils ne s'imaginent pas juste ce que c'est que d'avoir une salle d'attente remplie avec déjà 1 h et demie de délai de retard » (Int. 21)

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

		Non implication du système dans la gestion de la protection des données patients	Les porteurs de projet se sentent délaissés par le système pour la gestion de la protection des données	« Il y a un point qu'on n'a pas évoqué dans les choses qui ont pu aussi freiner un petit peu, c'est sur les règles RGPD, le règlement de protection des données [...] au final, il y a eu aucune aide que ce soit par l'article 51, les ARS un peu, mais voilà, vraiment, c'est aux expérimentateurs de trouver l'information, les données, etc. sur le RGPD [...] L'article 51 n'est pas assez sensibilisé sur ce thème [...] Surtout dans le domaine de la santé en fait, c'est quelque chose à remettre en cause sur le fait que ce soit la responsabilité des expérimentateurs de gérer ça.» (Int. 17)
Supra	Environnement au sens large	Impact multidimensionnel du contexte sanitaire	Les porteurs de projet insistent sur les nombreuses difficultés induites par le contexte sanitaire dans l'implémentation des IOS	« Nous, on a traversé la période COVID, on fait face à des gros établissements, on a deux CHU, c'est des établissements qui ont traversé le COVID. On est sur l'intervention chirurgicale avec beaucoup d'interventions qui ont dû être déprogrammées pendant la crise et maintenant la crise COVID est passée mais on fait face à des difficultés extrêmes au niveau du personnel hospitalier, donc ce n'est pas évident aujourd'hui pour des établissements, des professionnels de santé de s'impliquer dans une expérimentation alors qu'ils doivent faire face chaque jour à des très grosses difficultés de personnel de soins » (Int. 35)
	Contexte politique et réglementaire	Décisions politiques	Les décisions politiques peuvent fragiliser, voire stopper l'IOS	« Donc les CPTS n'étaient pas créés en 2018, elles ont été créées entretemps. Voilà donc c'était aussi une difficulté » (Int. 33)

6.3.1.2. Les barrières nano à l'implémentation des IOS

Au niveau nano, deux éléments paraissent importants à souligner : une inclusion des patients contrainte par le contexte sanitaire, une mauvaise appréciation de l'ampleur des besoins. Premièrement, l'inclusion des patients est ralentie par le contexte sanitaire, ce qui ne permet pas d'appréhender la pertinence du couple problème/solution. En effet, en raison des ralentissements subis, les porteurs de projet sont incapables d'estimer l'adoption de leur innovation. Comme le souligne l'interviewé 36 :

« la première inclusion des patients, en fait, on l'a faite très tôt mais le problème, c'est qu'on a eu le Covid derrière, donc si vous voulez, c'est pas révélateur puisque nous, je vous rappelle dans le plan bleu, qui touche à l'inverse du plan blanc qui touche les hôpitaux, le plan bleu touche tous les établissements sanitaires et ils nous avaient carrément fermé les portes, on ne pouvait plus y aller » (Int. 36).

La crise de la Covid-19 a donc eu un impact sur la capacité des porteurs de projet pour évaluer la pertinence des solutions proposées. Elle a eu de très nombreuses autres répercussions, ce qui sera appréhendé dans les pages suivantes.

Deuxièmement, une mauvaise appréciation de l'ampleur des besoins est observée. En effet, les porteurs de projet constatent un différentiel entre les besoins prévus et les inclusions patients effectives. Le nombre d'inclusion de patients estimé dans la phase de décision, indiqué par ailleurs dans le cahier des charges, s'avère, soit, difficile à atteindre, soit, trop ambitieux, ce qui entraîne des difficultés dans les capacités à mettre en œuvre la solution.

6.3.1.3. Les barrières micro à l'implémentation des IOS

Au sein de cette catégorie, plusieurs attributs perçus de l'innovation sont identifiés comme barrière à l'implémentation des IOS.

Avantage perçu et désavantage perçu

En premier lieu, l'avantage perçu, ou plutôt l'absence d'avantage perçu, est observée, que ce soit auprès des patients et auprès des professionnels. Concernant les patients, tous ne se sentent pas concernés par l'innovation et ses effets, ce qui est plutôt rare dans les perceptions des porteurs de projet, mais s'observe néanmoins pour quelques pathologies très spécifiques. Par exemple, les patients souffrant de troubles bipolaires peuvent, à

certains moments, se sentir très bien et ne plus voir l'intérêt du parcours de soin proposé. Du côté des professionnels, l'absence d'avantage perçu est beaucoup plus prégnante dans les discours, notamment en raison des incitations financières, ce qui sera développé dans d'autres catégories mais est déjà souligné dans le témoignage suivant :

« C'est plus les directions d'hôpitaux parce qu'ils perdent de l'argent [...] Dans le meilleur des cas, si votre hospitalisation à domicile fait partie de l'établissement, vous récupérez 250 € et si vous le faites en hôpital de jour, vous récupérez 480 € [...] c'est très simple et donc les directions d'hôpitaux et certains ont dit halte là, on fait plus à domicile parce qu'on perd de l'argent » (Int. 15).

Complexité

En lien avec les désavantages perçus, la complexité des IOS est également soulignée, du côté patient, comme du côté professionnel. Pour les professionnels, notamment, les médecins, dont le temps est compté, le côté expérimental induit, par essence, cette complexité :

« Je pense que la première peur des professionnels, c'est vraiment l'étiquette expérimentation. Ça va nous donner du travail, en plus, on va être évalué, on va être suivi, on va être.... Parce qu'on sait que les professionnels, les médecins, sont souvent très occupés et surchargés » (Int. 27).

Cette complexité, et cette chronophagie, s'observent également à propos du temps alloué à la formation des pratiques professionnelles inhérentes à l'IOS :

« Et quand on leur a dit qu'il fallait deux jours de formation, alors là, levée de boucliers ! On a eu beaucoup, beaucoup de mal à décider les professionnels sur cette formation... Après, il n'y avait pas que les médecins, il y avait aussi même tous les autres professionnels parce que le problème de cette formation, en fait elle prend deux jours, c'est à dire qu'elle prend aussi deux jours de consultations à tout le monde et on ne les rémunérait pas » (Int. 29).

Ce témoignage souligne également l'interdépendance des composantes de la complexité et des désavantages perçus, puisque la chronophagie est associée ici à l'absence de compensation financière.

Du côté patient, la complexité induite par l'IOS s'observe dans le fait qu'elle bouleverse ses habitudes, comme le souligne le témoignage présenté dans la grille de codage. Ce porteur de projet, dont l'IOS porte sur l'hospitalisation à domicile, indique à quel point, pour le patient, c'est compliqué de quitter la sécurité de l'organisation de santé pour voir l'hôpital s'installer sur son lieu de vie et dans son intimité.

Compatibilité/Incompatibilité

Autre attribut perçu de l'innovation identifié, la compatibilité, ou, plutôt, l'incompatibilité. En effet, les innovations sont parfois incohérentes avec le système de normes et de valeurs. Deux formes d'incohérence sont observées : l'incohérence par rapport aux normes et valeurs professionnelles objectives et l'incohérence par rapport aux normes et valeurs professionnelles subjectives.

Incohérence par rapport aux normes et valeurs professionnelles objectives

Les IOS rencontrent parfois des difficultés puisqu'elles ne s'inscrivent pas pleinement dans les normes des pratiques médicales. Ainsi, l'IOS qui introduit l'interprétariat auprès d'une population migrante pose la question d'une consultation tripartite, ce qui pose des problèmes vis-à-vis du secret médical et de la confidentialité de la consultation. D'une même façon, le témoignage proposé dans la grille de codage amont, montre comment les médecins interrogent leur rôle et leur responsabilité, en cas de complications avec le patient, dans le processus de l'IOS. Dans d'autres cas, l'IOS s'oppose à des normes professionnelles profondément ancrées et qu'elle propose de dépasser, notamment dans le rapport entre exécution et consultation. Cet ancrage des normes métiers fait l'objet d'un développement dans les pages suivantes et à propos d'une autre catégorie de barrières.

Incohérence par rapport aux normes et valeurs professionnelles subjectives

Une autre forme d'incohérence des IOS est observée par rapport aux normes et aux valeurs professionnelles subjectives, celles qui ont été construites et établies par les acteurs professionnels et leurs pratiques. Ainsi, les IOS modifient parfois le caractère « *médecin centré* » des pratiques, ce qui est plutôt mal perçu par les professionnels de santé, qui souhaitent préserver leur pré carré :

« Mais la réticence de certains oncologues de devoir un petit peu déléguer la prise en charge, un petit peu à des professionnels à distance, sans être à proximité, sans être intervenants, de voir le patient moins souvent et donc d'être parfois un petit peu réticents pour faire confiance à d'autres professionnels de santé » (Int. 15).

Cette dimension relative à la réticence des professionnels est prégnante dans les discours et explique les difficultés des porteurs de projet à impliquer des partenaires professionnels.

Les autres niveaux d'attributs perçus, la testabilité et l'observabilité, n'apparaissent pas au sein des barrières à l'implémentation des IOS. La testabilité est identifiée en amont dans le processus d'initiation, ce que nous avons souligné à propos des IOS ex materia. L'observabilité sera identifiée en aval, à propos des leviers des IOS.

Les porteurs de projets

Une barrière importante à l'implémentation des IOS se situe dans la difficulté, pour les porteurs, d'impliquer les professionnels. Que ce soit au sein même de l'organisation ou au sein d'autres organisations liées à l'IOS, les porteurs peinent à motiver les professionnels de santé pour une intégration pleine au projet. Plusieurs raisons peuvent être évoquées, ce qui a d'ailleurs été souligné : insuffisante incitation financière, contraintes liées à la complexité et à la chronophagie, difficulté à dépasser les normes professionnelles subjectives. Ce témoignage d'un porteur, dont l'IOS porte sur un parcours coordonné du patient dépressif, souligne l'interdépendance de ces différents éléments et la difficulté d'implication des médecins, même au sein de sa propre maison de santé :

« C'est vrai que, même au sein de notre équipe, tous les médecins n'ont pas encore inclus de patients...Et que ce soit des jeunes médecins ou des médecins plus âgés, c'est compliqué d'aller vers ce genre d'exercice. Donc ça chamboule la pratique[...] Ah oui, la première (réticence des professionnels), c'est le temps. Et puis la deuxième, c'est, pourquoi en fait, quel intérêt ?... Changer ma pratique, je ne le vois pas. Et même si on a des arguments en face, des gens qui disent si, si, si, regarde, c'est bien. Eh bien non, il y a des gens qui veulent continuer à fonctionner comme ils l'ont appris » (Int. 18).

Un autre phénomène freinant l'implémentation de l'IOS, pour les porteurs de projet, porte sur la gestion de leur temps. Ces porteurs ont effectivement leurs propres activités professionnelles, libérales ou hospitalières et le temps disponible pour l'IOS est contraint.

Partenaires

La démobilisation des partenaires avait déjà été observée en phase d'initiation, notamment face à la durée d'instruction des dossiers institutionnels. Elle est également identifiée dans la phase d'implémentation. Cette démobilisation conduit même, dans certains cas, à l'abandon des partenaires au projet. Pour expliquer ces phénomènes, il est important de souligner aussi que les équipes de direction changent et que certains projets s'inscrivent dans une dynamique politique particulièrement marquée. Ainsi, le

témoignage suivant montre comment un partenaire de l'IOS dans la décision peut se désengager dans la phase d'implémentation :

« La direction du CHU a signé (co-porteur de l'expérimentation) puis après et ils n'ont pas voulu la mettre en place » (Int. 48).

Parfois, les parties prenantes font pression sur l'implémentation de l'IOS, notamment via les réseaux sociaux, ce qui est montré par le témoignage proposé dans la grille de codage amont. Ils peuvent aussi faire preuve de résistance et s'opposer à la mise en œuvre de l'IOS, même si elle a été validée précédemment (cf. Témoignage grille de codage).

Pour conclure la présentation des barrières micro, il faut également souligner que, dans de très rares cas, relatifs à la complexité et à l'avantage perçu déjà développés en amont, l'inclusion des patients adoptants l'innovation peut être délicate. Ce phénomène est très rarement observé, puisque sur les 453 lignes de *verbatim* renseignant les barrières à l'implémentation des IOS, le point de vue du patient n'est que très peu abordé, alors qu'il était très prégnant dans les phénomènes à la genèse des IOS. Ce constat montre que les barrières à l'implémentation des IOS concernent beaucoup plus les relations professionnelles et les niveaux organisationnels et institutionnels.

6.3.1.4. Les barrières méso à l'implémentation des IOS

La présentation des barrières organisationnelles précède celle des barrières inter-organisationnelles et sociales.

Niveau Organisationnel

Plusieurs catégories de barrières organisationnelles à l'implémentation des IOS sont identifiées : les ressources financières, le développement de ressources et compétences, la concurrence et l'adaptation et l'appropriation des outils numériques.

Tout d'abord sur un plan financier, les délais d'obtention des financements peuvent arriver tardivement alors que la mise en œuvre de l'IOS a déjà nécessité des investissements et des frais permanents, notamment de rémunération des personnels :

« Il y a deux financements, on a un financement dédié à la conception du projet, c'est tout ce qui est création du dispositif, donc tout le temps consacré à la création et qui est financé par l'ARS. Et ensuite il y a la mise en œuvre du dispositif, c'est le service en lui-même et ça, c'est financé par la CNAM. Donc la partie création montage du

projet a été financée par l'ARS avec des délais de retard lié au premier confinement mais ensuite a été réglé tout le temps, en temps et en heure. En revanche, pour la partie CNAM, nous avons commencé les inclusions le 1^{er} septembre, donc fin septembre on aurait dû avoir les financements, on a attendu février pour avoir les financements, ils ont attendu six mois » (Int. 6).

Ensuite, l'implémentation de l'IOS nécessite le développement de nouvelles ressources et compétences, dont l'acquisition n'est pas automatique, comme le souligne ce témoignage :

« Elles ont été toutes formées (aides à domicile) sur ces signes de fragilité. Et c'est un préalable au dispositif, c'est que sans formation, on ne peut pas mettre en œuvre le projet correctement. Et on s'aperçoit même que quand il y a des aides à domicile qui sont intégrées rapidement, sans forcément avoir beaucoup d'explications, d'informations sur le dispositif. Du coup, on a des écueils dans la mise en place des alertes qui peuvent être injustifiées » (Int. 6).

Troisièmement, de la même façon que la concurrence combat l'innovation dès son initiation, elle poursuit ses pressions lors de l'implémentation, de façon plus ou moins fondée. Par ailleurs, la concurrence peut également se masquer derrière un substitut à l'IOS :

- *« Si on voulait gagner de l'argent facilement, on aurait fait l'expérimentation dans les beaux quartiers parisiens ou avec beaucoup plus de CSP+ et donc plus facile pour nous d'y arriver. Et puis d'autre part, quand ils disent vous nous faites concurrence, on ne fait pas concurrence, il n'y a pas un libéral qui veut se lancer dans ces endroits-là » (Int. 7).*
- *« Dans ce qui peut impacter, ce qui a impacté un peu à mon sens, le projet c'est l'arrivée des nouveaux anticoagulants oraux sur le marché... les nouveaux anticoagulants oraux sont en train de se déployer sur le marché et sont en train de prendre et font baisser le nombre de patients qui sont compatibles avec l'expérimentation » (Int. 8).*

Enfin, une dernière barrière identifiée sur un plan organisationnel porte sur l'adaptation et l'appropriation des outils numériques. En effet, la mise en œuvre de l'IOS nécessite l'alignement et l'adaptation des systèmes d'information et de communication. Elle impose également, aux acteurs, de s'approprier les outils numériques impliqués dans la mise en usage du projet.

Niveau inter-organisationnel

Sur un plan inter-organisationnel et en complément des éléments d'implication des professionnels de santé déjà soulignés, la coordination inter-organisationnelle et la communication sont difficiles à mettre en œuvre et nécessite, pour le porteur de projet, une dépense d'énergie soutenue :

- *« Donc l'idée, c'est d'identifier toutes les diététiciennes du département, tous les enseignants APA, tous les psychologues du département pour leur expliquer que voilà que ce projet existe, qu'on peut financer*

les soins de leurs patients en rentrant dans un dans un protocole expérimental. C'est des prises de contact, voire celles que vous faites actuellement. Donc c'est très chronophage. Ça prend beaucoup de temps parce qu'on essuie des refus. On se déplace sur des maisons de santé, sur des réseaux de santé, des associations partenaires, etc. Pour présenter le projet et expliquer. C'était très chronophage de mobiliser tout le monde, non plus les institutionnels, mais plutôt maintenant les opérationnels » (Int. 33).

- *« Mais après, il faudra aller chercher tous les patients dans les espaces, parce que les patients insuffisants cardiaques, ils ne sont pas que dans les services de cardiologie, ils sont également dans les services de médecine, de gériatrie, etc. [...] ils sont un peu partout ces patients. Donc il faut se montrer pour se rendre visible. Donc nous, on a pris aussi beaucoup de contacts avec les différents services mais il faudrait que quelqu'un y aille tous les jours, dans tous les services pour se montrer, pour que la personne s'habitue : dès qu'on a un patient insuffisant cardiaque, on appelle l'infirmière qui est en charge. On a contacté aussi les CPTS, toute l'organisation sur le plan territorial, donc les centres de santé, tous sont au courant » (Int. 23).*

Niveau social

Le niveau social rejoint l'incompatibilité décrite précédemment. L'ancrage des métiers, des valeurs et des normes, objectives et subjectives, est particulièrement profond. Les porteurs de projet doivent ainsi surmonter certaines barrières liées aux normes sociales. Leurs IOS impliquent ainsi de dépasser, pour les acteurs, certaines pratiques usuelles de leur métier, pour intégrer de nouvelles activités, voire tenir un nouveau rôle. Le témoignage suivant exprime ces bouleversements :

« Il faut se rendre compte quand même que là [...] les infirmières sont souvent des exécutantes de soins, elles n'ont pas appris, dans leur façon de fonctionner, à prendre beaucoup d'initiatives. Et c'est ça aussi la difficulté, même sur le plan médical [...] Et cette initiative n'est pas naturelle. Ce n'est pas donné, ce n'est pas naturel. Voilà, ce n'est pas naturel, dans le cadre des études infirmières, le rôle est plus un rôle d'exécutant qu'un rôle d'initiative [...] Ça fait partie de la mise en place, mais ça dure au moins un an cette phase-là, un an, un an et demi pour quand même commencer à se sentir à l'aise, avoir bien pigé, pas avoir la trouille [...] c'est de l'expérience au fur et à mesure. C'est un changement de paradigme, on se rend compte que, ben oui, on leur demande de devenir responsable et c'est un rôle dont on a essayé de les protéger pendant toutes leurs études d'infirmières en leur disant faites attention ! » (Int. 23).

Cette difficulté à changer les normes sociales est aussi exprimée envers les médecins, qui sont, certes, débordés, mais ne souhaitent pas déléguer leurs tâches à d'autres professionnels de santé, soit par manque de confiance, soit par souhait de préserver l'ensemble de leurs prérogatives, ce qui est souligné dans les témoignages précédemment exposés et montré ici :

« Il faut dire que ça va vite quand même, de plus en plus, il y a des décisions qui tombent d'en haut qui disent, bah désormais le pharmacien va pouvoir modifier tel traitement, faire de l'éducation pour telle chose, vacciner, etc. c'est vrai aussi pour l'infirmière, et certains médecins se sentent dépossédés alors même qu'ils sont complètement débordés » (Int. 32).

6.3.1.5. Les barrières macro à l'implémentation des IOS

La présentation des barrières relatives à l'environnement institutionnel précède celle des barrières relatives au système de santé.

Environnement institutionnel

Les barrières relatives à l'environnement institutionnel se déclinent en 4 catégories : les dispositifs de facturation, insuffisance du forfait, inadéquation et complexité du processus d'évaluation, rigidité et complexité du dispositif institutionnel.

En premier lieu, les porteurs de projet constatent très fréquemment que le dispositif de facturation n'est pas anticipé dans l'implémentation de l'IOS et s'aperçoivent, dans la douleur, de la difficulté à gérer ces dispositifs :

« Et puis l'autre point qu'il faut quand même dire quand on parle de ça, c'est attention aux problématiques de gestion pure. Parce que quand on a des millions d'euros de l'assurance maladie à dépenser avec des règles, l'assurance maladie nous délègue des fonctions de contrôleur de la Sécurité Sociale. Et ça, c'est pas rigolo à faire, personne n'aime faire ça. En tant qu'expérimentateur, on n'est pas du tout préparé forcément à assister à ces choses-là. Et en fait, ça prend beaucoup de temps et des fois, ça empiète aussi sur le développement » (Int. 44).

Deuxièmement, les porteurs soulignent l'insuffisance du forfait proposé par les institutions qui rencontre la question de l'incitation financière, déjà évoquée précédemment. Pour les porteurs de projet, les forfaits sont parfois insuffisants pour inciter les professionnels à participer à l'aventure des IOS :

- *« On s'est rendu compte qu'effectivement, par exemple pour le forfait alimentaire, le forfait moyenné qu'on avait mis en place n'est pas toujours attractif pour certains professionnels. Parce que, pour les pédiatres, on voit que, par exemple, ce forfait-là, qui était vraiment un forfait spécifique, était même moindre qu'une consultation pédiatrique classique [...] la partie forfait doit être suffisamment attractive, que ce soit pour les libéraux que pour la partie hospitalière, pour que le déploiement des parcours se fasse de la meilleure façon possible » (Int. 27).*
- *« La période la plus difficile, ça été la négociation des prix de tous les aspects financiers [...] avec la Cnam, ce qui a été compliqué et qui porte une partie de l'explication de l'échec du projet [...] c'est quand même la première fois et la seule, à ma connaissance, que ces tests sont payés différemment et avec des prix assez ridicules puisque c'était 4 € pour un test négatif, 14 € pour un test positif alors que cinq mois après le début de l'expérimentation, les pharmaciens étaient payés 36 € pour un test COVID, donc il n'y a pas photo quoi » (Int. 47).*

En troisième lieu, l'inadéquation et la complexité du processus d'évaluation est relevé par les porteurs de projet, qui peinent à identifier, dans la mise en œuvre de l'IOS, des données susceptibles de rencontrer les attendus des évaluateurs du dispositif article 51.

Plus généralement, la rigidité et la complexité du dispositif est souligné puisque les porteurs constatent qu'il est très difficile d'amender le cahier des charges, même si, dans les faits, les activités sont contraintes et évoluent. Ce porteur exprime cette rigidité, qui nuit à l'opportunité d'améliorer l'IOS :

« On aurait pu monter quelque chose autour des bilans somatiques en ayant un dermatologue, on l'avait déjà trouvé d'ailleurs, qui pouvait regarder déjà dans un premier temps et ensuite recevoir les personnes et ça, par exemple, ça n'aurait pas été possible dans le cadre de l'expérimentation de toute façon, d'ajouter une discipline à ça, et c'est un peu dommage. C'est à dire que le cahier des charges, en fait, est un peu trop rigide » (Int. 20).

Systeme de santé

Dans une même veine que la rigidité institutionnelle évoquée, les porteurs de projet évoquent la technocratie inhérente au système de santé et à ses acteurs, de même que leur éloignement des problématiques opérationnelles de terrain. Cet écart constitue une barrière à l'implémentation des IOS :

« Et ils ont toujours refusé de faire la double immunothérapie, ça passe par un comité obscur de gens qui ne connaissent rien au problème, mais enfin bon, c'est la France [...] Je dirais, ils n'y connaissent rien, ils n'ont qu'à nous faire confiance, enfin on ne fait pas n'importe quoi non plus, avant de penser voilà » (Int. 15).

Au passage, ce témoignage montre que la philosophie initiale du dispositif article 51, faire confiance aux acteurs, n'est ni inné, ni ancré, mais consiste plutôt, pour les porteurs de projet, en un combat permanent.

Un autre élément très prégnant dans le discours des acteurs consiste en un manque d'accompagnement sur les problématiques de la protection des données. Pour les porteurs de projet, le système de santé et ses institutions, n'ont pas pris en considération la nécessité d'apporter une aide pour la Réglementation Générale de la Protection des Données (RGPD). Ces données sont, en outre, très importantes puisque les IOS portent, dans la plupart des cas, sur la coordination pluriprofessionnelle.

6.3.1.6. Les barrières supra à l'implémentation des IOS

Au sein de cette catégorie apparaît le contexte sanitaire, qui a freiné l'implémentation des IOS, de plusieurs façons. Tout d'abord, en retardant l'inclusion des patients par leur isolement. Ensuite, en mobilisant, voire en monopolisant les professionnels de santé. Troisièmement, en fermant les établissements. Quatrièmement, en modifiant et en limitant les modes de communication sur les projets et entre acteurs des projets. Finalement, en contraignant les possibilités d'intégrer les IOS, pour les patients comme pour les professionnels, par refus de vaccination.

Autrement dit, au moment où les entretiens ont été conduits, l'implémentation des IOS a été particulièrement freinée, ralentie, voire stoppée par la crise sanitaire. Le tableau suivant montre quelques témoignages, parmi d'autres, relatifs aux impacts du contexte sanitaire sur l'implémentation des IOS. Cette catégorie, fortement représentée dans les phrases témoins, aurait, sans doute, pu faire l'objet d'un codage complémentaire, ce qui dépasse les objectifs assignés à ce chapitre.

Tableau 47 : Impacts du contexte sanitaire sur l'implémentation des IOS

Phrases témoins	Interviewé
« Ce qu'on constate, c'est que beaucoup de praticiens ont arrêté leur exercice plus tôt que prévu. Les praticiens étaient très fatigués à la reprise COVID parce qu'il y avait toujours ce protocole de protection de soins difficiles et puis les praticiens, ils ont eu un rebond dans leurs cabinets de tous les soins qui ont été arrêtés pendant deux mois »	13
« On a eu la crise sanitaire qui ne nous a pas permis de réunir les médecins, pas permis de faire du présentiel et on est resté un petit peu en latence par rapport à ce sujet de la formation »	10
« C'était lié tout bêtement au fait qu'on était confinés et qu'on ne pouvait plus faire des soirées infirmières pour présenter l'application aux infirmières »	8
« Oui, parce que pour dire à quel point la COVID a influé, c'est que même certains patients, c'est ça qui est très irrationnel, c'est que certains patients cardiaques qui sont en réadaptation ont refusé le pass vaccinal et donc ceux-là on n'a pas pu les inclure, à cause du pass vaccinal »	12
« Et je ne vous parle pas du pass vaccinal, entre les masques, parce que les personnels qui ont refusé (la vaccination), les structures APA, certains intervenants ont refusé le pass et donc comment faire ? [...] La COVID a créé un climat... »	12
« Mais depuis 2018, il y a trois ans que se sont écoulés, on a perdu l'association de patient support sur lequel on se reposait, qui n'a pas survécu à la crise sanitaire »	33
« On a eu les blocs pour les chirurgiens, les blocs, ils étaient fermés parce que l'obésité n'étant pas une maladie prioritaire »	19

« En plus, nous on fait intervenir l'hôpital et la ville, alors la ville ce n'était même pas la peine de parler de quoi que ce soit aux pharmaciens, encore jusqu'à jusqu'au mois de mars où ils étaient complètement mobilisés par les tests »	9
« Après, c'est compliqué parce qu'on est tombé dans la crise COVID et ben voilà, tout a été ralenti parce que tout a été réorganisé au sein de l'hôpital. On a fermé une partie des services qu'on avait pour rouvrir des unités COVID, auxquelles on a beaucoup participé, nous la gériatrie pendant la première vague et la deuxième »	32

Pour conclure la présentation de ce niveau supra, il est important de préciser, comme pour la phase de décision, que le contexte politique et réglementaire, en produisant des décrets et des directives, peut freiner et stopper l'implémentation des IOS, qui deviennent obsolètes au regard des nouvelles règles établies. Comme l'indique le porteur de projet 40, son IOS a été abandonnée à la suite du contexte sanitaire qui a fait émerger un décret permettant le remboursement de séances de psychologues :

« En fait, le projet, c'était vraiment de créer un parcours avec les psychologues de ville. Et pour les psychologues qui rentraient dans un parcours avec tant de séances cadrées, avec des échelles, etc. ils étaient remboursés par la Sécu alors qu'ils ne l'étaient pas. Et depuis le dispositif "Mon Parcours Psy" qui est né pendant la COVID, et bien les pys peuvent être remboursés sur prescription médicale et donc il n'y avait plus personne » (Int. 40).

Ce témoignage montre que les IOS ne sont pas à l'abri d'imprévus et sont influencées par de nombreuses variables environnementales, lesquelles, avec la pandémie ont été particulièrement importantes pour l'implémentation des 96 projets observés.

6.3.2. Leviers de l'implémentation des IOS

Une continuité dans la présentation des leviers de l'implémentation des IOS est proposée. Tout d'abord, la grille de codage, ses thèmes, sous-thèmes, idées clefs et phrases témoins sont présentés. Ensuite, les catégories, de nano à supra, sont détaillées.

6.3.2.1. Grille de codage des leviers de l'implémentation des IOS

Le tableau 48 présente la grille de codage des leviers de l'implémentation des IOS.

Tableau 48 : Grille de codage des leviers l'implémentation des IOS

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases témoins
Nano	Problèmes/ Besoins/ Opportunités	Connaissance des besoins patients et adéquation de la solution	L'inclusion des patients est facilitée par la connaissance des besoins patients et par la mise en adéquation de la solution	« Pour les aidants (des personnes âgées), ça, c'est vraiment génial aussi. Parce que les aidants, ils ne partent plus en congés, ils ne peuvent pas partir avec leur famille et dire je vais laisser ma mère. Et bien maintenant, on leur propose, on leur dit, vous pouvez partir une semaine, on bloque la chambre d'hébergement temporaire à l'EHPAD et vous venez la rechercher au retour et la ramener chez elle » (Int. 31)
		Attentes et besoins multiples face au problème	Les attentes et les besoins ne concernent pas que le patient mais implique le patient et un ensemble d'autres acteurs professionnels	« Il y a une forte attente de l'ensemble de la population, les patients déjà, ils attendaient ça, parce que dès qu'on a commencé, bien entendu, il y a des SSR qui nous ont contacté pour dire : comment ça se fait que nous on ne peut pas envoyer nos malades ? Il y a des cardiologues, des centres de cardiologie qui m'ont appelé en me disant est ce qu'on peut vous envoyer directement les nôtres, même s'ils n'ont pas été en SSR ? On a bénéficié d'une attente des tutelles, comme de la population et comme des professionnels. En fin de compte, on a cette chance d'arriver à un moment où, à part la DSS personne n'était contre notre projet. Et à la limite, tout le monde le voudrait maintenant » (Int. 2)
Micro	Avantages perçus	Pertinence de la solution proposée par l'IOS, pour les patients comme pour les professionnels	L'IOS développe des avantages pertinents pour les adoptants, qu'ils soient patients ou professionnels	« On sait que, par exemple, l'outil informatique est jugé très positivement par les soignants, déjà ce qui est important et puis aussi pour les patients [...] Ils sont vraiment satisfaits » (Int. 4)
	Simplicité	Simplicité d'usage patient	Le patient est libre dans sa pratique et dans ses usages de l'IOS	« Le patient choisi comme il veut (le nombre de séances en présentiel et en distanciel). En fait, ce qui est important, c'est que l'éducateur APA les rencontre toujours au moins une fois pour le diagnostic éducatif et à la fin, après si il y a une personne qui ne veut faire que du virtuel, et bien il ne fait que du virtuel » (Int. 42)
		Simplicité d'usage professionnel	L'usage de l'IOS est simple pour les professionnels	« On a voulu mettre en place une application simple pour les aides à domicile qui puisse être utilisée pendant nos interventions pour pouvoir donner le ressenti sur l'état de la personne » (Int. 6)
	Compatibilité	Les porteurs de projet et les parties prenantes partagent des valeurs collectives	Les acteurs partagent des valeurs collectives pour répondre aux défis du système de santé	« Et maintenant, on est presque à un millier de professionnels conventionnés dans notre expérimentation. C'est vous dire la mobilisation des professionnels...Donc ça, c'est la base, quelque part, c'est vraiment ce qui remonte du terrain et des gens qui ont vraiment envie d'apporter des solutions aux défis et surtout une réponse aux besoins financiers des familles. » (Int. 44)
	Propension à être essayée	La réussite de certaines IOS stimule la duplication	Certaines IOS sont dupliquées et une pré-généralisation est observée	« Alors le fait que nous, on atteigne nos objectifs, je pense que ça démontre la faisabilité...Dans le cahier des charges, c'est bien clairement spécifique. Quels sont les sites qui peuvent participer ? Il n'y en a que trois, c'est fermé. Pourtant, on a d'autres sites qui nous ont approché pour pouvoir dupliquer la démarche. Donc ces deux projets, qui sont complètement distincts, sans partage de données, de résultats...Donc, ce qu'on dit, c'est que l'article 51 est dans sa bulle, mais c'est comme ça reste un indicateur de généralisation. La généralisation, elle commence dès à présent » (Int. 30)
Observabilité	Les réussites de certaines IOS sont claires et visibles	Les porteurs de projet soulignent la clarté de leurs	« Ça a été indiscutablement positif de pouvoir faire une expérimentation qui permette aux patients de ne pas se déplacer et de s'assurer une bonne observance. Dans le contexte qui est celui-ci, c'est clair (contexte sanitaire) [...] Mais globalement, oui, ça nous a montré que la démarche d'aller vers le domicile, de sortir de l'hôpital pour ce type	

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

		résultats et l'atteinte de leurs objectifs	<i>de traitement est absolument pertinente, je dirais [...] 1500 patients inclus à ce jour, soit 68% des objectifs (il reste 1 an et demi) [...] Oui, on y arrivera, il y a des besoins » (Int. 25)</i>
Porteurs de projet	Démarche entrepreneuriale	Les porteurs de projet prennent des risques, s'adaptent, persévèrent, convainquent, s'engagent pour que l'IOS soit au mieux mise en œuvre	<i>« Il faut voir, ce que ce que c'est que d'être dans une innovation, dans un projet innovant comme ça, c'est quand même énormément d'engagement, beaucoup, beaucoup de temps. On ne compte pas les heures...[...] On change tout le temps. On est tout le temps en train d'agir, de s'ajuster, de relever de nouveaux défis » (Int. 44)</i>
	Démarche managériale	Les porteurs de projet cherchent à acquérir ou montrent des compétences managériales pour l'implémentation des IOS	<i>« Pour vous dire je suis en train de me former au management, management d'équipe avec cette même idée que pour faire changer ou pour faire avancer un projet dans une équipe, il faut induire des changements et donc il faut qu'il y ait du management du changement [...] J'ai cherché des formations au management du changement des patients. Je n'en ai pas trouvé, j'ai trouvé une formation Essec. Là-dessus en me disant peut être que je vais avec ça, trouver des arguments. Le premier truc de formation que j'ai fait, c'était sur : avoir une vision du projet et partager sa vision » (Int. 50)</i>
	Expertise et légitimité	La qualité d'expert du porteur de projet légitimise l'IOS dans sa mise en œuvre	<i>« C'est notre coordonnatrice qui avait totalement le profil adapté pour travailler dans la protection de l'enfance, qui avait déjà un gros réseau partenarial, une connaissance des partenaires du circuit et qui avait un attrait pour la gestion de projet. Elle nous a vraiment débloqué l'expérimentation et a largement participé au bon déploiement du projet » (Int. 10)</i>
Parties prenantes	Pertinence de l'intégration de partenaires	L'implémentation de l'IOS est facilitée par l'intégration de parties prenantes adéquates et pertinentes pour l'avancée du projet	<i>« Il y a des portes qui s'entrouvrent et qui permettent de commencer à trouver des acteurs qui n'étaient pas là au départ. Et puis le fait que, lentement, les gros acteurs régionaux adhèrent au projet, que ce soit au CHU, que ce soit à la clinique X qui est une des grosses cliniques de la région. Les acteurs poursuivent, ils ont essayé et puis ils l'ont adopté. Derrière toutes les petites villes autour et en périphérie, elles se disent, bon, ben, s'ils ont suivi et si ça leur est utile, nous, on peut essayer » (Int. 16)</i>
	Réseau antérieur préexistant	Les IOS dont le porteur bénéficie d'un réseau préexistant sont plus facilement mises en œuvre	<i>« Donc on avait déjà des relais avec des infirmiers libéraux un peu partout dans la région qui font que ça, c'était un élément facilitant » (Int. 15)</i>
	Implication des partenaires	La mise en usage des IOS est facilitée par l'implication sans faille des partenaires	<i>« La volonté de tous les acteurs que ça se passe bien, en tout cas au niveau hospitalier. Sur les deux CHU, ça a bien fonctionné [...] c'est vrai que les deux services de gériatrie et les deux services de pharmacie clinique avaient déjà des liens assez forts. Donc ça s'est fait très simplement. » (Int. 5)</i>
Individus adoptants/ Patients	La prise de conscience des avantages perçus contribue à l'autonomisation du patient	L'IOS est plus facilement implémentée lorsque le patient prend conscience de son avantage et s'autonomise	<i>« Et puis la prise de conscience des patients de l'importance d'un parcours [...] Parce que pour certains c'est la perte de poids et une fois que j'ai atteint ça, j'ai résolu le problème de ma maladie, l'obésité, souvent, on fait un peu le raccourci que c'est une maladie qui est uniquement liée au poids [...] Et à juste titre parce que c'est ce qui est apparent et c'est ce qui est le plus endommageant d'un point de vue social et sociétal. Mais derrière, il y a quand même énormément de maladies, différentes complications métaboliques, cardio, etc. Donc c'est intéressant de voir aussi que les patients prennent conscience et c'est une plus-value à faire valoir, c'est que les patients sont d'autant plus engagés dans leur changement. » (Int. 19)</i>
	Formation	La formation des patients facilite l'implémentation de l'IOS	<i>« C'est important et c'est ce qu'on fait avec le patient. Enfin, l'équipe avec le patient fait en sorte qu'il acquiert de nouvelles compétences, ce qui fait qu'on les valorise ses compétences, qui fait qu'il ait une meilleure confiance en lui, une meilleure image, une meilleure estime de lui. Du coup, il va continuer à le faire » (Int. 37)</i>

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

		Communication	La communication auprès du patient favorise la mise en œuvre de l'IOS	« [...] Donc nous, depuis le début, on fait de la communication grand public. C'est pas du tout notre corps de métier, je pense que les gens de la santé ne font pas de la pub. Alors que nous on s'est lancé dans la communication auprès du grand public parce que de moins en moins de familles ont des médecins traitants et depuis ces dernières années ça s'est accéléré [...] Donc l'idée c'est aussi de pouvoir atteindre, toucher le public cible par d'autres voies que la voie uniquement professionnelle. Donc on fait des communiqués de presse pour la presse écrite, la radio, etc. pour que les messages arrivent vers cette population là si jamais elle ne l'était pas par la voie classique professionnelle » (Int. 28)
Meso	Organisationnel	Structure	Certains projets s'appuient sur une structure établie qui facilite l'implémentation de l'IOS	« Moi, j'ai deux chargés de projet en Bretagne, en Pays de la Loire. Après, moi je bénéficie, si vous voulez d'une structure, le syndicat, on a 50 employés dans les territoires, j'ai un bureau de 30 personnes, on a des contacts un peu partout et j'ai cette force de frappe » (Int. 3)
		Ressources et compétences	Le recrutement de ressources humaines contribue au déploiement et à l'implémentation de l'IOS	« On a dû embaucher au mois de septembre un chargé de mission sur Vigilance senior au sein de la fédération donc, qui est là en appui des aides des responsables pour former les aides domicile, pour leur expliquer le dispositif, il fait lui-même des présentations chez les seniors. Il a pu dégager du temps, particulièrement pour aider aux inclusions. Et ça été indispensable parce que je pense que sans lui, ça aurait été stationnaire » (Int. 6)
		Formation	Les équipes projet des IOS se forment pour être en mesure d'implémenter l'innovation	« Et puis pour l'équipe, on fait beaucoup de formations [...] l'assistante, elle fait des formations à l'éducation thérapeutique, elle ne fera jamais des séances d'éducation mais elle sait ce que c'est quoi. Elle a fait une formation de méditation pleine conscience, voilà pour mieux gérer ses compétences émotionnelles » (Int. 37)
		Concurrence	La concurrence stimule l'implémentation des IOS	« Je pense qu'il y a une vraie volonté aujourd'hui des pharmaciens, y compris des pharmaciens d'officine d'assumer d'autres rôles, d'autres tâches que d'être vendeurs de produits, de médicaments et puis de plein d'autres chose et d'assumer véritablement un rôle dans la prise en soin du patient. Et donc tout ça, ça les intéresse probablement. Ils sont obligés aussi d'aller vers ces nouveaux rôles. Parce que, en gros, la porte du médicament c'est moins rentable ou la parapharmacie, ils ont de la concurrence, d'autres commerçants, d'autres commerces plus fort. Et bon, je pense qu'ils y sont contraints, mais ils sont très volontaires » (Int. 32)
		Adaptation et appropriation des outils numériques	Les outils numériques sont adaptés et simplifiés pour favoriser l'appropriation des usagers de l'IOS	« Globalement, on a un taux d'adhésion des infirmières libérales qui est de 70% [...] La prise en main est assez facile, c'était assez fluide et assez simple pour elles (les infirmières),...Elles adorent » (Int. 8)
	Les outils numériques facilitent la communication et la coordination inter-organisationnelle		« On a bien vu quand on a poussé un peu le ministère dans ses retranchements en disant, mais qu'est-ce que vous faites pour la coordination ? Il y a eu un mot qui était quand même révélateur, c'est l'espace numérique en santé. C'est à dire que plus l'espace numérique en santé va se développer, plus ce sera facile d'alimenter un outil de coordination parce que les documents, les données seront déjà stockées quelque part, ce qui n'est pas le cas pour l'instant. » (Int.16)	
		Les outils numériques contribuent à l'autonomisation du patient	« Et puis, il y a la qualité de vie des patientes, elles ont tendance à être déjà moins stressées parce que le fait de savoir que ces données sont surveillées et que s'il y a un problème, on va vous écrire ou vous appeler, c'est hyper rassurant » (Int. 21)	
	Inter-organisationnel	Communication et coordination	La communication et la coordination favorise l'implémentation de l'IOS	« Là, on est dans la construction du projet. C'est à dire, on est dans la communication. On travaille beaucoup là tout de suite sur la communication, c'est à dire avoir à la fois de la communication vers les personnes qu'on va solliciter pour participer à ce parcours, les patientes, si on veut bien dire comme ça, on est dans la communication vers les professionnels puisque tous les professionnels de proximité qui vont donner les quinze consultations, il faut qu'on communique et qu'on les forme, on est en train de fabriquer ça » (Int. 50)

Chapitre 6. Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé

		Formation	La formation des professionnels impliqués facilite l'implémentation de l'IOS	« Et puis après, je continue à faire des formations [...] Et puis les formations [...] font qu'il y a eu beaucoup d'internes du CHU, par exemple, qui viennent en formation à l'ETP chez nous, on les invite, on ne les fait pas payer évidemment, les évaluations, les audits, etc. » (Int. 37)
	Social	Volonté de changer la norme sociale	Un changement de paradigme des métiers est observé pour favoriser l'implémentation des IOS	« Il faut bien que les gens comprennent, c'est que des soins de qualité, c'est une prestation d'équipe. Jusqu'à il n'y a pas longtemps, c'était le mythe du médecin ou du chirurgien, ou du psychiatre tout puissant qui avait tout compris. Moi je peux le dire, il vaut mieux être un médecin ordinaire mais entouré de gens extraordinaires » (Int. 7)
Macro	Environnement institutionnel	Soutien et accompagnement des institutions	L'accompagnement et le soutien des institutions est perçu par les porteurs de projet comme une condition facilitante de l'implémentation des IOS	« Le plus gros soutien, l'ARS. Voilà, je pense que je leur rends bien parce que ça les met vachement en lumière mais voilà, sans la collaboration qu'on a avec l'ARS [...] on n'en serait jamais là » (Int.14)
		Adaptation des documents institutionnels au besoin des porteurs	Les institutions flexibilisent les documents pour faciliter l'implémentation de l'IOS	« Il y a des choses très pratiques du type dans le cahier des charges, vous trouverez normalement, une équipe est censée être constituée de cinq médecins. Ça c'est pareil, cinq médecins dans la région, c'est trop pour une équipe [...] Ça, on en a discuté avec les institutions et c'est bon (avenant) » (Int. 29)
		Octroi de ressources complémentaires	Les institutions n'hésitent pas à octroyer des ressources complémentaires pour que l'IOS puisse être implémentée	« Et l'autre point qui a été important, c'est que n'ayant pas l'outil numérique qui normalement devait nous faciliter le travail, l'ARS nous a rapidement débloqué une enveloppe supplémentaire pour avoir un gestionnaire et c'est ce gestionnaire qui peut organiser les inclusions, qui fait le lien avec les médecins » (Int. 5)
		Evaluation	La co-construction des critères d'évaluation stimule l'implémentation des IOS	« On a travaillé beaucoup avec eux, c'est aussi un point à souligner, c'est qu'on a toujours été en étroite collaboration avec notre évaluateur, avec la Caisse nationale d'assurance maladie [...] on a quand même estimé avec l'évaluateur très récemment, il y a deux ou trois semaines, les critères d'évaluation, donc ça c'est super encourageant, c'est qu'on ne nous met pas de côté pour l'évaluation, on prend en compte nos expériences de terrain, nos expériences de coordinateur et l'expérience globale pour définir des critères pertinents, que ce soit qualitatif, quantitatif » (Int. 19)
		Intérêt du dispositif	Le dispositif article 51 est considéré en lui-même comme un levier de l'initiation, mais également pour la pérennisation de l'implémentation de l'IOS	« Le fait de montrer qu'on tient, on a tenu, on tient nos objectifs malgré les difficultés, on tient bon. Ça fait que je pense qu'il y a une vraie reconnaissance de la part de l'équipe du Ministère, qui nous considère comme un peu les ambassadeurs, c'est vrai que chaque année, on intervient pour expliquer comment tout ça s'est monté. Non, je suis ravi j'espère que ce type d'expérimentation sera évalué correctement » (Int. 14)
Supra	Environnement au sens large	Impact du contexte sanitaire	Le contexte sanitaire favorise l'implémentation de l'IOS	« J'ai cru qu'avec la Covid qu'on aurait des difficultés mais ça été le contraire, on a explosé nos prévisions, on était en situation d'équilibre dès la première année » (Int. 2)

6.3.2.2. Les leviers nano de l'implémentation des IOS

Sur le plan des éléments relatifs au triptyque besoins, problèmes, opportunités, deux leviers paraissent essentiels à mettre en lumière. D'une part, la connaissance des besoins patients et la mise en adéquation de la solution proposée facilite la mise en œuvre de l'IOS. D'autre part, lorsque les besoins répondent à de multiples attentes, c'est-à-dire de la part des patients, professionnels, institutions, l'implémentation de l'innovation est, là encore, facilitée. Au niveau théorique, ces constats peuvent être mis en perspective avec la distinction proposée entre invention et innovation dans le chapitre 1. Effectivement, de la même façon qu'un produit doit être introduit sur un marché et adopté, l'IOS doit apporter une solution à un besoin bien identifié. Comme le souligne l'interviewé 11 :

« le fait que c'est un véritable besoin en fait, c'était relativement simple pour ça, pour le mettre en place. Et puis très rapidement, les médecins ont bien vu que ça correspondait à un véritable besoin et que c'est vraiment un atout. Donc les leviers, enfin, comment dire...les patients, il y en a et ça pousse à les inclure [...] En gros c'est un véritable besoin, ça répond à un besoin de la société actuelle. Donc c'est évident, il n'y avait pas besoin de faire trois ans et 500 patients » (Int. 11).

Cette reconnaissance de l'importance des besoins montre également une première distinction fondamentale entre les barrières et les leviers à l'implémentation des IOS, puisque le patient occupe une place centrale dans les leviers de l'IOS, alors qu'il était très peu impliqué, voire absent, dans l'identification des barrières à l'implémentation des IOS. Cette distinction souligne, encore une fois, le besoin de mobiliser une double grille de lecture, des barrières et des leviers, pour observer l'IOS et ses contours.

6.3.2.3 Les leviers micro de l'implémentation des IOS

Le niveau micro rassemble les éléments relatifs aux attributs perçus, aux porteurs de projet, aux parties prenantes et aux individus adoptants.

Les attributs perçus

Les attributs perçus de l'innovation sont identifiés dans les discours des porteurs de projet. En premier lieu, l'avantage perçu est à mettre en perspective avec la reconnaissance des besoins énoncés précédemment, puisqu'une solution pertinente, proposée aux patients, comme aux professionnels, facilite la mise en usage de l'IOS. Ensuite, les porteurs de projet identifient la simplicité d'usage, pour le patient et pour le

professionnel, comme un élément facilitateur de l'implémentation des IOS. Troisièmement, sur le plan de la compatibilité, il est important de souligner la dynamique fédératrice des projets portés, qui sont identifiés par les porteurs comme des éléments catalyseurs de partage de valeurs. Cette dynamique est à mettre en perspective avec l'empathie identifiée à la genèse des IOS, puisque les sensibilités sont partagées et constituent des éléments moteurs pour faciliter l'implémentation des IOS :

« C'est l'ouverture pour tout le monde. Et pourquoi les psychologues seraient accessibles qu'à une certaine classe de population ? Enfin voilà, c'est surtout dans le champ de la prévention, parce que là on parle pour les enfants...pour le bien-être des enfants, donc c'est ce qui nous motive tous. Et je pense aussi que le fait que tous les thérapeutes fédèrent autour de cette idée-là, c'est une force pour nous » (Int. 46).

Enfin, la propension à être essayée et l'observabilité sont également identifiées dans les discours des porteurs de projet, qui connaissent parfaitement leurs objectifs et les évaluent précisément :

« En fait, si vous regardez, il y a une montée en charge qui est prévue année par année. Donc je peux vous dire la première année, en termes d'inclusion, on a réalisé plus de 5700 patients encore. Par contre, en termes de patients complets, l'idée, c'était 857 la première année. Et là, actuellement, on en est à 750 (en juin), donc on va atteindre notre objectif » (Int. 30).

Les porteurs de projet

Au-delà des attributs perçus, le niveau micro intègre également les éléments propres aux porteurs de projet. Sur ce point, une première observation porte sur la prégnance de leurs caractéristiques et de leur démarche entrepreneuriale. Ce levier, constituant un fil conducteur des rencontres avec les porteurs de projet et de l'analyse de leurs entretiens, fera l'objet d'un chapitre dédié, ce qui a été énoncé précédemment.

En complément de leur démarche entrepreneuriale, les porteurs de projet montrent également une capacité à adopter des pratiques managériales pour conduire leur projet. Ainsi, l'interviewé 50 est un médecin endocrinologue, professeur de nutrition clinique dans un CHU, n'hésite pas à reprendre une formation en management pour développer des compétences transverses. Cette dynamique managériale lui permet d'élaborer une vision de son projet qu'il infuse et diffuse au sein de l'hôpital. Le médecin adopte même un langage de professionnel du Marketing :

« Alors, j'ai l'habitude de ça parce que j'ai créé un MOOC et donc je sais que les capsules, il faut que ce soit très court, très punchy. Et après il y a le service de communication de l'hôpital qui est dessus et on va voir par quel

réseau on va passer pour distribuer les produits de communication. Alors ce qui n'est pas dans le cahier des charges, mais je vais le faire parce que ça m'a été très utile. Il y a une école de com dans la ville, qu'on peut solliciter pour ce type de projet, c'est des étudiants en cinquième année de communication » (Int. 50).

Par leur démarche entrepreneuriale et managériale, les porteurs de projet franchissent les frontières des mondes des organisations de santé tels qu'ils peuvent être décrits par Glouberman et Mintzberg (2002) pour adopter une casquette de chef de projet, tel qu'il peut être appréhendé en sciences de gestion.

Les parties prenantes

Du point de vue des parties prenantes, un premier levier observé se situe dans le fait de ne pas oublier, et, par conséquent, d'intégrer les parties prenantes essentielles au projet. L'interviewé 10 explique, sur ce point, comment une omission initiale, est rattrapée :

« La Protection Judiciaire de la Jeunesse, peut-être qu'on l'a intégrée tardivement, effectivement, c'est vraiment toutes les mesures qui sont prononcées par le juge[...] au départ on ne les avait pas intégrées parce que ce n'était pas prévu dans l'expérimentation. Et maintenant le cahier des charges a été revu. Donc il y a un département qui est vraiment visé pour ce travail partenarial » (Int. 10).

Un second levier, du point de vue des parties prenantes, particulièrement marqué dans les entretiens, porte sur la préexistence, pour le porteur de projet, d'un solide réseau de partenaires :

« Donc ça, c'est vraiment l'antériorité du travail fait du centre médical qui fait qu'on avait des connaissances, on avait déjà un réseau de médecins généralistes pré identifiés dont on savait qu'ils avaient une sensibilité sur ces questions-là » (Int. 49).

Ce levier, relatif au capital social des porteurs de projet et de leurs équipes, est identifié dans de très nombreuses phrases témoins.

En complément des deux leviers énoncés précédemment, l'implication et la motivation des partenaires à s'engager pour mettre en œuvre l'innovation sont également identifiées comme une condition facilitante majeure :

« C'est beaucoup de médecins très motivés par l'idée de rejoindre l'expérimentation parce que quand même on leur propose une solution pour leurs patients [...] C'est ça les retours vraiment des médecins, ils sont plutôt très positifs en tout cas sur l'idée du projet [...] vraiment sur l'idée, le concept du projet là-dessus, c'est vraiment bien accueilli » (Int. 17).

Ce témoignage montre également l'interdépendance des phénomènes puisque les besoins patients et professionnels sont également mis en évidence dans ce *verbatim*.

Les individus adoptants

Comme souligné précédemment, l'identification des leviers de l'implémentation des IOS marque le rôle central, joué, selon les porteurs de projet, par les patients. Pour les porteurs, il est donc essentiel que les patients puissent s'autonomiser, se former et il est, dans cette perspective, impératif de communiquer auprès d'eux. Ce témoignage exprime ces éléments :

« On a vu un pharmacien qui a fait les cartes avec la patiente (outil ETP). Parce que tous les deux, ils s'éclataient, la patiente est revenue plusieurs fois juste pour voir les autres cartes [...] Les patients, ils ont envie qu'on leur donne du temps, 80 % de la relation de confiance se fait parce qu'à un moment donné, il y a un des professionnels qui se dit, OK, là, on passe 1 h ensemble [...] C'est pour ça que les patients sont souvent satisfaits [...] C'est difficile d'avoir quelqu'un qui prend un moment donné de son temps, même si c'est un quart d'heure ou 20 minutes avec un patient, on sait...] On sort un peu du rôle...Voilà si je veux aller au restaurant, est ce que je peux avec ma thérapie ? Est-ce que je peux aller faire des soins de beauté ? C'est peut-être tout bête mais ça permet d'aborder le quotidien et les difficultés » (Int. 34).

Dans le cadre de cette relation d'autonomisation, de formation et de communication avec le patient, la relation n'est pas toujours de professionnel à patient, puisqu'une IOS intègre une ancienne patiente pour dispenser des formations, ce qui constitue, selon le porteur, un levier important de l'implémentation de l'IOS :

« Donc on a une patiente...qui était une sportive qui avait un cancer du sein et son objectif, c'était de recourir un marathon et donc, elle a recouru le marathon. Et depuis, elle est très moteur sur tout ce qui est lié aux activités sportives. Elle a passé aussi un diplôme des patients experts, elle va animer avec des groupes de patients qui ont participé au programme, ce qu'ils ont aimé, ce qu'ils n'ont pas aimé, avoir cette vision-là, l'expertise patient qu'on n'avait pas [...] » (Int. 42).

6.3.2.4. Les leviers méso de l'implémentation des IOS

Les leviers méso s'observent à partir de trois catégories : organisationnel, inter-organisationnel et social.

Niveau organisationnel

Les porteurs de projet insistent sur l'importance d'être soutenus par leurs structures pour la mise en usage de l'IOS. Ainsi, certains projets bénéficient de locaux, de ressources humaines, de moyens dédiés et mis à disposition par l'organisation, ce que rappelle le témoignage indiqué dans la grille de codage développée précédemment.

Dans d'autres cas, qui ne bénéficient pas des ressources allouées antérieurement, un recrutement s'avère nécessaire et demeure un levier important pour implémenter l'IOS. L'interviewé 27 souligne l'existence de ce levier :

« Donc l'idée, c'est de développer un système d'information et ça, c'est vraiment quelque chose d'hyper pointu et de très spécialisé pour laquelle je n'ai pas vraiment de compétences. Et bien sûr, le recrutement du chef de projet qui était plus compétent que moi pour mettre en place tous ces éléments-là, avec la formalisation également des outils... Et donc un point important crucial, c'est le recrutement du chef de projet qui est intervenu en février 2021 » (Int. 27).

Dans cette approche des ressources et compétences, il est important de préciser que les équipes des projets d'IOS se forment elles-mêmes pour acquérir et développer les compétences nécessaires à l'implémentation de l'IOS.

Autre levier de l'implémentation des IOS, la concurrence. En effet, la concurrence subie par certains professionnels les pousse à élargir leur périmètre d'activités et de services, ce qui facilite l'implémentation des IOS, puisqu'en elles-mêmes, elles constituent cette nouvelle offre. Le témoignage indiqué dans la grille de codage exprime cette stimulation par la concurrence.

Pour conclure la présentation des leviers au niveau organisationnel, les outils numériques constituent, eux aussi, une base importante puisque ce sont des éléments indispensables à la communication et à la coordination des acteurs. Pour les porteurs de projet, ces outils sont efficaces lorsqu'ils sont simples d'utilisation et qu'ils permettent une appropriation aisée. Dans ce cadre, ils sont importants pour l'autonomisation du patient. Trois témoignages, soulignant l'existence de ces phénomènes, liés à l'adaptation et l'appropriation des outils numériques, sont développés dans la grille de codage en amont.

Niveau inter-organisationnel

Au niveau inter-organisationnel, deux catégories de leviers sont identifiées. La communication et coordination d'une part et la formation d'autre part.

Tout d'abord, pour les porteurs de projet, la communication et la coordination des différents acteurs et des organisations sont identifiées comme des éléments indispensables à l'implémentation des IOS, comme le souligne ces témoignages :

- « Donc on est en lien avec la PMI, avec l'Education nationale donc médecins, infirmières scolaires avec l'aide sociale à l'enfance au conseil départemental pour tout ce qui est autour des informations préoccupantes de l'aide sociale à l'enfance, l'URPS, les contrats locaux de santé, donc les CLS, les MSP, les CPTS, les centres hospitaliers, les SSR dans l'obésité. Enfin, on essaye de communiquer le plus largement possible auprès des professionnels de toutes disciplines confondues » (Int. 28).
- « Du coup, la première chose qu'on a faite, c'est faire le tour des popotes associatives et médicosociale [...] Donc on a rencontré les associations et du coup, on a communiqué bien sûr sur ce qu'on allait faire pareil avec le secteur médico-social, donc au moins les grandes associations gestionnaires notamment sur le champ cognitif, autisme, etc. dans notre domaine » (Int. 20).

Deuxièmement, les porteurs de projet insistent sur l'importance de former les différents professionnels et organisations intervenant dans l'IOS. Dans ce cadre, ils adaptent les modules de formation pour qu'ils impliquent au mieux les professionnels, en prenant en compte leurs contraintes :

« Donc, c'est une formation qui est en e-learning qui dure 4 h. Et en fait, c'est vraiment plusieurs petites vidéos à regarder. Donc ça se fait au rythme de chacun, en toute autonomie. Donc ça peut prendre une journée pour certains, comme deux ou trois semaines pour d'autres [...] Oui, chacun va un peu à son rythme. On a eu plein, plein de cas différents pour l'instant » (Int. 22).

Pour conclure la présentation du niveau inter-organisationnel des leviers à l'implémentation des IOS, il est important de souligner que les porteurs de projet s'appuient sur des instances médiatrices pour atteindre et communiquer auprès des différents professionnels de santé. Dans ce cadre, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les Unions Régionales des Professionnels de Santé et d'autres associations plus spécifiques, jouent un rôle prépondérant :

« Ça a été plus simple parce qu'on n'a pas eu besoin de faire beaucoup de communication...Et surtout, en impliquant les onze CPAM, des onze départements impliqués, on a envoyé un mail à tous les cardiologues et à tous les médecins de chaque département les informant du projet...ils ont tellement de canaux d'information qu'ils ne lisent pas les courriers, ils ne lisent pas la presse ou très peu. Les seules choses qu'ils lisent un peu, c'est quand il y a un mail, de la CPAM » (Int. 12).

Niveau social

L'identification des barrières a montré un ancrage des normes sociales inhérentes aux métiers de la santé. Pour certains porteurs de projet, changer cette norme sociale peut constituer un levier d'implémentation des IOS. L'interviewé 7, complète le témoignage développé dans la grille de codage, en soulignant l'importance de cette vision d'équipe de la médecine :

« Donc effectivement on peut avoir un très bon praticien, mais si au moment où ça ne va pas bien, vous avez autre chose, de la fièvre, vous n'arrivez pas à trouver le rendez-vous puis vous avez une secrétaire un peu revêche qui ne comprend pas pourquoi c'est fondamental pour vous d'avoir un rendez-vous ce soir-là, etc. sinon vous n'allez pas dormir de la nuit, etc.[...] On essaie de plus en plus de bannir le mot de médecin ou d'infirmière et de mettre celui d'équipe parce que c'est l'infirmière, c'est le brancardier, c'est la secrétaire, c'est tout le monde qui doit contribuer à avoir un peu cette prestation [...] il y a des choses qui ne seront jamais dites au médecin et qui seront dites à la secrétaire qui seront dites à l'infirmière parce qu'on se sent un peu plus en connivence, un peu plus en proximité etc. donc encore une fois, c'est une prestation collective » (Int. 7).

Cette vision, nouvelle selon le porteur de projet, contribue à la constitution d'un collectif qui facilite l'implémentation de l'IOS.

6.3.2.5. Les leviers macro de l'implémentation des IOS

Ces leviers sont uniquement observés à propos de l'environnement institutionnel et, plus particulièrement des référents institutionnels. En premier lieu, les porteurs de projet, comme dans la phase d'initiation, soulignent l'accompagnement sans faille des référents institutionnels lors des phases d'implémentation. L'interviewé 29 exprime ce soutien des référents :

« On a les équipes ARS, CPAM, du ministère, ce sont des personnes à qui on peut demander à chaque fois qu'on a un souci ou qu'on souhaite avoir des informations complémentaires. Donc là, ce sont effectivement des personnes qui nous aident dans la mise en place du projet » (Int. 29).

Cet accompagnement s'observe également dans la prise en compte du contexte et des besoins des porteurs pour implémenter l'IOS, selon deux niveaux : la capacité à adapter les documents institutionnels et à octroyer des ressources complémentaires pour que vive le projet. Les phrases témoins indiquées dans la grille de codage expriment ces deux modalités d'accompagnement.

En complément de ces éléments, certains porteurs de projet, ce qui coïncide par ailleurs avec l'observabilité déjà commentée, soulignent l'importance des critères d'évaluation, plus particulièrement leur co-construction, pour faciliter l'implémentation de l'IOS.

L'interviewé 42 explique ce levier :

« Nous, on est évalués par l'équipe des Hospices civils de Lyon, sur ce projet, on s'est rencontré, ils sont venus passer deux jours à Lille, donc ils ont découvert le privé puisqu'ils sont du public...il y a toujours des idées préconçues sur le privé. Donc, ils se sont aperçus de la dynamique, de comment ça a été lancé, comment c'était porté par tout le monde et ils ont été plutôt agréablement surpris. On a défini avec eux des indicateurs qu'on pouvait leur remonter et ce qu'on ne pouvait pas. Ils vont venir dans un an, ils vont faire des enquêtes qualitatives auprès des patients, auprès des professionnels [...] C'était super intéressant [...] là en fait il y a une collaboration, enfin, ça s'est vraiment fait de manière naturelle, ouverte, ils étaient venus avec un set

d'indicateurs un peu complets et on leur a dit, ça on peut, ça on ne peut pas et donc c'était assez intéressant comme échanges, oui, on s'est accordés ensemble sur ce qu'on pouvait suivre » (Int. 42).

Ce témoignage semble montrer que les évaluations constituent un levier important de l'implémentation des IOS, à la condition qu'elles soient élaborées dans une approche ouverte de l'innovation, et, par conséquent, coconstruites.

Pour conclure la présentation des leviers institutionnels de l'implémentation des IOS, le dispositif de l'article 51 est considéré, par les porteurs, comme un dispositif engageant pour la pérennité de l'innovation :

« Nous, on ne prétend pas être parfait, mais on essaie quand même d'apporter une solution, si notre solution elle marche bien, tout le monde pourra se l'approprier, c'est la beauté de l'article 51. C'est que si on en fait sa démonstration, ça deviendra le régime de droit commun ou alors notre idée, si elle n'est pas bonne, elle mourra et encore une fois, personne ne pourra nous reprocher d'avoir au moins essayé » (Int. 7).

6.3.2.6. Les leviers supra de l'implémentation des IOS

A ce niveau, seul le contexte sanitaire est observé. Alors que l'identification des barrières a montré que les IOS étaient freinées, voire stoppées, par la crise sanitaire, celle-ci a également eu l'effet inverse, en catalysant l'implémentation de certaines innovations. Premièrement, la crise sanitaire a eu pour effet de démocratiser les pratiques virtuelles, que ce soit au niveau de la coordination entre professionnels, mais également dans les approches patients, avec la télémédecine. Sur ce point, le chapitre suivant permettra de mieux mettre en lumière ces éléments.

Deuxièmement, la crise sanitaire a mis en lumière certaines maladies, qui étaient précédemment plutôt considérées comme des stéréotypes, et les ont élevées au rang de pathologies importantes à prendre en charge. Ainsi l'implémentation des IOS portant sur le surpoids et l'obésité bénéficie de ce nouveau regard porté sur la maladie :

« Quand on voit ce contexte, COVID, on voyait que les personnes obèses étaient encore plus complexe pour eux, peut être aussi [...] Et ça légitimait en plus que ça soit d'un point de vue institutionnel, donc ça soit au plus haut niveau ministériel, l'importance de la prise en charge de l'obésité notamment [...] ça a mis déjà le doigt sur une maladie qui était trop peu prise en compte et sous-estimée » (Int. 19).

Enfin, la crise sanitaire a renforcé l'adéquation et la pertinence de certaines innovations. C'est le cas pour les IOS s'adressant au domicile du patient et/ou les IOS prenant en charge les pathologies psychologiques :

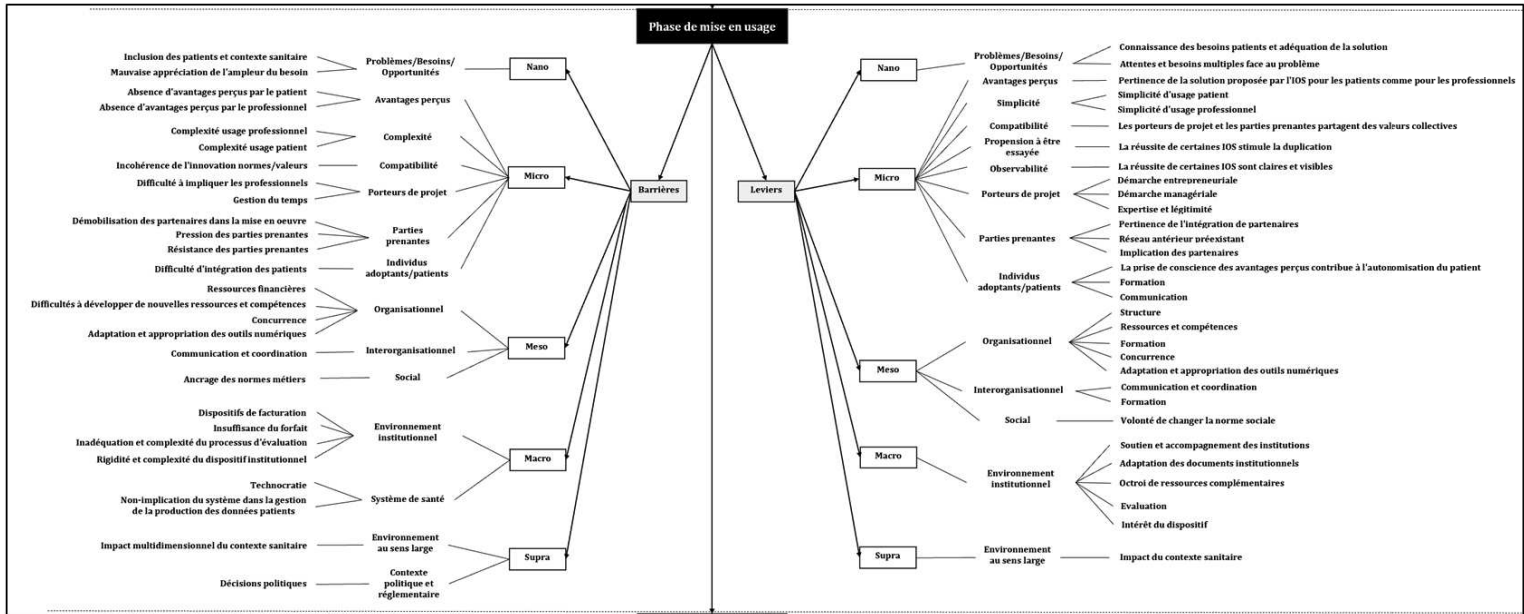
- « On a vu cette première vague arrivée en 2021 pour les ados et les plus tardifs, ça a été les personnes âgées, qui là j'en vois encore beaucoup arriver, qui eux se sont terrés, se sont tus et ne sortent plus, c'est à dire qu'ils ont arrêté toutes leurs activités sociales. Et je dirais à peu près 50 % ne sont pas repartis, donc n'ont redémarré leurs activités sociales et sont un peu dans un cycle d'isolement et de dépression, là, larvée, non avouée, un peu honteuse. Et après, en plus, avec la peur du COVID encore. Donc là, on en a beaucoup qui arrivent. Et puis entre les deux, il y a toutes les dépressions des adultes qui se sont révélés dans les suites du COVID. Finalement, on était pas mal avec notre article 51 » (Int. 18).
- « D'un autre côté, c'était un facteur un peu stimulant parce que ça limitait la venue des patients à l'hôpital (projet de prise en charge au domicile), ce qui au moment de la première vague du COVID, c'était le mot clé, il ne fallait pas que les patients viennent à l'hôpital parce qu'ils allaient être contaminés » (Int. 15).

Finalement, le contexte sanitaire a eu un double rôle au regard des IOS, à la fois inhibiteur et catalyseur des IOS de l'article 51, ce qui converge avec la célèbre expression et image de destruction créatrice conceptualisée par Joseph Schumpeter.

La figure 21 décrit l'ensemble des barrières et des leviers identifiés dans la phase d'implémentation, de mise en usage, de l'IOS. Elle complète les deux figures précédemment développées, celle portant sur la génération des IOS et celle portant sur l'initiation, la décision de mise en usage des IOS. Ce faisant, cette recherche propose une description du processus de développement des IOS. Concernant la poursuite de l'usage, cette phase fera l'objet de prolongement postérieur aux évaluations et s'inscrit dans un programme de recherche plus long. Même si cette phase n'est pas encore analysée, les projections futures des porteurs de projet témoignent que ces acteurs de l'innovation semblent redouter un douloureux effet de cliquet, puisqu'ils appréhendent difficilement un potentiel abandon de leur expérimentation et de ses conséquences sur la vie des patients :

- « Moi, ce que je redoute vraiment, c'est la fin de l'expérimentation et la généralisation sans savoir ce qu'on fait ensuite. Parce que je ne vous cache pas que si on arrête tout ça, enfin... Je ne sais pas comment on va faire avec les enfants qu'on a accompagnés. Qu'est-ce qu'on va dire ? Qu'est-ce qu'on va faire auprès des partenaires, on laisse plus de 1000 enfants sans suivi et pour tous les autres... Ben non, c'était juste une expérimentation et on arrête là. Ça, j'avoue que je ne sais pas comment on pourrait le porter, si ça devait s'arrêter, ce serait vraiment très compliqué. Parce que même pour nous, professionnels, même à titre personnel, j'avoue que j'aurais du mal à devoir arrêter tout ce qu'on a enclenché. En fait, tellement justement, ça répondait à un besoin. Justement, ça fonctionne bien. Si on devait tout arrêter, j'avoue que je sais mal anticiper comment ça pourrait se passer » (Int. 10).
- « Et la fin de la transition, c'est qu'une fois qu'on a terminé les inclusions, en attendant l'évaluation et la décision, c'est "Qu'est-ce qu'on fait ? Surtout sur un acte qui a été valorisé, remboursé. On fait comment ? On l'enlève à tout le monde ? » (Int. 21).

Figure 21 : Barrières et leviers à l'implémentation des IOS



Conclusion

Ce chapitre analyse les barrières et les leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS). Après un rappel du dispositif méthodologique, ce chapitre se décline en deux sections, l'une portant sur l'identification des barrières et des leviers à l'initiation des IOS, l'autre portant sur l'identification des barrières et des leviers à l'implémentation des IOS, l'initiation et l'implémentation constituant les deux phases principales de l'adoption d'une innovation (Damanpour, 2017). Cette segmentation par phase est importante puisque le processus d'adoption de l'innovation est un processus collectif, long, et complexe, ce qui implique, pour l'appréhender, de porter un regard nuancé et approfondi sur chacune de ses phases (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Damanpour, 1991 ; Alter, 2010 ; Dubouloz, 2014 ; Damanpour, 2017).

Du point de vue des barrières et des leviers à l'initiation de l'IOS, nos résultats montrent à quel point le dispositif de l'article 51 peut être perçu de façon ambivalente par les porteurs de projet. Pour son intérêt et son essence, faire confiance aux acteurs de terrain pour innover, l'article 51 constitue un levier majeur de l'innovation, perçu très positivement, voire de façon élogieuse. Pour ses aspects institutionnels et les documents qui lui sont liés, il constitue une barrière bureaucratique, caractérisée par sa complexité et sa chronophagie. Autrement dit, dans la phase d'initiation et de décision de l'IOS, les porteurs de projet font face à un processus catalyseur constitués de deux faces singulièrement opposées. Mi-ange entrepreneurial, parce que le dispositif offre aux porteurs des possibilités multiples et fondamentales pour saisir des opportunités de mieux soigner, de soigner différemment, de combattre les inégalités, ce qui constitue un levier majeur de l'IOS. Mi-démon bureaucratique, parce que ces possibilités sont contraintes et freinées par la multiplication des modifications et des versions des documents institutionnels que le porteur de projet doit fournir pour espérer l'acceptation de son projet. Conséquemment, les porteurs de projet doivent montrer des caractéristiques entrepreneuriales particulièrement marquées pour que leurs innovations soient initiées, d'autant que leurs projets s'opposent également parfois à la

rigidité du système et à la persistance de stéréotypes, ce qui est commenté et détaillé dans ce chapitre.

Tandis que la phase d'initiation de l'IOS pourrait donc être caricaturée comme un ensemble de barrières bureaucratiques que des leviers entrepreneuriaux parviennent à surmonter, la phase d'implémentation met beaucoup plus l'accent sur les relations inter-organisationnelles et professionnelles. Pour implémenter les IOS, les porteurs de projet font face à d'autres problématiques, notamment le besoin d'impliquer les professionnels au sein de leurs projets, se heurtant parfois à l'incohérence et à l'incompatibilité de leur projet par rapport aux normes et aux valeurs existantes, qu'elles soient objectivement établies ou socialement construites. Là encore, le porteur de projet doit montrer des caractéristiques entrepreneuriales particulièrement marquées, qu'il doit également compléter par une démarche managériale pour former, informer, communiquer auprès des différentes parties prenantes de son projet et, finalement, le mettre en œuvre.

Enfin, surtout dans la phase d'implémentation, le contexte sanitaire joue un rôle ambivalent pour l'IOS, puisqu'il peut être un processus simultanément inhibiteur ou catalyseur de l'IOS, stoppant dans quelques cas les innovations, ou, au contraire, les accélérant, dans d'autres cas.

L'ensemble des résultats proposés dans ce chapitre mettent en lumière, de façon détaillée, les barrières et les leviers à l'adoption des IOS. Pour mieux appréhender l'IOS, ce chapitre complète ainsi ceux dédiés à ses éléments constitutifs et à sa genèse. C'est dans ce cadre que les deux chapitres suivants trouvent leurs origines, avec la volonté de mettre l'accent sur deux phénomènes qui sont parus particulièrement prégnants au cours de la recherche. Le chapitre 7 propose ainsi un focus sur les outils numériques, puisque leur influence a été soulignée par les différents porteurs de projet, notamment en matière d'accès aux soins. Le chapitre 8 conclut la présentation de ce travail doctoral, en répondant à la dernière question de recherche : quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ? Il insiste alors sur le besoin d'encourager l'entrepreneuriat médical, mis au jour au cours de cette recherche.

Chapitre 7

Redéfinir l'accès aux soins par la télésanté : les enseignements des IOS de l'article 51

Introduction

Comme le chapitre 3, ce chapitre tient une place un peu à part dans cette recherche doctorale. En effet, au cours de la recherche, l'influence des outils numériques et la complémentarité organisationnelle et technologique ont été observées, que ce soit au sein des documents institutionnels ou dans les entretiens auprès des porteurs de projet. Simultanément, un appel à contributions a été proposée dans la revue *Gestion et Management Public*, cet appel à contributions portant sur la thématique de la transformation digitale des territoires. Par conséquent, ce chapitre est né de l'opportunité d'inscrire notre travail au sein de cette thématique particulière. Il ne répond pas, ainsi, à une question de recherche spécifique à ce travail doctoral, mais permet plutôt d'appréhender une question connexe : *quelles peuvent être les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté ?*

En effet, les IOS étudiées constituent un terreau fertile pour appréhender cette question. D'une part, elles sont constituées, dans la plupart des cas, d'une composante numérique. D'autre part, elles répondent, ce qui a été développé en amont, notamment dans les chapitres relatifs aux éléments constitutifs et à la genèse des IOS, aux enjeux du système de santé, plus particulièrement aux inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

Pour présenter ce chapitre, le choix qui a été retenu est de le préserver tel qu'il a été soumis à la revue *Gestion et Management Public*. Ce choix, de le présenter sous forme d'article, est motivé par les aspects méthodologiques. En effet, pour répondre à la question portant sur les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté, il a fallu adopter d'autres grilles de codage que celles développées en amont, que ce soit pour interpréter les données primaires et secondaires. Il nous semblait donc difficile d'intégrer cette démarche de façon cohérente dans la dynamique de présentation du dispositif méthodologique, tel qu'il a été développé en amont. Le maintien sous forme d'article de recherche permet également de préserver une cohérence dans la présentation de la revue de littérature, puisque certains éléments exposés dans ce chapitre 7, comme l'accès aux soins, méritait un plus ample développement que celui proposé en amont.

Actuellement, au moment de la rédaction de cette thèse, cet article, par conséquent, ce chapitre, est accepté avec révisions mineures. Pour être tout à fait transparent, l'article a été co-écrit avec deux coauteurs, dont le directeur de thèse, ce qui explique qu'au cours du chapitre, il est parfois fait référence aux chercheurs, au pluriel.

Les données sont celles recueillies dans le cadre de ce travail de thèse, certains passages, notamment méthodologiques, ne seront donc pas surprenants et pourront faire l'objet de redondances, mais, encore une fois, il s'agit de préserver une cohérence en maintenant une présentation sous forme d'article. Dans le cadre de ce travail de recherche, les coauteurs ont apporté leur expertise dans la mise en forme académique de l'article. Ils ont également contribué à l'élaboration d'une matrice spécifique et relative à l'accès aux soins. Le reste est le fruit du travail du doctorant.

Le chapitre se structure donc, comme un article académique, de la façon suivante. Après une introduction des enjeux de l'accès aux soins par la télésanté (7.1.), est proposée une revue de littérature spécifique à ce thème (7.2.). S'ensuit la présentation du dispositif méthodologique spécifiquement dédié (7.3.). Les résultats sont proposés dans une quatrième section (7.4.), avant la discussion et la conclusion (7.5. ; 7.6.).

7.1. Introduction des enjeux de l'accès aux soins par la télésanté

Les politiques publiques de santé sont confrontées à une double contrainte. Garantir à la population un égal accès aux soins sur l'ensemble des territoires, mais, paradoxalement, améliorer cet accès dans un contexte de raréfaction des ressources humaines, de tensions budgétaires, d'inégalités sociales et territoriales (Lucas Gabrielli et Mangeney, 2019). Selon plusieurs rapports (ARS, 2017 ; Rojouan, 2022), les difficultés d'accès aux soins auxquelles est confronté le système de santé français seraient très préoccupantes : 1,6 million de personnes renonceraient chaque année à des soins, près de 30% de français vivraient dans des déserts médicaux, le nombre de médecins généralistes aurait décliné de 1% par an entre 2017 et 2021. Ces chiffres⁴⁵ montrent l'existence d'une situation alarmante, et, pour y faire face, les différentes initiatives stratégiques de santé publique⁴⁶ insistent sur le besoin de renforcer massivement l'usage de la télésanté et des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

Face aux problématiques d'accès aux soins, la télésanté semble ainsi parée de certaines vertus, d'autant que la pandémie a rebattu les cartes, en accélérant l'usage des innovations en santé numérique (Béjean *et al.*, 2018 ; Wind *et al.*, 2020 ; Gunasekeran *et al.*, 2021). La télésanté est progressivement entrée dans le quotidien des Français, son recours s'est banalisé, et sa contribution à l'accès aux soins, notamment dans les zones sous denses et sous dotées en professionnels de santé, est apparue avec évidence (Rojouan, 2022). Cette capacité de la télésanté, tout en étant efficiente économiquement, à surmonter les barrières géographiques et les particularismes régionaux des espaces isolés est par ailleurs soulignée, depuis plusieurs années, dans les recherches académiques (Bashshur, 1995 ; Roine *et al.*, 2001 ; Broens *et al.*, 2007 ; Hjelm, 2005 ; Caffery et Smith, 2010 ; Ekeland *et al.*, 2010 ; De la Torre Diez *et al.*, 2015 ; Parajuli et Doneys, 2017 ; Kichloo *et al.*, 2020 ; Palozzi *et al.*, 2020).

Sans remettre en cause la portée de ces travaux ni la nature des bénéfices identifiés, il reste que l'amélioration de l'accès aux soins, que ce soit par la télésanté ou par la médecine pratiquée en présentiel, est toujours analysée selon un même prisme, c'est-à-dire

⁴⁵ Enquête « Soigner demain », Conseil national de l'ordre des médecins

⁴⁶ Renforcer l'accès territorial aux soins (2017) ; Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », 2019

principalement au regard de l'accès physique et financier (Gulliford *et al.*, 2002 ; Morgan, 2008 ; Saurman, 2016 ; Chambaud, 2018). Par conséquent, les mêmes lunettes sont chaussées pour observer ce qu'apportent, en matière d'accès, des pratiques de médecine de proximité géographique bénéficiant d'une très riche histoire et des pratiques numériques nouvelles, virtuelles, presque sans frontières terrestres. Pour autant, une question se pose avec acuité : est-ce que les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté sont réellement identiques à celles de la médecine pratiquée en présentiel ? Évoquer l'accès aux soins par la télésanté implique des réflexions sur la connectivité, la formation au numérique des professionnels, la réticence, l'appropriation et l'acceptation technologique des patients et des professionnels (Kohnke *et al.*, 2014 ; De Veer *et al.*, 2015 ; Kondrateva *et al.*, 2022). Ces questions, appréhendées par les sciences de gestion, ne se posent pas pour la médecine pratiquée en présentiel, pour laquelle l'accès aux soins est surtout relatif à la couverture territoriale et à la densité médicale.

À l'heure d'une montée en puissance des pratiques de télésanté, une réflexion s'impose donc sur ce que peut être, à l'ère du numérique, l'accès aux soins, et, corollairement, ses perspectives d'amélioration. En posant la question, *quelles peuvent être les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté ?* cette recherche vise précisément à développer une compréhension actualisée des enjeux d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Dans cette perspective et, au niveau théorique, cette recherche mobilise une grille d'analyse élargie de l'accès aux soins, conceptualisée initialement par Penchansky et Thomas (1981), puis complétée par Saurman (2016).

Sur un plan empirique, cette recherche analyse des projets d'innovation en santé déployés dans le cadre du dispositif, nommé article 51, initié depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018 (LFSS 2018). Principalement, ce dispositif a pour objectif de promouvoir les innovations en santé, sa particularité étant d'accorder un rôle majeur aux acteurs de terrain dans l'imagination et l'expérimentation de ces innovations en santé (Obled *et al.*, 2020 ; Lemaire *et al.*, 2020). Dans les faits, ces projets « *article 51* » constituent un terreau particulièrement fertile pour observer les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Non seulement ils poursuivent un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, mais ils mobilisent, pour une grande majorité,

les TIC, ne serait-ce qu'en support à la coordination professionnelle (Rapport au parlement, article 51, 2021). Pour répondre à la question posée plus haut, les 96 projets de l'article 51 retenus au moment de cette recherche sont analysés par une approche pluri-angulée et complémentaire de données primaires et secondaires. Une étude de l'ensemble des documents spécifiques au processus d'intégration des projets dans le dispositif ministériel de l'article 51 est complétée, pour accorder une place centrale au point de vue des acteurs, par 52 entretiens conduits auprès des porteurs de projets ayant initié ces innovations. Cette contribution des acteurs de terrain permet, dans le cadre des résultats de cette recherche, de proposer une appréhension actualisée des enjeux de l'accès aux soins par la télésanté.

Dans une première partie de l'article est proposée une revue de littérature qui souligne le besoin de développer une approche actualisée de l'accès aux soins par la télésanté. Le dispositif méthodologique est ensuite présenté pour mieux montrer comment sont analysées les 96 expérimentations et exploités les 52 entretiens conduits avec les porteurs de projets. Les résultats permettent, dans une troisième partie, d'identifier les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. La discussion, qui précède la conclusion, insiste sur la nécessité d'actualiser le prisme théorique par lequel est appréhendée l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté.

7.2. Pour une approche actualisée de l'accès aux soins par la télésanté

A ce jour, les apports de la télésanté à l'accès aux soins sont surtout étudiés pour la capacité de la télésanté à franchir les barrières géographiques et à réduire les inégalités socio-économiques. L'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté est ainsi analysée selon des critères semblables à ceux qui définissent l'accès aux soins dans le cadre d'une médecine pratiquée en présentiel. Une mobilisation de la grille d'analyse de Saurman (2016) permet de développer une approche élargie et actualisée des perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté.

7.2.1. Champ d'application de la télésanté

Plusieurs perspectives co-existent pour définir la télésanté, les terminologies employées étant nombreuses, e-santé, santé numérique, santé connectée, santé 2.0⁴⁷, et les définitions non stabilisées (Oh *et al.*, 2005 ; Bourdel et Cambon, 2019 ; François et Audrain-Pontevia, 2020 ; Hallberg et Salimi, 2020 ; Safon, 2021). Le ministère de la santé définit la télésanté comme l'ensemble des activités exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique. Le champ d'application de la télésanté est ainsi composé essentiellement de deux domaines, la télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste), le télésoin pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical⁴⁸. Pour le ministère de la santé et de la prévention, la télémédecine comprend ainsi 5 types d'actes : la téléconsultation, qui permet à un patient de consulter à distance son médecin (1) ; la téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un confrère (2) ; la télésurveillance, qui permet à un professionnel médical d'interpréter des données recueillies sur le lieu de vie du patient grâce au numérique (3) ; la téléassistance, qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un confrère dans la réalisation d'un acte (4), et, enfin, la régulation médicale, qui permet au SAMU d'apporter à distance une réponse médicale et d'orienter le patient dans son parcours de soins (5). Cette vision de la télésanté, composée de la télémédecine et du télésoin, est centrée sur le « *cure* » et le « *care* » (Glouberman et Mintzberg, 2002). Dumez *et al.* (2015), puis François et Audrain-Pontevia (2020), complètent cette approche et soulignent également la dimension préventive et éducative de la télésanté.

7.2.2. Redéfinir l'accès aux soins à l'ère du numérique

Depuis les années 2000, la télésanté fait l'objet d'une dynamique de recherche importante, accélérée exponentiellement depuis la crise sanitaire (Mair et Whitten, 2000 ; Wootton,

⁴⁷ Dans la suite de l'article et pour ne pas prêter à confusion, seule la terminologie télésanté est retenue

⁴⁸ (Audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, masseurs-kinésithérapeutes, ophtalmologistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthoprothésistes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, podopodopédistes, psychomotriciens, techniciens de laboratoire médical)

2001 ; Roine *et al.*, 2001 ; Mistry *et al.*, 2014 ; Portnoy *et al.*, 2020). Dans ce cadre général, de nombreux travaux sont menés pour évaluer l'impact de la télésanté sur l'accès aux soins (Hollander et Carr, 2020 ; Zhou *et al.*, 2020). Tout d'abord, la télésanté renforce l'accès aux soins des patients vivant en milieu rural, mais également dans les zones urbaines sous-dotées. Elle réduit les coûts de déplacement, l'attente et permet d'optimiser les ressources allouées, voire de pallier les pénuries de ressources humaines (Bashshur, 1995 ; Doolittle *et al.*, 2006 ; Nelson, 2017 ; Kruse *et al.*, 2020 ; Barbosa *et al.* ; 2021). Par une communication accrue entre patients, professionnels de santé, la télésanté réduit les erreurs de traitement et améliore la coordination des soins et le suivi des parcours (Puricel et Ruiz, 2014 ; Simon, 2015). Les bénéfices de la télésanté sur l'accès aux soins sont donc nombreux et à forts impacts sanitaires et socio-économiques. Pour autant et pour produire ces avantages, la télésanté et ses acteurs doivent tout de même franchir un ensemble d'obstacles importants (Kruse *et al.*, 2018). Des problèmes de connectivité, de disparités en matière d'accès à la technologie, de formation des professionnels, d'appropriation et d'acceptation technologique, d'éducation des patients, de préoccupations juridiques liées à la confidentialité des données et des défis culturels et sociaux sont mis en évidence dans les travaux académique (Stanberry, 2000 ; Kohnke *et al.*, 2014 ; De Veer *et al.*, 2015 ; Bali, 2018 ; Haleem et al., 2021, Lauwers *et al.*, 2021 ; Kondrateva *et al.*, 2022).

Cette existence de limites et de réticences, en particulier celles soulignant le besoin d'appropriation et les problèmes d'acceptation de la technologie par les patients et les professionnels de santé (Kohnke *et al.*, 2014 ; De Veer *et al.*, 2015 ; Kondrateva *et al.*, 2022) montre qu'une actualisation, à l'ère du numérique, du concept d'accès aux soins est nécessaire. L'évocation des problèmes d'acceptation technologique des patients et des professionnels de santé ne rencontre et ne coïncide effectivement pas avec la conceptualisation classique de l'accès aux soins, qui repose surtout des dimensions telles que l'accessibilité physique, la disponibilité des services et l'abordabilité financière des soins (Gulliford *et al.*, 2002 ; Morgan, 2008). En d'autres termes et pour comprendre l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté, il semble nécessaire de proposer un autre regard que celui développé originellement avec une médecine pratiquée en

présentiel. Dans cette perspective, un préalable consiste à mobiliser une grille d'analyse élargie et multidimensionnelle de l'accès aux soins.

7.2.3. L'accès aux soins et ses différentes dimensions

En se concentrant régulièrement sur les dimensions les plus mesurables de l'accès aux soins, notamment ses composantes géographiques et temporelles, certaines recherches n'offrent qu'une vision restrictive de ce qu'est l'accès aux soins (Penchansky et Thomas, 1981 ; Gulliford *et al.*, 2002 ; Morgan, 2008 ; Russel *et al.*, 2013 ; Saurman, 2016). Pourtant, initialement, Penchansky et Thomas (1981) proposent une approche taxonomique et élargie de l'accès aux soins qui définit le concept à partir de 5 dimensions. L'accès aux soins est un concept général, qui correspond au degré d'adaptation, au « *fit* »⁴⁹ entre le client et le système de santé et qui agrège 5 domaines plus spécifiques (Penchansky et Thomas, 1981) :

- **L'accessibilité géographique** : relation entre le lieu de délivrance des soins et le lieu de vie des patients, ce qui implique la prise en compte des transports, des distances et du temps ;
- **La disponibilité** : relation entre le volume et le type de services existants (et ressources) et le volume et le type des besoins du patient. La disponibilité porte ainsi sur les différentes professions de santé, les établissements comme les cliniques et les hôpitaux, les programmes et services spécifiques, comme les urgences, psychiatrie etc. ;
- **L'acceptabilité** : relation entre l'attitude des patients envers les caractéristiques individuelles du professionnel de santé et ses pratiques et, d'un autre côté, l'attitude du professionnel de santé envers les caractéristiques personnelles du patient. L'acceptabilité intègre une dimension sociale et culturelle. Par exemple et pour Saurman (2016), la question de la volonté ou non de rencontrer un médecin femme illustre cette dimension d'acceptabilité ;
- **Labordabilité** : relation entre le prix du service fourni et pris en charge et la capacité du patient à payer ces sommes et/ou se faire assurer pour leur règlement ;

⁴⁹ Nous préférons maintenir la terminologie de la langue anglaise, qui peut se traduire par concordance, adaptation

- Enfin, **l'adéquation** : façon dont les ressources sont allouées et les services organisés pour accepter les clients, ce qui inclut une réflexion sur les prises de rendez-vous, l'accueil téléphonique et sur place, le parcours du patient et la perception qu'il porte sur ces éléments.

Pour Saurman (2016), les travaux de Penchansky et Thomas (1981) sont importants puisqu'ils permettent de lever toute ambiguïté sur le concept d'accès aux soins. Saurman (2016) rappelle ainsi que la mobilisation des 5 dimensions décrites par Penchansky et Thomas (1981) est primordiale pour obtenir une vue à la fois élargie et précise de l'accès aux soins et de ses barrières. Pour parvenir à cet objectif, elle ajoute d'ailleurs une sixième dimension, qu'elle définit par la sensibilisation.

Un service procure et maintient une sensibilisation grâce à une communication efficace et des stratégies d'information, aussi bien auprès des utilisateurs concernés (cliniciens, patients) que pour la communauté dans son ensemble. Pour Saurman (2016), être sensibilisé, c'est plus que savoir qu'un service existe, mais c'est comprendre l'intérêt de ce service, être prêt à l'utiliser en exploitant les connaissances délivrées par ce service.

Dans le cadre de cette recherche, la grille d'analyse de Saurman (2016) est mobilisée pour répondre à la question des perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté et développer, par conséquent, une compréhension actualisée des enjeux de l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté.

7.3. Dispositif méthodologique

Pour répondre à ces questions, une analyse en profondeur de projets d'innovations en organisations de santé est conduite. Ces projets s'inscrivent dans le cadre d'un dispositif ministériel nommé article 51, qui promeut l'expérimentation de nouvelles organisations en santé, ces innovations mobilisant très largement les TIC. A la suite de la présentation de ce terrain de recherche, sont exposés les dispositifs de collecte et d'analyse des données.

7.3.1. Terrain de recherche et données empiriques

Pour encourager l'innovation en santé, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) a introduit, en 2018, un dispositif nommé article 51. Les projets de l'article 51 doivent s'inscrire dans une perspective d'amélioration : du parcours des patients, de l'efficience du système de santé, de la pertinence des prescriptions des produits de santé⁵⁰, et, finalement, de l'accès aux soins. Un porteur de projet de l'article 51 se définit par tout acteur du système de santé souhaitant porter un projet innovant pour contribuer à la transformation du système de santé. Le dispositif s'adresse aux acteurs publics et privés, aux associations d'usagers, aux fédérations et aux syndicats, aux entreprises...En bref, c'est l'ensemble des parties prenantes du système de santé qui peuvent engager une démarche d'expérimentation de l'article 51, sous réserve, naturellement, que le projet soit sélectionné par le Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS). Par conséquent, l'article 51 constitue un changement de paradigme majeur dans la façon d'approcher les démarches d'innovation dans le domaine de la santé. Ces expérimentations ne sont plus générées massivement, de façon descendante par les autorités de tutelles et par catalyse réglementaire (Nobre, 2013), mais font l'objet d'une approche beaucoup plus ouverte, en accordant une place centrale à la spontanéité et aux initiatives des acteurs.

7.3.2. Une double collecte de données

Parmi les 103 expérimentations en cours de l'article 51, 96 d'entre elles sont appréhendées en profondeur dans le cadre de cette recherche. L'accent est ainsi mis sur les 96 innovations qui sont portées par les acteurs de terrain, les 7 autres, d'origine ministérielle, relevant plus d'une approche institutionnalisée qui correspond davantage à l'ancien paradigme d'innovation en santé énoncé précédemment. Les expérimentations retenues font l'objet d'une analyse complémentaire de données primaires et secondaires.

⁵⁰ <https://www.paca.ars.sante.fr/article-51-un-dispositif-pour-favoriser-linnovation-en-sante#:~:text=La%20loi%20de%20financement%20de,des%20modes%20de%20financement%20in%C3%A9dits>

7.3.3. Une analyse approfondie des dossiers institutionnels

En premier lieu, les documents des avis du comité technique et des cahiers des charges des 96 projets, qui sont disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé, sont décryptés. La démarche de sélection de l'article 51 intègre effectivement une approche rigoureuse, qui implique de renseigner, pour chaque porteur de projet, une lettre d'intention et un cahier des charges. Outre la description du projet, le cahier des charges précise les partenaires principaux, le contexte, les objectifs stratégiques et opérationnels, le terrain et la durée du projet, qui ne doit pas excéder 5 ans, dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation et en vue de sa future et potentielle généralisation. Dans le cadre de cette recherche, 5099 pages sont donc analysées, réduites, et condensées dans 96 matrices. Conformément aux préconisations de Miles et Huberman (2010 : 134), ce premier exercice ne vise que la réduction et la canalisation de l'ensemble des données. Le codage est ainsi générique (Miles et Huberman : 119). Il indique plusieurs thèmes décrivant les projets qui peuvent être identifiés invariablement au sein des cahiers des charges et des avis du CTIS. Ce plan de codage générique est indiqué dans le tableau 49.

Tableau 49 : Plan de codage générique des dossiers institutionnels

Codes	Descriptions
Problématique identifiée	<i>Problèmes de santé ou problèmes d'organisation en santé auquel le projet s'adresse</i>
Solution proposée	<i>Solution apportée en réponse aux problèmes de santé ou aux problèmes d'organisation en santé énoncés plus haut</i>
Objectifs poursuivis	<i>Pistes d'amélioration envisagées face aux problèmes de santé</i>
Périmètre d'activité	<i>Zones de couverture du projet</i>
Acteurs impliqués	<i>Identification des parties prenantes au projet et de leur lieu d'exercice</i>
Etape dans le parcours patient	<i>Moment où le projet intervient dans le parcours du patient</i>
Critères d'évaluation de l'innovation	<i>Principaux indicateurs permettant l'évaluation de l'innovation</i>
Catégorie d'innovation	<i>Distinction ou cumul opérés entre innovation organisationnelle, technologique</i>
Durée de l'expérimentation	<i>Temps d'expérimentation accordé dès la première inclusion de patients</i>
Coût de l'expérimentation	<i>Coût global de l'expérimentation sur sa durée et détail du montant des prestations par acteurs impliqués</i>
Porteur de projet et coordonnées	<i>Détermination de l'appartenance institutionnelle et contact pour conduite d'entretiens</i>
Chronologie du cahier des charges et de l'avis du CTIS	<i>Etapes et temps d'instruction des dossiers</i>

Cette première étape de création de matrices de synthèse des projets, orientées par cas, permet de mieux comprendre le contenu de chaque projet, de résumer le cahier des charges et les avis du CTIS en une simple page, mais également d'identifier les porteurs de projet en vue d'une prise de contact pour conduire des entretiens.

Une seconde étape matricielle, introduit, cette fois, les variables des domaines de la télésanté et de l'accès aux soins. L'objectif de ces matrices est d'identifier quel domaine de la télésanté est mobilisé au sein des projets, de déterminer les principaux acteurs impliqués et d'observer quelles sont les principales dimensions de l'accès aux soins qui sont influencées. Dans ce cadre et pour identifier d'abord quel domaine de la télésanté est mobilisé au sein des projets, une liste de codes est issue du cadre théorique de la télésanté, puis complétée par 3 variables encodées de façon ouvertes (Ryan et Bernard, 2003 : 88). Les thèmes télésoin, téléconsultation, télésurveillance, téléexpertise, téléassistance, régulation médicale, constituent ainsi le codage conceptualisé préalablement. Les 3 thèmes suivants émergent au fil de l'analyse : Coordination par service numérique, ce thème indique un échange numérique d'informations entre professionnels ; Education thérapeutique numérique, ce thème évoque les expérimentations intégrant, par voie numérique, le patient dans une démarche d'autosoins ; Expérimentations peu concernées, ce thème exprime le fait que certains projets ne sont que marginalement numériques (emploi de messagerie essentiellement).

Pour observer ensuite quelles sont les principales dimensions de l'accès aux soins qui sont influencées par les innovations, la liste de codes repose sur le cadre théorique, en reprenant la grille étendue de Saurman (2016), ce qui conduit à retenir les six composantes suivantes : accessibilité géographique, disponibilité, acceptabilité, abordabilité, adéquation et sensibilisation. Dans cette perspective d'observer les composantes de l'accès aux soins, les chercheurs retournent à la lecture des cahiers des charges et des avis du comité technique. Des extraits des documents institutionnels constituent ainsi des « unités de sens » (Dumez, 2013), encodées selon la grille de Saurman (2016). Finalement, chaque projet est qualifié en fonction de sa destination d'usage : Patient ; Patient/Professionnel ; Professionnel/Professionnel. Une matrice télésanté et accès aux soins est présentée dans le tableau 50 suivant.

Tableau 50 : Matrice télésanté et accès aux soins

Expérimentation	Domaine de la télésanté	Usage centré patient	Usage patient/pro	Usage pro/pro	Accès aux soins					
					Géographique	Disponibilité	Acceptabilité	Abordabilité	Adéquation du service	Sensibilisation
<p>Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel Prise en charge du diabète gestationnel par l'intégration de la télésurveillance médicale</p>	Télésurveillance	+++	+++		<p>Limitation de déplacements de femmes enceintes « Pour répondre au besoin de suivre les patientes et les résultats glycémiques pour ajuster le traitement de façon réactive sans ajouter de déplacements supplémentaires, de nombreuses équipes médicales ont eu recours à une « télésurveillance rudimentaire et gratuite » (p.4 CDG) ; « Objectifs du projet de l'expérimentation : 3. Améliorer la qualité de vie des patientes prises en charge pour un diabète gestationnel (moins de déplacements, échanges rapprochés et facilités avec l'équipe soignante, ...). » (p.5 CDG)</p>		<p>Acceptation technologique patient nécessaire « L'acceptation par la patiente de bénéficier de la télésurveillance médicale est un prérequis à la prise en charge forfaitaire du diabète gestationnel ». (p.5 CDG)</p>	<p>Limitation des coûts de déplacement et des actes inutiles « L'activité à distance étant non-valorisée pour les professionnels de santé, ils sont encore nombreux à faire revenir les patientes pour des consultations non nécessaires » (p.4 CDG)</p>	<p>Adéquation aux différentes situations des femmes enceintes « Pour répondre au besoin de suivre les patientes et les résultats glycémiques pour ajuster le traitement de façon réactive sans ajouter de déplacements supplémentaires, de nombreuses équipes médicales ont eu recours à une « télésurveillance rudimentaire et gratuite » qui consiste à demander aux patientes de prendre en photo leur carnet glycémique et de l'envoyer par email aux équipes, qui leur font un retour par email. Cette méthode de travail est chronophage et non organisée mais traduit le besoin d'intégrer la télésurveillance dans le parcours de soins du diabète gestationnel » (p.4 CDG)</p>	<p>Education thérapeutique et formation à l'usage de la télésurveillance « Former la patiente à la technique d'autosurveillance glycémique ; Former la patiente à l'utilisation de la solution de télésurveillance » (P.7 CDG) ; Transfert de connaissances et responsabilisation/autonomisation patient pour son suivi « L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un pilier de la prise en charge du diabète gestationnel. Il a pour objectifs de permettre à la patiente : - l'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins [...] ; - la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation [...] » (p.7 CDG)</p>

7.3.4. Des entretiens avec des acteurs clés

En complément de l'analyse documentaire des données secondaires, une campagne d'entretiens semi-directifs est conduite avec les porteurs de projet de l'article 51. 52 entretiens sont menés avec 50 porteurs de projet, 1 référent institutionnel, 1 porteur d'une expérimentation ministérielle.

Les 52 entretiens conduits représentent une durée totale de 56h10 pour une durée moyenne de 65 mn. Compte tenu de l'éparpillement géographique des projets et de leurs porteurs, la plupart des entretiens ont été conduits à distance via des moyens dédiés (Zoom, Teams ou des logiciels de visioconférence internes aux organisations de santé). La pandémie ayant accéléré et facilité les relations et la communication digitales, les porteurs de projet ont répondu présent. Par ailleurs et sur le plan de la rigueur scientifique méthodologique, l'exercice d'entretiens par visioconférence, s'il pose un problème pour les approches ethnographiques (Howlett, 2022), est considéré comme particulièrement utile pour l'enquête qualitative par entretiens. La nature « en temps réel » de la conduite d'entretiens vidéo offre une même honnêteté que les entretiens sur sites, en préservant la qualité des interactions, la spontanéité des répondants, l'accès aux signaux verbaux et aux signaux non verbaux (Sullivan, 2012 ; O'Connor et Madge, 2017). L'expérience procurée est ainsi tout aussi authentique que pour celle des entretiens en personne (Howlett, 2022). Chaque entretien est enregistré et retranscrit. L'analyse des entretiens poursuit l'arborescence de dépouillement décrit par Savall et Zardet (2010), des thèmes, des sous-thèmes, des idées clefs et des phrases témoins. Concernant les thèmes, le point de départ est, comme pour la démarche d'analyse des données secondaires, une liste de codes issue du cadre théorique (Miles et Huberman, 2010), laquelle est définie par la grille de lecture de l'accès aux soins (Saurman, 2016). Les sous-thèmes, les idées clefs font l'objet d'un codage ouvert, en lien avec les phrases témoins, c'est-à-dire les *verbatim*. Les résultats reprennent le plan de codage dans le tableau... Ils permettent d'illustrer la démarche de codage par thèmes, sous-thèmes, idées-clefs et phrases témoins. En développant une démarche plus analytique des conditions facilitant l'accès aux soins, l'approche par entretiens consolide la compréhension des perspectives et des enjeux de l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté.

7.4. Résultats

Le travail de classement et de catégorisation des dossiers institutionnels, présenté dans la partie méthodologique, permet, dans un premier temps, de proposer un tableau synoptique qui montre quelle dimension de l'accès aux soins est influencée en fonction du domaine de télésanté. Dans un second temps, les 9 catégories identifiées et leur influence sur les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins sont commentées, puis illustrées par un cas que les chercheurs ont considéré particulièrement représentatif de la catégorie. A la suite de cette approche plutôt descriptive, une troisième partie des résultats propose une approche plus analytique, au contact des acteurs principaux, pour comprendre, de façon plus approfondie et à partir des perceptions des chefs de projets, les perspectives et les conditions de l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté.

7.4.1. Influence de la télésanté sur l'accès aux soins

Le tableau... montre l'influence des domaines de la télésanté sur les dimensions de l'accès aux soins. En mobilisant les signes +++, ce tableau souligne le degré d'implication des acteurs et indique quelles dimensions de l'accès aux soins sont prioritairement influencées. Par exemple, plusieurs projets, parmi les 96, impliquent la télésurveillance. Ces projets se destinent majoritairement à un usage patient/professionnel, professionnel/professionnel et influencent surtout l'accessibilité géographique par le maintien à domicile et la sensibilisation, notamment par l'autonomisation du patient dans son suivi. Le tableau 51 présente, de façon visuelle, ces phénomènes. Une telle présentation synoptique est préférée à une présentation par nombre d'occurrences, sachant que l'influence des dimensions de l'accès aux soins par les différents domaines de télésanté est non mutuellement exclusive et qu'un même projet peut influencer plusieurs dimensions de l'accès aux soins. Comme l'indique Dumez (2013 : 89) à propos des *templates*, ce tableau n'a pas d'autres objectifs que de fournir un support visuel, synoptique, permettant de montrer les liens entre les domaines de la télésanté, la concentration de leur usage et les dimensions de l'accès aux soins. Il repose sur l'analyse complète des 96 projets.

Tableau 51: Domaine de la télésanté, Dimensions de l'accès aux soins et acteurs impliqués

Domaine de la télésanté	Concentration de l'usage			Dimensions de l'accès aux soins					
	P1*	P2*	P3*	*Géo	*Dispo	*Accept	*Abord	*Adéquat	*Sens.
Télésoin		+++	+++	+++	++	+	+	+	+++
Téléconsultation		+++	++	+++	+++	+	++	+	+++
Télésurveillance	++	+++	+++	+++	++	+	++	+	+++
Téléexpertise		++	+++	++	+++	+	++	+	++
Téléassistance		+++	+++	++	+++	+++	+	+	++
Régulation médicale			+++					+++	
Coordination par service numérique		+	+++	+	+++	+	+	+++	++
Education thérapeutique numérique	+++	++	+	++	++	+++	+	+	+++
Expérimentations peu concernées									

*P1 : Patient

*P2 : Patient/Professionnel

*P3 : Professionnel/ Professionnel

*Géographique, *Disponibilité, *Acceptabilité, *Abordabilité, *Adéquation, *Sensibilisation

7.4.2. Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté

Comme énoncé plus haut, les 9 catégories identifiées grâce à l'analyse des données secondaires sont présentées et illustrées à chaque fois par un cas que les chercheurs ont considéré particulièrement représentatif de la catégorie.

Télésoin

Rarement observé seul dans les 96 cas observés et souvent associé à de la téléconsultation et à de la téléexpertise, le télésoin permet de faire face aux problématiques d'accessibilité géographique, spatio-temporelles, en rendant une prestation de soins réalisée à distance par un auxiliaire médical, disponible à domicile. La sensibilisation est, dans ce cadre, très importante, puisqu'il s'agit non seulement de sensibiliser, mais également de former les professionnels à des pratiques nouvelles. L'expérimentation Di@pason illustre cette catégorie.

Encadré 4 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par le télésoin

Di@pason modernise le parcours de soin en mobilisant la biologie connectée à domicile pour réduire la durée du parcours de soins de 6-12h à 15 mn. L'Infirmière peut redoser le pilulier du patient après une minute d'analyse sur une seule goutte de sang du patient et avec la même qualité et le même niveau de conseil et d'expertise que si cette analyse était faite au laboratoire de biologie médicale. Le biologiste conserve la responsabilité de cette analyse, de la validation du résultat, d'informer le médecin et de former l'Infirmière.

Téléconsultation

Tout comme le télésoin, la téléconsultation est rarement isolée de la téléexpertise et d'autres formes de télésanté. La téléconsultation agit sur les critères d'accès géographique en limitant les déplacements et en améliorant les gains de temps. Elle permet, par conséquent, de faire face aux problématiques de densité de médecins sur les territoires et de maintenir les services disponibles. Il reste que les professionnels de santé doivent être sensibilisés sur l'existence de ces services. Par ailleurs, la téléconsultation peut aussi compléter une délégation des tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé. L'expérimentation Pharma Osys illustre une pratique qui associe triage des patients par le pharmacien et téléconsultation.

Encadré 5 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la téléconsultation

PHARMA OSYS - Prise en charge lors de situations identifiées de premier recours (cystites, angines...) par des pharmaciens d'officines en zone de sous-densité médicale. L'expérience propose dans un contexte de faible densité de médecins mais de maillage important des pharmacies d'officine, de s'appuyer sur l'expérience netCare suisse. La prestation inclut un premier triage par le pharmacien, fondé sur des arbres décisionnels, puis une téléconsultation si nécessaire.

Télesurveillance

Avec la coordination par service numérique, la télesurveillance est la pratique la plus observée dans les résultats. Elle agit sur une disponibilité du suivi du patient, permet parfois de surveiller des patients qui ne l'étaient pas nécessairement auparavant, tout en limitant les déplacements et les gains de temps, donc en réduisant également les coûts de transport. Dans la mesure où la télesurveillance est associée à l'utilisation d'applications mobiles et d'outils connectés qui responsabilisent et autonomisent le patient dans son

suivi, la télésurveillance implique également un fort degré de sensibilisation, lequel est associé à une acceptabilité technologique par le patient. L'expérimentation Reahd'hy souligne ces phénomènes.

Encadré 6 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésurveillance

READ'HY - Programme de Réadaptation cardiaque connecté : le futur

Déployer un programme de télé-réadaptation cardiaque de 10 semaines avec un suivi à distance et une évaluation hebdomadaire (ou bimensuel) en présentiel. Tester un nouveau mode de réadaptation qui combine une prise en charge en présentiel et le développement de l'autonomie du patient par une solution technique de télésurveillance. L'expérimentation fait face, entre autres, à des problématiques de renoncement aux soins face à des solutions de réadaptation classiques trop contraignantes.

Téléexpertise

Dans la plupart des cas, la téléexpertise agit sur la disponibilité des services par l'apport d'un expert sur le lieu de domicile. Cette expertise, et, par conséquent, ces ressources rares, sont déployées sur des territoires complexes ou inégaux en matière d'experts à disposition, ce qui permet également de limiter des frais de déplacements et de transports sanitaires. L'expérience Cica'corse illustre ces éléments. Sur les plans de la géographie et de la disponibilité, cette expérimentation est particulièrement intéressante puisqu'il s'agit de réduire les complexités territoriales insulaires, notamment liées à la particularité du relief, en mettant à disposition, un expert, capable de surmonter ces obstacles, grâce aux TIC.

Encadré 7 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la téléexpertise

CICA'Corse - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Corse
Combinaison de services proposée aux acteurs de premier recours facilitant l'orientation, le diagnostic, le traitement, la prise en charge globale et coordonnée des patients de la région Corse dans leur lieu de vie, s'appuyant sur un avis d'expert et des outils numériques.

Téléassistance

Très peu identifiée dans les résultats de la recherche avec deux expérimentations seulement, la téléassistance est la terminologie employée par les chefs de projets de ces deux innovations, pour exprimer une assistance des professionnels non médicaux à

destination des professionnels médicaux et des patients. De fait, la téléassistance, entendue par les acteurs, diffère de son acception théorique. Dans le premier cas identifié, il s'agit de rendre une prestation de soins disponible pour une population non prise en charge précédemment, puisque l'expérimentation développe un service d'interprétariat coordonné par le numérique et à destination des médecins, pour faciliter la prise en charge des populations migrantes. Dans le second cas, il s'agit de développer une offre de soins de proximité, en proposant le maintien à domicile de la personne âgée par une prise en charge pluriprofessionnelle à domicile. Les deux cas sont présentés dans l'encadré 8.

Encadré 8 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la téléassistance

Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne

Structurer le premier accueil santé des migrants pour un égal accès aux soins avec un 1er bilan de santé réalisé au cours d'une consultation longue en langue « maternelle ».

DRAD - Dispositifs Renforcés de soutien au Domicile pour les personnes âgées

Permettre l'accès à des prestations proches voire identiques à celles proposées au sein des EHPAD 24h/24 et 7 jours/7 : adapter le logement, téléassistance, astreinte du personnel soignant...

Régulation médicale

Un seul projet, parmi les 96, porte sur la régulation médicale. En matière d'accès aux soins, ce projet vise surtout à améliorer l'adéquation de la prestation de service, puisqu'il s'agit de renforcer l'organisation et le système d'aiguillage des urgences. L'intégration de chirurgiens-dentistes au sein même de ce service est facilitée par des outils numériques de partage d'informations. La régulation médicale est illustrée par ce cas, présenté dans l'encadré 9.

Encadré 9 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la régulation médicale

Urgences Dentaires - Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 - dimanches et jours fériés

Mettre en en place un service de régulation de chirurgiens-dentistes au sein des centres 15 pour la régulation et la prise en charge des urgences dentaires les dimanches et jours fériés afin de réguler les visites au service de garde (l'objectif étant de limiter les visites non-urgentes créant des tensions entre les patients et les professionnels (agressions verbales ou physiques) et d'équilibrer l'activité dans l'ensemble des services de garde).

Coordination pluriprofessionnelle par le numérique

Les expérimentations de l'article 51 tendant à favoriser la pluriprofessionnalité, la plupart des expérimentations mobilisent la coordination par service numérique. Dans cette catégorie, il est observé que le numérique n'est pas nécessairement au cœur de la solution proposée, mais intervient surtout, en support, dans l'organisation de la prestation de service. Par conséquent, l'usage du numérique est ici particulièrement centré sur la relation entre professionnels, et, dans la perspective d'améliorer l'adéquation, c'est-à-dire l'organisation de la prise en charge du patient. Cette nouvelle adéquation de l'organisation du service permet de maintenir, dans un contexte de tensions sur les ressources, voire de déserts médicaux, une réponse aux besoins des patients. L'expérimentation RSMO, qui mobilise, sur le plan des supports numériques, le Dossier Médical Partagé et la Messagerie Médicale Sécurisée, est représentative de cette coordination.

Encadré 10 : Perspective d'amélioration de l'accès aux soins par la coordination numérique pluriprofessionnelle

RSMO - Suivi de proximité coordonné entre médecin traitant et infirmier.e pour les patient.es âgé.es ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. L'infirmier.e assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin. Le suivi médecin et infirmier.e est coordonné via l'outil numérique. RSMO permet de répondre à des problématiques de démographie médicale, en maintenant disponible le suivi des pathologies.

Éducation thérapeutique numérique

Pour conclure la présentation des domaines de la télésanté, il convient de souligner que l'éducation thérapeutique numérique est très présente dans les expérimentations analysées, soit de façon transverse au côté de la télésurveillance, soit, plus directement, surtout via le support des applications mobiles. En matière d'accès, l'éducation thérapeutique numérique est très présente via la sensibilisation des patients, puisqu'elle permet un transfert de connaissances, la responsabilisation et l'autonomisation du patient. Dans ce cadre et comme pour la télésurveillance, cette sensibilisation va de pair avec une acceptabilité technologique des patients. L'usage principal de l'éducation thérapeutique numérique est centré sur le patient, ou sur l'échange entre patients et professionnels. Dans cette perspective, plusieurs projets portent sur l'activité physique adaptée. L'expérimentation Cami Sport et Cancer illustre ce domaine.

Encadré 11 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par l'éducation thérapeutique numérique

CAMI SPORT et CANCER - Programme coordonné et prise en charge forfaitaire de l'activité physique à visée thérapeutique en cancérologie

Mettre en place un programme d'activité physique adaptée pendant et après le traitement d'un cancer : sein, colon-rectum, poumon, prostate, selon des modalités nouvelles combinant séances en présentiel et distanciel.

Enfin, il convient de souligner que la dernière catégorie, celle des expérimentations qui ne mobilisent que marginalement les outils numériques, même si elle ne fait pas l'objet principal de cette recherche, offre également des perspectives d'amélioration de l'accès aux soins. C'est le cas, par exemple, d'une innovation qui propose une structure d'hébergement adaptée aux usagers de drogues sans domicile fixe. Cette structure permet de rendre une prestation de soins disponibles pour des patients qui sont, traditionnellement, plutôt exclus des systèmes de soins. Cet exemple montre que la télésanté n'est donc pas la seule voie innovante pour renforcer l'accès aux soins.

7.4.3. Les conditions de l'amélioration de l'accès aux soins identifiées par les acteurs

Les acteurs s'accordent sur les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Pour autant et pour parvenir à cette situation, ils identifient également des conditions facilitantes et stimulantes dans la réalisation de ces progrès.

7.4.3.1. Perspectives d'amélioration perçues de l'accès aux soins par la télésanté

Les porteurs de projets des expérimentations de l'article 51 identifient les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Le tableau 52, qui ne vise pas l'exhaustivité, présente quelques-uns de ces éléments. En proposant une répartition par thèmes, sous-thèmes, idées-clefs et phrases témoins, il indique le processus de codage poursuivi.

Tableau 52 : Perception des acteurs des perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté

Dimensions de l'accès aux soins (Thèmes)	Perspectives d'amélioration perçues (Sous-thèmes)	Idées clefs	Phrases témoins
Accessibilité géographique	Gain de temps	Utiliser les outils numériques permet un gain de temps pour les professionnels	« ... Utiliser les outils numériques... pas pour remplacer le présentiel, pour optimiser le temps en présentiel... » (Int.14)
	Limitation des déplacements	Utiliser les outils numériques limite les déplacements des patients	« ...On peut communiquer sans faire revenir le patient... » (Int.34) « ...Ça leur évite de se déplacer, prendre le bus quand on est enceinte de huit mois... » (Int.21)
Disponibilité	Réactivité professionnelle et sécurité patient	Les outils numériques rassurent les patients qui les utilisent	« ... Et puis, il y a la qualité de vie des patientes... Elles voient leurs données avec des codes couleurs...c'est dans le vert, c'est OK. Il y en a qui sont un peu inquiètes quand c'est dans le rouge, mais l'équipe médicale répond rapidement donc ça, c'est hyper rassurant... » (Int.21)
	Diagnostic des besoins patients	La téléexpertise renforce la connaissance des besoins réels du patient	« ...L'intérêt aussi de faire de la télémédecine au domicile du patient... ça change le rapport de la consultation. Quand votre patient vient...à l'hôpital, il est tout beau, tout propre ... Quand vous allez chez lui, vous vous rendez compte que le domicile n'est pas du tout adapté, qu'il y

			<i>a des problèmes d'hygiène, d'espace, de positionnement, d'assise aux fauteuils, de lit... » (Int. 16)</i>
Acceptabilité	Utilité perçue	Les professionnels perçoivent l'utilité de l'usage des outils, ce qui renforcent l'acceptabilité des solutions	<i>« ... Globalement, on a un taux d'adhésion des infirmières libérales qui est de 70%, le lendemain d'un lancement... et un an après, 80 % des infirmières l'utilisent...Elles trouvent ça génial et elles adorent... » (Int.8)</i>
	Maintien à domicile	Le maintien à domicile renforce l'acceptabilité patient	<i>« ...Le fait qu'ils soient chez eux, dans leur milieu habituel, dans leur contexte, voire dans leur boulot, on a peut-être une chance d'arriver à modifier un petit peu leurs habitudes et ça, c'est vraiment un élément fondamental... » (Int.11)</i>
Abordabilité	Prise en charge de pathologies non prises en charge antérieurement	Les solutions numériques imaginées par les chefs de projet améliorent l'abordabilité pour le patient	<i>« ...Il y a un double défi, c'est le remboursement d'un dispositif nouveau et la valorisation d'un acte médical nouveau... » (Int. 21)</i>
	Réduction des frais de transport	Les solutions numériques limitent les frais de déplacement	<i>« ...à la sortie, ces transports mobilisent toute une équipe de soignants spécialisés...Et là, en plus des économies de transport, c'est la complexité même du transport qui est supprimée... » (Int.36)</i>
Adéquation	Orientation des patients	L'utilisation des outils numériques permet de mieux aiguiller les patients	<i>« ...ça permet de fluidifier le parcours et d'éviter d'emboliser les urgences ou des services pour des consultations... » (Int.34)</i>
	Coordination des professionnels	L'utilisation des outils numériques facilite la coordination entre professionnels	<i>« ... chaque personne est référente...esthéticienne, socio médicale, diététicienne, kiné ou infirmière, ils vont tout faire, le réentraînement à l'effort, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psycho social et motivationnel. Et quand on a atteint notre limite de compétences, on fait appel à l'autre...Le distanciel nous aide... » (Int.37)</i>
Sensibilisation	Information, Communication et formation des professionnels	L'utilisation concrète des solutions par les professionnels passe par une sensibilisation accrue	<i>« ... Parce que le digital, ce n'est pas tout le monde qui s'y met et...il y a de la perte...il faut...les réengager [...] On a des personnes chez nous qui appellent les médecins et qui vont leur demander, comment ça se passe ? Est-ce que vous avez des questions ? Est-ce que vous avez besoin de notre concours ? » (Int.45)</i>

	Information, Communication et formation des patients	L'utilisation concrète des solutions par les patients passe par une sensibilisation accrue	« ...Ils ont la possibilité d'intégrer le programme même s'ils ne possèdent pas de smartphone ou même s'ils en possèdent un et qu'ils ne souhaitent pas utiliser l'application [...] mais on essaye de faire rentrer le plus de patients possible et après ils sont formés par les Case Manager... à l'utilisation de l'application lors du premier rendez-vous... » (Int.4)
--	--	--	--

Ce tableau offre un panorama non exhaustif des principaux bénéfices perçus par les porteurs de projet de l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Il souligne l'importance des apports des différentes pratiques numériques présentées en amont dans les résultats. Si certains de ces apports, comme le gain de temps et la limitation des déplacements peuvent paraître relativement attendus et intuitifs par rapport aux pratiques de télésanté, d'autres sont plus surprenants. En particulier, certains médecins associent la télémédecine à la capacité de renforcer la précision du diagnostic par une meilleure prise en compte du contexte réel de vie du patient, d'autant lorsque la pratique numérique est associée avec des visites à domicile.

7.4.4. Les conditions facilitant l'accès aux soins par la télésanté

Les entretiens avec les porteurs de projets soulignent les conditions facilitantes, qui permettent l'amélioration de l'accès aux soins par les outils numériques. Dans ce cadre et en premier lieu, la sensibilisation est certes une dimension propre à l'accès aux soins, mais elle est également un levier d'amélioration des autres dimensions de l'accès aux soins.

Sensibilisation, abordabilité cognitive et acceptabilité technique

Les *verbatim* montrent qu'avec la télésanté, l'abordabilité n'est pas que financière, mais également cognitive, puisque les professionnels et les patients doivent acquérir les connaissances nécessaires pour utiliser correctement les services. De la même façon, l'acceptabilité renvoie, de façon très prégnante dans les échanges avec les interviewés, à l'attitude que les patients et les professionnels développent face à la technologie.

Les supports sont complexes, comme le souligne l'interviewé 17 : « ...Ça, c'est un frein qui est évident, surtout la complexité de nos systèmes d'information [...] Et oui, la complexité des systèmes, même la complexité de la télé expertise... » et les porteurs de projets ressentent

le besoin de les simplifier pour en renforcer l'usage par les professionnels « ... On a voulu mettre en place une application simple pour les aides à domicile qui puissent être utilisées pendant ses interventions... » (Int.6) ; « ... Donc là, on est en train de travailler sur la numérisation du parcours pour le faire en e-parcours. L'idée c'est de le simplifier au maximum...pour qu'il soit transférable... sur un autre territoire pour encore le simplifier, pour le nationaliser ensuite... » (Int.41). Cette abordabilité cognitive ne concerne pas que les professionnels puisque les patients eux-mêmes doivent utiliser des applications, des outils numériques qu'ils ne maîtrisent pas nécessairement : « ... Oui, bien aujourd'hui il y a pas mal de gens qui sont formés entre guillemets à l'utilisation d'un smartphone, mais ce n'est pas le cas pour tous... » (Int.4).

En complément de la simplification des outils, les porteurs de projets insistent sur la formation, indispensable pour que les patients, comme les professionnels, puissent utiliser les outils : « Quand les médecins sont intéressés, c'est nous qui les formons (La Startup), on leur explique quels patients, quelles questions à poser, comment filtrer et on fait toute une formation sur le digital adaptée à leurs routines pour que ce soit le plus facile possible... » (Int.45) ; « ...Oui, alors nous on forme les pros déjà à notre outil et on les forme aussi à la pratique de la télésurveillance... » (Int.21).

Malgré l'importance de la formation, elle ne suffit pas, selon les porteurs de projets, à assurer l'utilisation des outils, puisque quand bien même un patient comme un professionnel est parfaitement formé à la maîtrise d'un support numérique, il peut également se lasser de son utilisation : «... Il y a des moments où ils vont se sentir très à l'aise et ils vont ressentir le besoin de s'en servir. Et puis peut être que quinze jours après non, je vais bien, j'en n'ai plus besoin, je fais une pause, j'arrête... » (Int.4). Par conséquent, l'entretien et le réengagement à la mobilisation des pratiques numériques, pour les patients comme les professionnels, est essentiel, ce qui est déjà identifié dans les *verbatim* du tableau 52.

De façon générale, la sensibilisation et ses composantes, l'information, la communication, le transfert de connaissances, paraît donc une condition nécessaire pour l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Pour atteindre cet objectif et au-delà de ce qui a déjà été

mentionné, les acteurs identifient des principes paraissant simples, mais efficaces, à l'image du bouche à oreille : « ...Maintenant, ça dépend beaucoup dans les hôpitaux du chef de service, d'une ou deux personnes, d'un ou deux internes qui va en faire des publications ou sa thèse. Il y a aussi beaucoup de renforcement social, c'est à dire que si des pairs utilisent la solution, bah moi je vais m'y mettre, ça c'est important... » (Int.45).

Soutien institutionnel et incitation financière

Pour renforcer l'accès aux soins par la télésanté, les porteurs de projets soulignent, en complément de la sensibilisation, le besoin d'être soutenu par les institutions, y compris par la mise à disposition d'incitations financières. Ce soutien porte ainsi sur le déroulement matériel des projets : « ...On s'appuyait sur un outil informatique pour communiquer qui n'a pas été à la hauteur de nos attentes...Et donc, l'ARS nous a proposé de débiter d'une manière différente avec une autre solution... » (Int.5).

Il porte également sur la façon de motiver les professionnels par des incitations financières et la prise en charge des pratiques numériques. Ainsi et pour l'interviewé 45, « ... Il n'y avait pas de télésurveillance qui existait encore et on a vraiment fait valoir le fait que pour qu'il y ait une adoption du corps médical, il fallait qu'il y ait un forfait pour inciter les médecins... On s'est vraiment battu pour que ça soit incitatif... ».

Dans une même perspective, l'interviewé 48 identifie le besoin de soutenir l'abordabilité financière des pratiques numériques « la télésurveillance, pour l'instant, dans le cas du diabète gestationnel, c'est quelque chose de formidable qui est une avancée pour les patientes et pour le monde médical, mais qui n'est pas reconnue non plus en termes tarifaires ou en termes d'activité par les instances, la CNAM, etc. »

Une coordination des outils indispensables à la coordination des personnes

Les chefs de projet soulignent également la diversité des outils numériques mobilisés qui ne facilitent pas la coordination des professionnels, et, par conséquent l'adéquation de l'organisation des services.

Sur ce point, le témoignage de l'interviewé 18 est éloquent : « ...On avait prévu de faire un circuit d'envois de mails par une messagerie sécurisée de santé...Sauf qu'il y a deux ans on a fait une mise à jour et on est passé à un niveau deux. Donc nous on est passé en niveau deux

mais pas le CHU, le CHU est resté en niveau un. Résultat ? ils peuvent nous envoyer des messages mais ils ne peuvent pas les recevoir... ».

Alors que la coordination pluriprofessionnelle est très présente dans les documents institutionnels, les principaux acteurs concernés constatent que le manque d'harmonisation des systèmes ne facilite pas vraiment l'atteinte de cet objectif, pourtant essentiel à une meilleure adéquation des prestations de service.

Numérique et humain

Même lorsque le cœur du projet est numérique, les expérimentations observées maintiennent une dimension humaine très importante. Ainsi, les innovations visant l'éducation thérapeutique du patient sont, pour la plupart, constituées d'approches hybrides associant des séances en présentiel et d'autres en distanciel. De même, plusieurs solutions qui mobilisent la téléexpertise associent la pratique numérique avec la présence d'un professionnel de santé au chevet du patient. Pour les acteurs, la préservation de cette dimension humaine est essentielle à la réussite des projets : « ... *C'est important qu'il y ait du lien patient...tout digitaliser, c'est bien, mais couper totalement la relation humaine... » (Int.42) ; « ...On s'est rendu compte, comme tout le monde à la fin, comme beaucoup dans la littérature, que le distanciel pur, c'est une erreur. Il doit y avoir...du présentiel pour vraiment créer la confiance et l'alliance thérapeutique ... » (Int.37).*

Cette condition favorisant, in fine, les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins des patients, est identifiée, même au sein des projets les plus innovants sur le plan technologique et numérique, comme l'indique l'interviewé 36 : « ... *Il y a 64 innovations dans notre véhicule qui, il y a cinq ans, n'existaient pas. Donc c'est véritablement une vitrine technologique mais la réalité, elle est humaine, c'est que sans l'apport du facteur humain, on ne pourrait rien bouger, on ne pourrait rien faire...».*

Pour terminer la présentation des conditions facilitantes perçues de l'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté, il convient de souligner que, dans plusieurs cas, la crise Covid a joué un rôle d'accélérateur pour la mise en œuvre de ces expérimentations, puisque cette crise a limité les flux de déplacement des patients et accéléré la mobilisation de solutions numériques.

7.5. Discussion

A la suite de ces résultats, trois points, au moins, méritent d'être discutés : une nécessaire incarnation de la télésanté, une logique d'accès aux soins par l'usage, et, enfin, un rôle majeur de la sensibilisation.

7.5.1. Une nécessaire incarnation des acteurs de la télésanté

La revue de littérature présentée dans cette recherche insiste sur la difficulté qu'ont les auteurs, académiques, praticiens, décideurs publics, pour définir la télésanté, que ce soit dans la littérature grise et académique. En particulier, Oh *et al.* (2005), puis Hallberg et Salimi (2020) soulignent l'existence d'une profusion de définitions non consensuelles pour un concept, qui est néanmoins identifié, comme majeur (Dumez *et al.*, 2015). Lorsque des définitions sont pourtant établies, elles peuvent demeurer très désincarnées et éloignées des acteurs de la télésanté, privilégiant une logique fondée sur l'outil à une approche centrée sur le rôle des différents acteurs. Par exemple, l'article L6316-1⁵¹ du code de la santé publique définit, dans un premier temps, la télémédecine comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les TIC avant d'introduire, seulement dans un second temps, le rôle de ses principaux acteurs. Contrairement à cette vision, la recherche présentée illustre la place centrale qu'occupent les professionnels de santé et les patients dans ces dispositifs.

Le travail de codage des entretiens souligne ainsi l'importance du rôle de l'humain pour faciliter l'utilisation du numérique. Ces solutions technologiques existent uniquement parce que des porteurs de projet sont mus par une forme d'empathie envers certaines pathologies et par la volonté d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients.

Conséquemment et au regard des résultats présentés dans cette recherche, il semble que le domaine de la télésanté mérite d'être mieux incarné et mieux illustré, en replaçant le rôle des professionnels et des patients en son cœur.

⁵¹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059

7.5.2. D'une logique d'accès physique aux soins à une logique d'accès par l'usage

Les travaux qui étudient l'accès aux soins en soulignent ses difficultés, géographiques, financières, sociales et culturelles (Gulliford *et al.*, 2002 ; Morgan, 2008 ; Dey *et al.* 2012 ; Chambaud, 2018 ; Driedger *et al.*, 2018 ; Lucas-Gabrielli et Chevillard, 2018 ; Mahajan *et al.*, 2021). Avec la télésanté, de nouveaux obstacles apparaissent, notamment un manque de connaissances et de formation des individus et l'existence de zones de fracture numérique (Barbosa *et al.*, 2021). Dans le cadre de cette recherche, ces dimensions sont également identifiées puisque les expérimentations présentées tentent précisément de surmonter ces obstacles. Pour autant, nos résultats soulignent également l'importance de l'acceptabilité technologique, qui se distingue de l'acquisition ou non de connaissances. Pour que la télésanté puisse jouer son rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins, une logique d'accès par l'usage, et donc d'appropriation par les acteurs, qu'ils soient patients ou professionnels, est indispensable. De fait, il est nécessaire de mieux définir les éléments constitutifs d'un accès numérique aux soins, voire, sous l'effet du numérique, de réviser la définition même de l'accès aux soins, en intégrant, par exemple, et au côté de l'acceptabilité sociale et culturelle, l'acceptabilité technologique. Au passage, cette transition montre toute l'importance d'étudier, par un prisme managérial, l'accès aux soins, puisque plusieurs travaux analysent déjà les perceptions et l'acceptation des outils de télésanté (Kondrateva *et al.*, 2022).

7.5.3. Un rôle majeur de la sensibilisation

Le parcours de la littérature proposé en amont de la présentation de cette recherche montre que de nombreux travaux ne mobilisent pas l'ensemble des 5 dimensions de l'accès, identifiées initialement par Panchansky et Thomas (1981). En outre, ce n'est qu'en 2016 que Saurman, à la suite d'autres auteurs (Levesque *et al.*, 2013 ; Russell *et al.*, 2013), souligne l'importance de la sensibilisation dans l'accès aux soins. Dans le cadre de cette recherche, nos résultats montrent à quel point cette dimension est importante pour que la télésanté puisse contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins. Au moment où un virage numérique est engagé, cette dimension de sensibilisation est essentielle à intégrer. Pour le décideur public, cela signifie qu'au côté des doctrines techniques et de

déploiement des innovations, une place essentielle est à accorder au triptyque information, communication, formation. Par ailleurs, et sur le point de la sensibilisation, les expérimentations présentées, de même que les témoignages des chefs de projet, montrent que des solutions numériques très simples peuvent se montrer particulièrement efficaces, parce que concrètement exploitées par les professionnels de santé et par les patients.

Enfin, ces trois réflexions, menées sur le rôle des acteurs, sur la transition d'une logique d'accès physique à une logique d'accès par l'usage et sur le rôle majeur de la sensibilisation conduisent à considérer, qu'au côté des sciences de l'économie et de géographie de la santé, les sciences de gestion ont toute leur place pour contribuer à une meilleure appréhension de l'accès aux soins par la télésanté.

7.6. Conclusion

Cette recherche analyse les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Elle propose une analyse fouillée de 96 expérimentations en santé, ces innovations étant, pour la plupart, soit portées par un cœur de projet numérique, soit soutenues par les TIC. En complément de cette démarche, 52 entretiens ont été conduits auprès des porteurs de projet de ces expérimentations.

Nos résultats, développés à partir de ce matériau volumineux et riche par la diversité des projets étudiés, développent plusieurs contributions. En premier lieu, le panorama de la littérature proposé permet une compréhension fine du champ d'application de la télésanté et des dimensions constitutives de l'accès aux soins. Ensuite, les résultats de cette recherche permettent de distinguer quels domaines de la télésanté influencent quelles dimensions de l'accès aux soins. Au passage, ces résultats montrent toute l'importance, pour renforcer l'accès aux soins par la télésanté, de la sensibilisation des acteurs. Ce focus sur la dimension de sensibilisation n'est pas sans conséquence sur l'acceptation même de l'accessibilité, qui est réduite, parfois, à son unique dimension physique. Troisièmement, nos résultats illustrent, par la présentation des cas et par le propre ressenti de leurs acteurs, des domaines qui demeurent trop souvent désincarnés, à l'image de la télésanté. Ce faisant, la recherche montre toute l'importance de la

complémentarité, humain et numérique, pour permettre une amélioration de l'accès aux soins. Finalement, cette recherche souligne le besoin, pour le décideur public, dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins par la télésanté, de mieux prendre en compte chacune de ses six dimensions et, peut-être plus spécifiquement, la sensibilisation. Sur le terrain, cette approche signifie une moindre fascination pour la dimension technologique et ses outils et une plus forte concentration sur les usages et les acteurs à même de les mobiliser.

Cette recherche n'est pas sans limite. Premièrement et compte tenu de la diversité de solutions numériques existantes, elle ne vise aucunement l'exhaustivité. Ensuite, dans la perspective de mieux comprendre comment naissent les innovations présentées, il serait important de mieux mettre au jour le profil des porteurs de projet. Dans le cadre de cette recherche, les acteurs présentent effectivement des caractéristiques individuelles relativement proches de celles de l'entrepreneur, curiosité, persévérance, capital social, qui mériteraient d'être éclairées dans une perspective de compréhension de l'entrepreneuriat médical. Troisièmement, les entretiens ont été conduits auprès des porteurs de projet, qui évoquent l'accès aux soins des patients. D'autres entretiens, menés cette fois avec les patients, permettraient un développement et un rebouclage des points de vue. Finalement, l'article 51 porte sur des expérimentations en cours, dont la plupart ne sont pas encore évaluées pour leurs résultats et leur transférabilité. Une même recherche pourrait être répliquée en prenant mieux en compte ces évaluations, ce qui permettrait d'observer, plus que les perspectives, les améliorations tangibles de l'accès aux soins par la télésanté.

Conclusion

Ce chapitre 7, tout comme le chapitre 3, est un chapitre à part. A part, parce qu'il ne répond pas spécifiquement à une question de recherche déclinant la problématique de cette thèse. A part, parce qu'il mobilise une littérature, télésanté et accès aux soins, connexe et complémentaire à l'Innovation Organisationnelle en Santé. A part, parce qu'il est constitué de la présentation d'un article, au sein d'une thèse dite « classique ».

Pour autant, il s'inscrit aussi pleinement dans la démarche de recherche poursuivie dans ce travail doctoral. Au cours de cette thèse, plusieurs opportunités de publication sont apparues et, notamment la possibilité d'inscrire une partie de ce travail au sein d'une thématique, transformation digitale des territoires, proposée par la revue Gestion et Management Public. Ce chapitre présente notre contribution, qui répond, grâce aux données primaires et secondaires recueillies, à la question : *quelles peuvent être les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté ?*

Un apport de ce chapitre est de montrer, par l'analyse des IOS de l'article 51, qu'il est très certainement nécessaire, à l'ère du numérique, de redéfinir la notion d'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins est très souvent appréhendé sous l'angle physique et financier. Or, la télésanté bouleverse les enjeux de l'accès aux soins, puisque la question n'est plus de savoir à quelle distance, par quel moyen de transport, un service est rendu mais plutôt comment sensibiliser le patient aux nouvelles technologies pour qu'il parvienne à accéder à ce service.

En outre, ce chapitre montre la complémentarité technologique et organisationnelle des IOS de l'article 51. Ce faisant, il insiste sur le caractère hybride des IOS, déjà identifié dans le chapitre 4 de ce manuscrit, qui propose une description des éléments constitutifs, de même qu'une définition, des IOS.

Chapitre 8

Développer et encourager l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : vers un entrepreneuriat médical ?

Introduction

Ce huitième chapitre s'appuie sur les résultats développés précédemment pour répondre à la dernière question posée dans cette recherche : *quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?* En particulier, ce chapitre propose d'analyser les résultats obtenus dans le chapitre 5, portant sur la genèse, et le chapitre 6, portant sur les barrières et les leviers à l'adoption de l'IOS, par le prisme de l'entrepreneuriat. En effet, la thématique de l'entrepreneuriat n'était absolument pas attendue initialement dans les résultats de cette recherche. Pour autant, elle a émergé au fil de la recherche, tant, dans nos résultats, le caractère entrepreneurial de la démarche poursuivie par les porteurs de projet était saillant. Conséquemment, ce chapitre montre comment l'article 51 a su endosser un rôle d'entrepreneur institutionnel pour générer un écosystème d'entrepreneuriat médical.

Tout d'abord, les résultats obtenus sur la genèse des IOS permettent un développement de la notion d'entrepreneuriat médical, distincte de celle de l'entrepreneuriat institutionnel. Plusieurs travaux analysent effectivement les innovations et les changements dans les organisations et les systèmes de santé en mobilisant la grille d'analyse de l'entrepreneuriat institutionnel (Maguire *et al.*, 2004 ; Lockett *et al.*, 2012 ; Mossé et Grenier, 2020). Or, comme il a été évoqué au cours du chapitre 1, l'entrepreneur identifié auprès des porteurs de projet, dans nos résultats, se distingue de l'entrepreneur institutionnel, puisqu'il n'a pas toujours vocation à créer ou à modifier les institutions et les structures existantes et qu'il ne remet pas nécessairement en question les règles et les logiques dominantes du domaine dans lequel il opère (Maguire *et al.*, 2004 ; Battilana, 2006 ; Battilana *et al.*, 2009 ; Annette *et al.*, 2018). Même si, dans certains cas d'IOS, ces finalités et ces conditions sont observées, dans la plupart des autres cas, les porteurs de projet poursuivent surtout une opportunité d'amélioration des soins et des conditions de vie des patients. Cette vision « patient centrée » des porteurs de projet et des IOS permet de proposer et de définir la notion d'entrepreneuriat médical. Dans le cadre de cette recherche, le rôle d'entrepreneur institutionnel est plutôt endossé par l'article 51 et ses équipes, c'est-à-dire les concepteurs et les acteurs de ce dispositif, qui ont su créer une

nouvelle norme dans la façon d'innover et, par conséquent, générer ce nouvel entrepreneuriat médical.

Ensuite, ce chapitre montre comment cette même démarche d'entrepreneuriat médical permet de surmonter les barrières et les leviers à l'adoption des IOS. En effet, les éléments de personnalité et les comportements des porteurs de projet témoignent de l'existence d'attributs plutôt propres aux entrepreneurs, qu'ils mettent au service de la génération et de l'implémentation des IOS.

Dans un dernier temps, qui prolonge ces réflexions initiées sur l'entrepreneuriat médical, ce chapitre s'appuie sur la notion d'écosystème entrepreneurial, développée également dans le chapitre 1, pour proposer des pistes de développement et d'encouragement des IOS. En effet, l'article 51 peut être considéré comme un écosystème entrepreneurial qui a su favoriser le développement des IOS, dont la dynamique mérite, d'une part, d'être maintenue, et, d'autre part, d'être étoffée.

La première section de ce chapitre développe la notion d'entrepreneuriat médical (8.1). La seconde section de ce chapitre évoque les caractéristiques et les comportements des entrepreneurs médicaux rencontrés (8.2). La dernière section propose la création d'un écosystème entrepreneurial pour encourager le développement des IOS (8.3).

8.1. Vers un entrepreneuriat médical encouragé par les institutions

Cette section développe la notion d'entrepreneuriat médical. Dans une première sous-section (8.1.1.), elle propose un bref développement théorique de la grille d'analyse de l'entrepreneur institutionnel, qui est classiquement mobilisée dans les recherches portant sur les organisations de santé. Ensuite, partant des résultats de cette recherche et, par conséquent, de l'analyse des entretiens et des données secondaires, une seconde sous-section développe la notion d'entrepreneuriat médical (8.1.2.).

8.1.1. Un entrepreneuriat institutionnel représenté par le dispositif de l'article 51

Plusieurs travaux analysent les innovations et les changements dans les organisations et les systèmes de santé en mobilisant la grille d'analyse de l'entrepreneuriat institutionnel (Maguire *et al.*, 2004 ; Battilana, 2006 ; Lockett *et al.*, 2012 ; Mossé et Grenier, 2020). L'entrepreneur institutionnel est défini initialement par DiMaggio (1988), à partir des travaux d'Eisenstadt's (1964 ; 1980). Selon cette perspective, les entrepreneurs institutionnels sont les individus et les groupes d'individus qui adoptent des rôles de leaders dans les épisodes de construction et de transformation des institutions. Pour Temple et Chiffolleau (2017), l'entrepreneur institutionnel est un « *acteur collectif organisé qui, de manière intentionnelle, cherche à modifier les cadres institutionnels et politiques en fonction des intérêts des parties prenantes ou de l'intérêt collectif* ».

Selon Battilana (2006), 3 conditions encouragent l'entrepreneuriat institutionnel : des problèmes relatifs au champ et à l'environnement dans lequel l'institution évolue, des problèmes relatifs à l'intérieur des organisations elles-mêmes, et, enfin, une perspective individuelle, puisque les transformations institutionnelles peuvent être stimulées par les caractéristiques propres aux entrepreneurs institutionnels. Pour Greenwood et Suddaby (2006) quatre conditions permettent l'émergence de l'entrepreneuriat institutionnel : une concurrence sur la performance entre les membres du champ organisationnel, des membres à la frontière de plusieurs champs ; des membres qui peuvent s'élever au-dessus de leur champ et, enfin, une asymétrie de ressources au sein du champ.

Dans le milieu associatif et pour illustrer ces conditions, Rival *et al.* (2008) évoquent la concurrence entre cliniques, des associations à la frontière des secteurs marchands et non marchands, des associations capables de s'élever vers les décideurs publics par du lobbying et, enfin, des associations aux ressources très inégales.

Dans tous les cas et comme indiqué dans le chapitre 1, des éléments invariants caractérisent l'entrepreneuriat institutionnel. Tout d'abord, la transformation des institutions demeure la finalité poursuivie par l'entrepreneur institutionnel (Eisenstadt's, 1964 ; 1980 ; DiMaggio, 1988 ; Battilana, 2006). Ensuite, les entrepreneurs institutionnels enfreignent les règles, contredisent les logiques dominantes et les pratiques à l'œuvre dans les institutions pour s'engager activement dans un processus de changement institutionnel (Maguire *et al.*, 2004).

Dans le cadre de cette recherche doctorale, ce ne sont pas les porteurs de projet qui endossent le rôle d'entrepreneur institutionnel, mais plutôt le dispositif article 51 en lui-même.

Les porteurs de projet identifient d'ailleurs cette transformation institutionnelle :

- « *C'est tellement puissant qu'on se pose la question comment ça se fait que ça n'a pas été inventé plus tôt...On fait ce pari d'humilité et d'intelligence, de dire on ne peut pas prétendre avoir toutes les bonnes idées, mais les gens sur le terrain, ils en auront. Tout ne sera pas génial, il y a des choses qu'il faudra modifier, il y a des choses qu'on va éliminer [...] Mais donner cette plateforme aux professionnels pour qu'ils s'expriment, pour qu'ils contribuent, pour qu'ils soient acteurs, pas seulement soigner un patient donné. Apporter leur contribution à la réflexion de l'ensemble, ça c'est quand même super et je pense qu'il faut tirer notre chapeau aux gens qui ont eu cette initiative* » (Int. 7).

- « *Ce qui est intéressant c'est la souplesse du dispositif article 51, quand même la DGOS et l'assurance maladie sont vachement innovateurs là-dedans* » (Int. 28).

- « Une fois qu'on avait la certitude que le produit marchait [...] on a commencé à déposer, on voulait aller chercher un remboursement mais on voulait surtout qu'il y ait une compréhension des autorités publiques. Pour pouvoir faire émerger des outils digitaux comme les nôtres, il faut qu'il y ait de nouvelles organisations et donc l'expérimentation article 51 pour nous était particulièrement pertinente [...] Honnêtement, je pense que c'est assez unique au monde ce système [...] je trouve que c'est quand même une idée extrêmement intéressante » (Int. 45).

Comme énoncé à plusieurs reprises au sein de cette recherche, l'article 51 constitue un changement de paradigme majeur dans la façon d'appréhender l'innovation dans les organisations de santé. A l'innovation développée de façon descendante et par catalyse réglementaire (Nobre, 2013), se substitue une approche volontariste, qui fait confiance aux acteurs et aux professionnels de santé. Par conséquent, l'article 51, ses concepteurs et ses acteurs institutionnels, eux, pourraient être qualifiés d'entrepreneurs institutionnels, puisqu'ils transforment les normes érigées et établies dans la façon d'innover en santé.

Chez les porteurs de projet, en revanche, il ne s'agit ni de transformer, ni de montrer un esprit rebelle face aux institutions. Au contraire, ce sont ces institutions qui ont mis en place ce nouveau dispositif qu'ils apprécient particulièrement puisqu'il offre la possibilité d'initier une démarche d'entrepreneuriat médical.

8.1.2. Définir l'entrepreneuriat médical

L'entrepreneuriat se définit comme une activité qui implique la découverte, l'évaluation, l'exploitation des opportunités dans le but d'introduire de nouveaux biens et services, de nouvelles structures d'organisation, de nouveaux marchés, de nouveaux processus et matériaux (Shane et Venkataram, 2000 ; Shane, 2003 ; Degeorge, 2015).

Dans le cadre de l'entrepreneuriat institutionnel, ces opportunités se situent surtout dans la transformation des institutions, ce qui peut être observé parfois dans nos résultats, notamment ceux qui portent sur la volonté de transformation organisationnelle en réponse aux imperfections du système. Pour autant, la plupart des IOS observées

poursuivent une autre opportunité, relative aux soins et à l'amélioration des conditions de vie des patients.

L'ensemble des témoignages proposés en amont et à propos de l'empathie patient montrent comment les porteurs de projet saisissent des opportunités pour mieux prévenir, mieux prendre en charge, rendre accessible et abordable les soins pour les patients. Les porteurs de projet s'emparent d'un problème relatif à une pathologie ou existant dans les conditions de vie et de prise en charge du patient pour proposer une solution. Les opportunités de soins et d'amélioration des conditions de vie des patients sont ainsi placées au cœur de chaque projet :

- « *Donc le point de départ commun, c'est répondre aux échecs de soins, c'est à dire des personnes qui, pour des raisons essentiellement de communication, de grande dépendance, parfois physiques, ne sont pas soignées en ville sur les motifs d'échec de soins* » (Int. 20).
- « *1,5 millions de personnes souffrent d'insuffisance cardiaque, 10 % d'entre elles souffrent d'insuffisance cardiaque sévère avec par conséquent des ré-hospitalisations, à hauteur de 45 % dans l'année et des décès qui sont à hauteur de 29 %. Ce qui manque, c'est surtout la coordination, les patients sont un peu partout* » (Int. 23).
- « *Les 50 personnes âgées qui faisaient la queue le matin, on a la chance d'être dans des métiers qui sont porteurs de sens, je n'ai rien contre les gens qui bossent dans l'industrie automobile mais enfin, on voit bien que quand on se lève le matin, on a moins de questions existentielles...en disant qu'on va soulager physiquement et psychologiquement tous ces gens-là. C'est vrai que c'est quand même assez formidable et donc à la fois c'est difficile parce qu'aujourd'hui il y a une telle demande qu'on ne peut pas répondre à toutes les demandes mais au moins on se dit voilà, on a apporté notre petite contribution* » (Int. 13).

Ces témoignages, tout comme ceux développés dans le chapitre 5, indiquent l'existence d'une forme d'entrepreneuriat médical, qui se distingue, encore une fois, de

l'entrepreneuriat institutionnel et d'autres formes d'entrepreneuriat en santé. L'entrepreneuriat en santé peut ainsi être appréhendé comme le fait d'entreprendre dans le domaine de la santé, de créer une entreprise dans l'industrie de la santé (Grazier et Metzler, 2006 ; Phillips et Garman, 2006). Les recherches académiques portant sur l'entrepreneuriat dans la santé sont nombreuses, particulièrement l'entrepreneuriat numérique et technologique. Dans ce cadre, l'entrepreneuriat est toujours vu sous l'angle de la création d'une entreprise en santé. Pour Kulkov *et al.* (2023), l'entrepreneuriat technologique en santé est le processus de création, de lancement et de développement d'entreprises qui développent de nouvelles technologies, produits et services pour créer de la valeur pour les patients et les autres parties prenantes (par exemple, le personnel, les hôpitaux, les compagnies d'assurance).

Les résultats développés dans cette recherche divergent de cette acception. Grâce au dispositif de l'article 51, les porteurs de projet des IOS développent une organisation, qui peut être ou ne pas être une entreprise, en vue d'exploiter une opportunité de soins ou d'amélioration des conditions de vie des patients. Ce faisant, l'article 51 encourage un entrepreneuriat médical qui peut être conçu et défini comme un processus de découverte, d'évaluation, d'exploitation des opportunités dans le but d'introduire de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation afin d'améliorer les soins, les conditions de vie des patients et, conséquemment, de répondre aux défis du système de santé.

La différence entre l'entrepreneuriat en santé et l'entrepreneuriat médical, tel qu'il est entendu ici, est que le processus de création de valeur pour les patients et les autres parties prenantes ne passe pas nécessairement par la création d'une entreprise mais par la création d'une organisation, rendue possible par l'article 51.

Cette perspective de l'entrepreneuriat médical, tel qu'il est initié par l'article 51, est particulièrement prometteuse. En effet, la littérature portant sur l'entrepreneuriat en santé s'interroge sur le besoin d'intégrer l'entrepreneuriat dans les cursus universitaires de médecine pour promouvoir l'innovation et répondre aux besoins des systèmes de santé (Ahmad et Akram, 2018 ; Carroll *et al.*, 2019). Parmi les difficultés rencontrées se pose la problématique des risques encourus par la rencontre entre les pratiques cliniques des

professionnels de santé et les motivations de profit des entrepreneurs (Ahmad et Akram, 2018). Avec des dispositifs comme l'article 51, cette question ne se pose plus puisque non seulement les organisations ne sont pas nécessairement des entreprises mais, lorsqu'elles le sont, elles demeurent néanmoins contraintes par des organismes de contrôle qui instruisent et évaluent le projet entrepreneurial, depuis son initiation par le cahier des charges jusqu'à sa généralisation par l'évaluation. Autrement dit, des dispositifs comme l'article 51 peuvent contribuer à une meilleure intégration de l'entrepreneuriat médical au sein des disciplines médicales, en permettant de tirer tous les avantages de l'entrepreneuriat, tout en évitant ses principaux risques, notamment éthiques, de liens et de conflits d'intérêt.

Dans le cadre de cet entrepreneuriat médical, l'entrepreneur médical, est celui, qui, perçoit et saisit les opportunités, et qui, ce qui est observé dans les résultats de cette recherche, conçoit et/ou introduit les Innovations Organisationnelles en Santé, définies dans le chapitre 4 de ce travail doctoral. Les caractéristiques de cet entrepreneur médical sont décrites dans la section suivante.

8.2. Un ensemble de caractéristiques entrepreneuriales marquées chez les porteurs de projet

Les recherches en entrepreneuriat ont permis d'identifier certaines caractéristiques relatives à la personnalité de l'entrepreneur, ses compétences et ses comportements (McClelland, 1965 ; Gartner, 1988 ; Chandler et Jansen, 1992 ; Hernandez, 2010 ; Bird *et al.*, 2012 ; Markman, 2014 ; Kerr *et al.*, 2018 ; Salmony et Kanbach, 2022). Du point de vue des caractéristiques personnelles, l'entrepreneur est considéré comme un individu innovant, créatif, preneur de risque, énergique, persévérant, qui a confiance en lui, est maître de son destin et poursuit un besoin d'accomplissement particulièrement marqué⁵². Au niveau des compétences et des comportements, l'entrepreneur est capable de reconnaître une opportunité, de concevoir des produits et des services, de développer une vision, de créer des liens sociaux, d'obtenir des financements, de faire preuve de leadership...En synthèse,

⁵² Voir Gartner (1988) pour une première revue de littérature, puis Kerr et al. (2018) et Salmony et Kanbach (2021) pour des synthèses plus récentes

de très nombreuses caractéristiques sont attribuées aux entrepreneurs au point que, pour certains auteurs, l'entrepreneur est considéré, de façon mythologique, comme un super héros (Silberzahn, 2020). L'entrepreneur schumpetérien est ainsi décrit comme un individu hors du commun, calculateur génial, charismatique et qui sait imposer (Boutillier et Unizidis, 2013)

Sans sombrer dans une vision idyllique et héroïque, les caractéristiques entrepreneuriales identifiées chez les porteurs de projet des IOS de l'article 51 sont développées dans les deux sous-sections suivantes. En premier lieu, certaines caractéristiques entrepreneuriales personnelles sont mises au jour (8.2.1.). En second lieu, le quotidien entrepreneurial des porteurs de projet est souligné (8.2.2.). Pour développer ces sections, la démarche de codage a été la suivante. Premièrement, le travail sur la genèse, les barrières et les leviers des IOS a permis de mettre en lumière un code intitulé démarche entrepreneuriale. Cette catégorie étant très prégnante, une relecture de l'ensemble des *verbatim* a été conduite pour les encoder à partir de deux catégories principales, caractéristiques entrepreneuriales individuelles (liées à la personnalité et aux expériences des porteurs de projet), caractéristiques entrepreneuriales comportementales (liés à leur comportement et à leurs compétences d'entrepreneur). Partant de ces deux catégories, le codage est ouvert, mais demeure néanmoins relatif aux travaux en entrepreneuriat cités précédemment.

8.2.1. Les caractéristiques entrepreneuriales des porteurs de projet de l'article 51

Plusieurs caractéristiques entrepreneuriales sont identifiées chez les porteurs de projet (8.2.1.2.). Avant de les développer, il est nécessaire de souligner que certains porteurs de projet n'en sont pas nécessairement à leur première aventure d'entrepreneuriat médical, mais multiplient les créations d'organisation, avec une idée précise en tête, l'opportunité d'améliorer les soins et les conditions de vie des patients (8.2.1.1.). Ces résultats permettent d'illustrer, de façon empirique, la définition que nous avons proposée de l'entrepreneuriat médical.

8.2.1.1. Des entrepreneurs aux multiples créations

Certains porteurs de projet de l'article 51 se révèlent être des entrepreneurs médicaux ayant connu plusieurs créations d'entités. Ces témoignages, proches de récits de vie, reflètent le parcours entrepreneurial de ces porteurs de projet :

« Oui, je suis pneumologue. Je suis aussi un interne, ancien chef au CHU de Lille... J'étais installé en ville pendant quinze ans et, en 1990, j'ai créé un centre de réadaptation respiratoire ambulatoire, c'est à dire que les gens venaient trois fois par semaine dans la structure de réadaptation qu'on avait mise en place à l'époque avec deux de mes associés. L'ambulatoire, à cette époque, ça n'existait pas trop, encore aujourd'hui, ça n'existe pas beaucoup en France [...].

Donc, on a créé ça, j'ai développé ça pendant une dizaine d'années et puis je voulais étendre un peu l'activité [...] J'ai été consultant pendant deux ans dans une structure, pour développer la réadaptation à domicile. Ça ne l'a pas fait pour des raisons essentiellement financières, parce que ça leur coûtait de l'argent, etc.

Donc, du coup, j'ai créé une structure d'oxygène qui s'appelle [...] j'ai créé cette structure pour m'auto financer la réadaptation respiratoire [...] Mon but ce n'était pas de vendre de l'oxygène [...] mais bien d'avoir un autofinancement pour développer la réadaptation [...] Cette structure, je l'ai cédée pour qu'elle soit développée sur le plan national. Et très vite, je me suis rendu compte que la structure à laquelle je l'avais cédée voulait utiliser mon nom mais pas trop mettre en place la réadaptation. Donc j'ai quitté cette structure et en septembre 2009, j'ai créé...[...] » (Int. 37).

Ce premier témoignage montre la richesse du parcours entrepreneurial de ce professionnel de santé pneumologue. Surtout, il souligne à quel point cet entrepreneur accorde une place centrale, dans ses projets, à l'opportunité d'améliorer les soins dans le cadre très spécifique de la réadaptation respiratoire. Lorsque le groupe à qui il a cédé sa structure abandonne cet objectif de réadaptation respiratoire, il n'hésite pas à en recréer une autre pour saisir à nouveau cette opportunité de soins.

La réadaptation cardiaque constitue ainsi le fil conducteur et la colonne vertébrale de ses aventures entrepreneuriales, comme il le souligne lui-même : « *Donc il faut aller un peu dans l'innovation et puis, de par, on va dire, mon caractère ou ma personnalité quand c'est toujours la même chose, c'est pas drôle [...] La routine, c'est pas terrible, comment dire pour accentuer le trait, des fois, vous avez des collègues qui ne comprennent pas mon parcours mais le parcours, c'est vraiment l'accompagnement global de la personne en réadaptation respiratoire* » (Int. 37).

Dans le cadre de l'article 51, ce professionnel de santé développe par ailleurs un projet particulièrement original, puisqu'il repose sur une équité de rémunération, quelle que soit la profession intervenante auprès du patient : « *Donc chaque personne est référente, qu'elle soit esthéticienne socio médicale, diététicienne, kiné ou infirmière, ils vont tout faire, le réentraînement à l'effort, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psycho social et motivationnel... Donc on est bien dans une relation de confiance entre deux personnes, la personne malade et le professionnel de santé, une alliance thérapeutique... Ils m'ont demandé (CTIS) comment étaient payés les équipiers et moi je leur ai répondu naturellement, parce que c'est le cas, mais tout le monde est payé le même salaire puisqu'ils font le même travail* » (Int. 37).

Un autre témoignage montre à quel point l'opportunité de soins constitue un fil conducteur et structure un parcours entrepreneurial médical plutôt riche, composé de multiples expériences créatives :

« *En fait, moi, j'ai été référent d'un groupe qui s'appelle X Santé, j'étais le référent national et j'ai monté une structure en Bourgogne Franche-Comté qui s'appelle la clinique du Y, structure qui fonctionnait très bien, on accompagnait les personnes avant une chirurgie et après une chirurgie de l'obésité... Une des plus grosses structures de France. Quand je l'ai quittée, c'était 102 lits, on a commencé à quatorze lits... donc quelque chose qui fonctionnait très bien mais ça a créé un effet centre extrêmement délétère pour le parcours de soins, c'est à dire qu'on avait des personnes qui faisaient 200 ou 300 bornes pour venir.... Ce qui faisait qu'il y avait une inégalité d'accès aux soins via cet effet centre géographique et aussi le fait de pouvoir être hospitalisé. Et on voulait essayer d'avoir un outil plus flexible.*

Et c'est comme ça qu'en 2017, on monte les espaces.... Où là, on met en place une structure qui est hybride entre l'hospitalisation de jour et du libéral. C'est à dire que ça offre les mêmes prestations qu'une hospitalisation de jour mais ça a la même fonction flexibilité que le libéral » (Int. 14).

Tout comme le premier témoignage, ce récit souligne la poursuite de l'opportunité de soins par l'entrepreneur médical via la création de multiples entités. L'interviewé 14 évoque également la persévérance et l'esprit entrepreneurial qui l'animent : « *On est tous pareils, on a des convictions, on a de l'ambition et on n'attend pas quelque chose pour nous dire d'y aller, donc on y va [...] » (Int. 14).*

Par ailleurs, cet interviewé évoque les perspectives de développement offertes par l'identification de nouvelles opportunités : « *Je peux développer des parcours, là, on va mettre de l'intelligence artificielle. On s'ouvre sur le domaine d'un truc à la mode, la RSE pour les entreprises, selon les mêmes principes finalement » (Int. 14).*

Un dernier témoignage reflète encore l'existence d'un parcours d'entrepreneuriat médical, mû continuellement par l'opportunité d'améliorer les soins et les conditions de vie des patients : « *La directrice du projet [...] elle a pu observer les limites au sein de l'hôpital dans la prise en charge de la maladie [...] elle est passée en libéral et elle a vu qu'en libéral, il y avait d'autres limites [...] c'était le fait que le bilan neuropsychologique n'était pas remboursé [...] Et du coup, c'est toutes ces observations qu'elle a pu réaliser, à la fois à l'hôpital et en ville, qui ont fait qu'elle a créé le réseau Mémoire...en 2004 [...] Voilà donc le réseau Mémoire...permet d'effectuer des bilans neuropsychologiques, qui sont pris en charge, c'est à dire qu'ils ne sont pas totalement pris en charge mais avec un tarif social, donc en fonction des revenus des patients... » (Int. 17).*

Ces témoignages permettent d'illustrer la définition donnée de l'entrepreneuriat médical, porté par l'opportunité d'améliorer les soins et les conditions de vie des patients. Ils soulignent également l'existence de caractéristiques individuelles entrepreneuriales, notamment la prise d'initiative, la confiance en soi, la persévérance et le besoin d'accomplissement.

8.2.1.2. Des caractéristiques entrepreneuriales marquées

Dans la conduite de leurs projets, les porteurs montrent un ensemble de caractéristiques entrepreneuriales puisqu'ils sont créatifs, prennent des initiatives, sont maîtres de leur destin, ont confiance en eux. Ils sont également persévérants puisqu'il leur faut surmonter les barrières à l'adoption des IOS identifiées dans le chapitre 6.

Le tableau 53 montre certaines caractéristiques entrepreneuriales identifiées chez les porteurs de projet.

Tableau 53 : Caractéristiques entrepreneuriales identifiées chez les porteurs de projet

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Phrases témoins
Caractéristiques entrepreneuriales	Persévérance	Les porteurs de projets sont persévérants pour faire aboutir leurs IOS	« J'étais profondément convaincu qu'il fallait ouvrir de nouvelles structures plus adaptées aux besoins des patients. Que le projet soit validé ou pas, je voulais entreprendre cette démarche » (Int. 2)
	Relève des défis	Les porteurs de projets aiment relever des défis pour implémenter leurs IOS	« Et à chaque fois ils nous ont identifié une demi-douzaine de centres en disant voilà nous, ce qui nous arrangerait, c'est que vous vous implantiez là, là et là et ce sont évidemment les endroits les plus durs. Et nous, on a dit chiche, on va aller dans les endroits les plus durs parce que si on y arrive là, eh bien, on y arrivera partout » (Int. 7)
	Prise de risques	Les porteurs de projet n'hésitent pas à prendre des risques pour développer leurs IOS	« Nous avons cherché des locaux mes associés et moi, nous étions trois au commencement. On avait besoin de 3 millions pour démarrer, soit 1 million chacun. On a été accompagné par un financier de La Poste et la structure a ouvert ses portes le 01 mars 2019 alors que le projet a reçu un avis favorable le 17 janvier 2020 » (Int. 2)
	Vision/Convictions	Les porteurs de projets développent des visions et des convictions pour que leurs IOS prennent vie	« C'est ma vision quand même depuis le début, c'est ma vision de dire, j'apporte de la biologie médicale partout et vous savez enfin, c'est notre raison d'exister à nous, c'est de permettre à tous les humains d'être égaux dans le dépistage et le suivi de leur maladie, quelle que soit leur zone géographique ou leur état de mobilité » (Int. 8)
	Energique/Dynamique	Les porteurs de projet déploient leur énergie pour mettre en œuvre les IOS	« Je pense que c'est l'énergie des personnes qui l'ont mené déjà, en particulier de Madame X, qui est la directrice des soins infirmiers, qui est une femme habitée d'une énergie, voilà qui n'a jamais failli et donc qui était le moteur » (Int. 15)

	Créatif	Les porteurs de projet montrent de la créativité, que ce soit pour générer ou implémenter leurs IOS	« On avait de nous-même, de notre propre chef développé, on va dire ce même dispositif qui n'était pas financé de la même façon. Il faudrait que je regarde, mais on avait eu des partenariats qui nous avaient aidé [...] Et on avait démarré une autre expérimentation qui ne s'appelait pas pareil [...] en 2017 sur le site [...] Voilà, mais ça, c'était vraiment de notre propre chef en se disant il y a quelque chose à faire. Il faudrait qu'on se lance là-dessus, sur l'EHPAD à domicile » (Int. 31)
	Débrouillard	Les porteurs de projet s'adaptent pour que leurs IOS soient générées	« L'avantage, c'est que là, le véhicule (véhicule mobile pour l'intervention des dentistes en EHPAD), du coup, on l'a utilisé pour faire du dépistage COVID [...] c'est équipé, ce sont des véhicules sanitaires, donc ils sont équipés pour faire même juste de la réanimation puisqu'on a dedans, on a de l'oxygène, on a les défibrillateurs, on a les oxymètres, on a tout [...] Là, on l'a utilisé aussi comme base pour faire du dépistage [...] En fait, j'ai quand même pu aller dans les EHPAD [...] » (Int.36)

Ces témoignages, comme ceux développés en amont à propos des entrepreneurs médicaux aux multiples créations, montrent que les porteurs de projet partagent des caractéristiques individuelles proches de celles des entrepreneurs. Ces caractéristiques sont mises au service de la découverte, de l'évaluation et de l'exploitation d'opportunités d'introduire de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation afin d'améliorer les soins, les conditions de vie des patients et, conséquemment, de répondre aux défis du système de santé.

8.2.2. Les porteurs de projet, un quotidien d'entrepreneur ?

Dans leurs comportements et leur quotidien, les porteurs de projet développent également des habilités entrepreneuriales. En particulier, un comportement prégnant porte sur la capacité des porteurs de projet à constituer et à entretenir un réseau de pairs et de partenaires. Ces témoignages soulignent cette capacité des porteurs de projet à réseauter pour implémenter au mieux leurs IOS :

- « Donc évidemment, quand on s'implante quelque part, déjà on va se présenter, on discute avec eux, avec les locaux, avec les instances représentatives, avec les maires, avec les associations. Parce que dans l'approche holistique de la santé qu'on veut, y compris la promotion de l'activité sportive, de la bonne alimentation, on ne va pas le

faire tout seul. On va le faire avec des gens avec lesquels on va pouvoir voler en escadrille » (Int. 7).

- *« Les psychiatres essayent de faire connaître le projet auprès de leurs correspondants en ville, auprès des Centres Médico-Psychologiques (CMP), auprès de tout leur réseau pour pouvoir essayer de recruter des patients » (Int. 4).*

- *« On a toujours dû un peu les chouchouter (URPS médecin libéral), si je puis dire, pour qu'ils ne se retirent pas du projet. Parce que, en tant que partenaires, parce qu'on sait bien que si on ne peut pas avoir les URPS médecine libérale avec nous, on ne peut pas avoir les médecins de ville. Donc c'était important de les avoir [...] » (Int. 5).*

- *« Oui, c'est un partenaire solide (le CHU) [...] étant dans le secteur privé, j'ai toujours gardé d'excellents contacts avec le CHU et avec les CH, par affinité, tous mes amis [...] sont du secteur hospitalier public, on n'a vraiment pas de soucis avec ça et je vous le disais, dans la région, on s'entend plutôt bien » (Int. 37).*

Le chapitre 6 avait permis d'identifier plusieurs leviers relatifs au capital social des porteurs de projet. L'ancrage du réseau de partenaires, comme le développement de nouveaux partenariats et l'augmentation du capital social étaient ainsi identifiés comme des leviers dans la phase d'initiation de l'IOS. De la même façon, dans la phase d'implémentation, un réseau antérieur préexistant, l'intégration et l'implication des partenaires étaient identifiés comme des leviers de l'adoption des IOS. Les témoignages présentés montrent que ce sont les compétences et les comportements entrepreneuriaux des porteurs de projet qui permettent le développement de ce capital social. Dans cette optique, les entrepreneurs médicaux n'hésitent d'ailleurs pas à déployer beaucoup d'énergie pour développer des liens :

« Pour communiquer avec les médecins traitants, je fais du porte à porte [...] On n'a pas de flyer, la problématique de médecine de ville, je la connais bien parce qu'en plus je suis sur cette ville depuis très longtemps, mon mari est généraliste, ce n'est même pas la peine d'envoyer des flyers. On fait une newsletter, mais pour la forme, les médecins traitants, c'est action-réaction, c'est on t'appelle, qu'est-ce que tu fais ? Les médecins traitants, s'ils sont

contents, une fois, ils vont nous rappeler [...] eh bien moi, je fais du porte à porte, c'est obligatoire » (Int. 41).

Dans la perspective d'atteindre plus facilement leurs cibles, les porteurs de projet n'hésitent pas non plus à aller au-delà des compétences propres à leurs activités, pour endosser des rôles de communicants et trouver des moyens de faire connaître leurs projets :

« Donc nous, depuis le début, on fait de la communication grand public. C'est pas du tout notre corps de métier, je pense que les gens de la santé ne font pas de la pub. Alors que nous on s'est lancé dans la communication auprès du grand public parce que de moins en moins de familles ont des médecins traitants et depuis ces dernières années ça s'est accéléré [...] Donc l'idée c'est aussi de pouvoir atteindre, toucher le public cible par d'autres voies que la voie uniquement professionnelle. Donc on fait des communiqués de presse pour la presse écrite, la radio, etc. pour que les messages arrivent vers cette population là si jamais elle ne l'était pas par la voie classique professionnelle » (Int. 28).

Cette même approche de la communication permet aux entrepreneurs médicaux, dans leur quotidien, de motiver leurs équipes et de faire preuve de leadership pour faciliter l'implémentation des IOS :

« Après vous motivez les gens, donc régulièrement, on a communiqué sur la mise en route du protocole. Alors la particularité qu'on a nous dans l'équipe [...] Et à force d'en parler parce qu'on est, on est quand même un peu persévérant, comme vous avez compris, à force d'en parler, la culture vient, ça finit par devenir quelque chose à laquelle les professionnels sont habitués, ils sont habitués d'en entendre parler et ils voient qu'on commence à l'utiliser. Et puis, ça finit par devenir un des outils de la maison de santé. [...] Et du coup, comme ça, j'ai réussi à faire venir un troisième médecin qui a inclus des patients et puis le mois dernier, un quatrième médecin » (Int. 18).

L'implémentation des IOS est facilitée par le leadership entrepreneurial du porteur de projet. Elle est aussi facilitée, lorsque les acteurs, au sein des projets, se comportent eux-mêmes comme des entrepreneurs médicaux :

« Nous ça marche et pourquoi ça marche ? Moi, mon point de vue, c'est parce qu'on a des bons acteurs [...] Là, c'est parce qu'on a quelques leaders qui sont archi motivés, qui sont archi convaincus et qui avant ce projet étaient déjà fédérateurs [...] ça cartonne parce qu'il y a eu l'ambition politique qui nous a permis de le lancer, donc de l'argent et des financements, c'est super. Mais en plus, c'est tombé sur un secteur où on a parmi les acteurs les plus engagés de notre territoire et de nos hôpitaux, on a des gens extraordinaires [...] Ils sont sympas...fédérateurs, ils sont solaires... » (Int. 26).

Pour conclure cette illustration de l'entrepreneur médical, il est nécessaire de souligner que les comportements entrepreneuriaux se retrouvent chez les professionnels libéraux comme chez les professionnels agissant au sein d'une structure.

Pour autant, les risques pour l'entrepreneur médical, qui agit au sein de sa propre structure, et pour l'intrapreneur médical, qui agit au sein d'une structure existante, ne sont pas les mêmes.

Dans le chapitre 6, comme au sein de ce chapitre 8, le cas de l'interviewé 2 est évoqué. Ce porteur de projet était tellement convaincu de son idée qu'il n'a pas souhaité attendre l'aval des instances de l'article 51 pour le développer et le financer par un investissement majeur obtenu par ses propres moyens. Dans une même veine, l'entrepreneur médical 14 souligne cette prise de risque. Cet entrepreneur, médecin, s'est vu initialement refuser le financement d'une partie de son projet portant sur le développement d'une application numérique d'éducation thérapeutique du patient. Face à ce refus, il n'a pas hésité à créer une entreprise connexe et explique les risques de son financement :

« Il faut avoir le courage de le faire parce que les prêts vous les faites, quand vous vous lancez dans l'entrepreneuriat, vous êtes médecin avec toutes les casquettes que j'ai, il faut avoir le temps, il faut s'accorder du temps le Week-end et les vacances et puis là, maintenant, notre boîte, il y a une quinzaine de collaborateurs alors qu'on était trois il y a un an et demi et puis les prêts sont, en fait, sur notre tête [...] » (Int. 14).

La première section de ce chapitre montre que le dispositif de l'article 51, ses concepteurs et ses acteurs, jouent un rôle d'entrepreneur institutionnel pour transformer les normes

et élaborer une nouvelle dynamique institutionnelle d'appréhension de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS). Conséquemment, l'article 51 est catalyseur d'un entrepreneuriat médical, que nous définissons comme un processus de découverte, d'évaluation, d'exploitation des opportunités dans le but d'introduire de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation afin d'améliorer les soins, les conditions de vie des patients et, conséquemment, de répondre aux défis du système de santé.

En laissant la possibilité d'expérimenter de nouvelles organisations, sans qu'elles soient nécessairement initiées par la création d'une entreprise, il semble que l'article 51 ait généré et ait libéré une nouvelle forme d'entrepreneuriat médical. Dans ce cadre, nos résultats montrent également que les porteurs de projet présentent les caractéristiques, et se comportent, comme des entrepreneurs. Ils prennent des initiatives, se montrent débrouillards et créatifs, œuvrent pour maintenir et développer leurs réseaux, mais avec une colonne vertébrale structurante qui demeure l'opportunité d'améliorer les soins et les conditions de vie des patients. Ces considérations nous amènent à répondre, en partie, à la question de recherche : *quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?* Une première piste est effectivement d'encourager et de faciliter cet entrepreneuriat médical. Dans cette perspective, il semble que le renforcement et l'élargissement de dispositifs comme celui de l'article 51 soient nécessaires, notamment pour créer un vaste écosystème entrepreneurial de génération et d'implémentation des IOS.

8.3. Vers un écosystème entrepreneurial de l'IOS

Dans le chapitre 1, la notion d'écosystème entrepreneurial a été évoquée. Les résultats de cette recherche montrent que l'article 51, en tant qu'entrepreneur institutionnel, a su générer un écosystème entrepreneurial qui permet de développer des IOS. Il reste que ce souffle peut également retomber très vite, puisqu'une analyse chronologique des différents projets déposés montre que la tendance est plutôt baissière, marquant un frein dans les perspectives de développement des IOS. Conséquemment et pour encourager le développement des IOS, il semble important, premièrement, de prendre conscience que l'article 51 a initié une forme d'entrepreneuriat médical qui n'existait peut-être pas auparavant.

Deuxièmement, au sein de cette dynamique entrepreneuriale engagée, il semble également essentiel de lever, ou pour le moins, d'atténuer l'influence des barrières, particulièrement bureaucratiques, qui ont été identifiées dans le chapitre 6. Troisièmement, un renforcement et un élargissement de l'écosystème entrepreneurial créé peut contribuer à développer et encourager l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS).

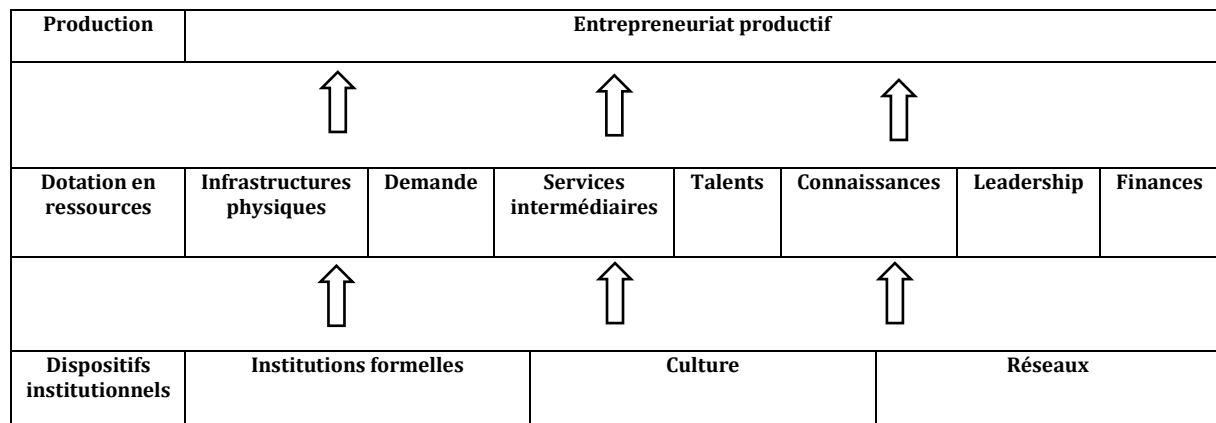
La sous-section 8.3.1. montre comment l'article 51 a su générer un écosystème entrepreneurial médical. Ensuite, la sous-section 8.3.2. interroge les évolutions d'acceptation des projets d'IOS au sein de l'article 51. La sous-section 8.3.3. développe des pistes pour développer et encourager les IOS.

8.3.1. Le dispositif de l'article 51, un entrepreneur institutionnel qui a su générer un écosystème d'entrepreneuriat médical

La notion d'écosystème entrepreneurial a été définie comme « *un ensemble d'acteurs indépendants et de facteurs coordonnés d'une telle façon qu'ils encouragent l'entrepreneuriat productif au sein d'un territoire* » (Stam et Spiegel, 2016). Les résultats présentés dans cette recherche montrent que le dispositif article 51 a su générer un écosystème entrepreneurial, qui produit des IOS, ce qui est explicité dans les pages suivantes.

Selon Stam et Spiegel (2016) et Stam et Van de Ven (2021), un écosystème entrepreneurial se compose de trois éléments principaux rassemblant chacun un ensemble de composantes : des dispositifs institutionnels, des dotations en ressources, une production. Stam et Van de Ven (2021) proposent un modèle d'écosystème entrepreneurial, présenté dans la figure 22. Ce modèle et chacune de ses catégories sont décrites, puis rapprochées des résultats qui ont été observés tout au long de cette recherche.

Figure 22 : Eléments constitutifs d'un écosystème entrepreneurial (Adapté de Stam et Spiegel, 2016 et de Stam et Van de Ven, 2021)



Dispositifs institutionnels

Les dispositifs institutionnels sont les éléments à la base de toute activité (Granovetter, 1992). Ils sont composés par les institutions formelles, qui établissent les règles du jeu en société, la culture, qui représente les institutions plus informelles et le contexte culturel et, enfin, les réseaux, composés du capital social des acteurs et du degré avec lequel ils sont connectés.

Dans le cadre de cette recherche, nos résultats montrent comment ces dispositifs institutionnels jouent un rôle majeur dans la constitution d'un écosystème d'entrepreneuriat médical. Tout d'abord, le ministère, qui, avec la LFSS 2018, a fixé les règles du jeu, en initiant le dispositif article 51. Les porteurs de projet ont souligné à quel point la création du dispositif article 51 a généré une dynamique entrepreneuriale forte.

Ce *verbatim*, déjà mobilisé en amont, souligne à quel point le dispositif institutionnel, peut-être sans s'en apercevoir, contribue à la création de cet écosystème entrepreneurial : « *C'est une dynamique, je ne suis pas sûr qu'ils aient perçu ça avec l'article 51, mais en fait avec leur idée géniale, ils créent autour, ils créent une dynamique interprofessionnelle qui dépasse de loin le cadre, on a fait intervenir des écoles d'ingénieurs, on a fait intervenir des gens qui n'avaient rien à voir du tout avec la dentisterie, des médecins...* » (Int. 36).

En complément du ministère, cette recherche montre à quel point de nombreuses institutions sont impliquées au sein des IOS, même si, pour certains porteurs de projet, il a fallu se battre pour les convaincre, ce qui est également observé dans les résultats précédemment présentés. Des instances comme la CNAM, l'ANAP, la DREES, la DCGDR, la DGOS, les ARS, collaborent, soit directement dans les instances participatives au dispositif de l'article 51, soit avec les porteurs de projet, dans une perspective d'accompagnement et de soutien à l'initiation et à l'implémentation des IOS.

Du point de vue de la culture, l'article 51 est initiateur d'un changement culturel important puisque comme cela a été souligné à maintes reprises au cours de cette recherche, le dispositif développe une nouvelle norme ascendante de l'innovation organisationnelle en santé, fondée sur les acteurs et sur l'entrepreneuriat médical.

Le troisième pilier des dispositifs institutionnels, les réseaux, est constitué, comme cela a été indiqué dans nos résultats, du capital social des porteurs de projet et des réseaux plus formellement établis, à l'image des URPS et des CPTS. Les résultats développés ont largement insisté sur la place centrale des liens sociaux et des réseaux, tout au long des phases du processus d'IOS, de sa génération avec les effets de rencontre, à son initiation et à son implémentation. En mettant en contact une pluralité d'acteurs, l'article 51 stimule et favorise l'émergence de réseaux.

Dotation en ressources

Au sein d'un écosystème entrepreneurial, la dotation en ressources est composée des infrastructures physiques, des ressources financières, des talents, des connaissances, des

éléments de demande, des services intermédiaires et du leadership. Chacune de ces catégories est commentée et mise en perspective avec les résultats observés.

Premièrement, l'infrastructure physique est le contexte physique au sein duquel les acteurs évoluent et se rencontrent (Stam et Van de Ven, 2021). Dans le cadre des projets de l'article 51, il peut s'agir des hôpitaux, de cliniques, de maisons de santé, de cabinets libéraux, du domicile du patient, des EHPAD.

Deuxièmement, les ressources financières, dans le cadre d'un écosystème entrepreneurial, constituent les moyens de financer des activités qui ne l'étaient pas auparavant. Pour l'article 51, c'est principalement le Fond d'Innovation du Système de Santé (FISS) et le Fond d'Intervention Régional (FIR) qui remplissent ce rôle. Troisièmement, les talents d'un écosystème entrepreneurial sont constitués des compétences, des connaissances et de l'expérience possédées par les individus. Dans le cadre de l'écosystème d'entrepreneuriat médical généré par l'article 51, ces compétences, ces connaissances et ces expériences s'observent chez les spécialistes, les médecins, les pharmaciens hospitaliers, les pharmaciens de ville, les infirmiers libéraux et hospitaliers, les auxiliaires médicaux, les psychologues, les enseignants APA et les dirigeants de startups qui participent aux projets.

Quatrièmement, le leadership est la fonction qui guide l'action collective au sein d'un écosystème entrepreneurial. Au sein de l'article 51, ce sont les porteurs de projet et leurs équipes, les référents institutionnels et les évaluateurs qui forment les leaders guidant l'action collective.

Cinquièmement, les services intermédiaires concernent les fonctions supports qui permettent d'accélérer la création de valeur de l'écosystème entrepreneurial. Dans le cadre de l'article 51, il s'agit des services fournis par les TIC, notamment les systèmes d'information et les applications numériques. Les systèmes de facturation, les moyens de communication, intègrent également cette catégorie.

Sixièmement et dernièrement, les éléments de demande, pour Stam et Van de Ven (2021), dans le contexte de l'entreprise, indiquent la capacité des clients à acheter l'innovation.

Mis en perspective avec l'article 51, les éléments de demande impliquent les besoins croissants et évolutifs des patients, de même que les attentes des professionnels de santé envers les innovations.

Production

Pour Stam et Van de Ven (2021) la production est l'ensemble des activités entrepreneuriales qui contribuent de façon directe ou indirecte, à l'économie. Dans le cadre de l'article 51, la production est constituée des activités d'entrepreneuriat médical qui contribuent à la genèse, à l'initiation et à l'implémentation des IOS. Pour conclure, la figure 23 présente l'écosystème d'entrepreneuriat médical généré par l'article 51.

Figure 23 : Ecosystème d'entrepreneuriat médical généré par l'article 51



Stam et Van de Ven (2021) fondent leur modèle sur 3 propositions, qui pourraient également être mises en perspective avec les résultats observés au sein de cette recherche : Premièrement, chacun des éléments est mutuellement interdépendant et co-évolue au sein d'un territoire. Deuxièmement, les 10 éléments observables expliquent le niveau entrepreneurial d'un territoire. Troisièmement, l'activité entrepreneuriale produite procure un retour d'information pour les autres éléments de l'écosystème entrepreneurial.

La figure 23 montre, à partir de quels éléments, l'article 51 s'appuie pour générer un écosystème d'entrepreneuriat médical. Il reste qu'il convient d'être vigilant pour maintenir et pérenniser la dynamique de production des IOS enclenchée.

8.3.2. Être vigilant pour maintenir et pérenniser la dynamique d'IOS

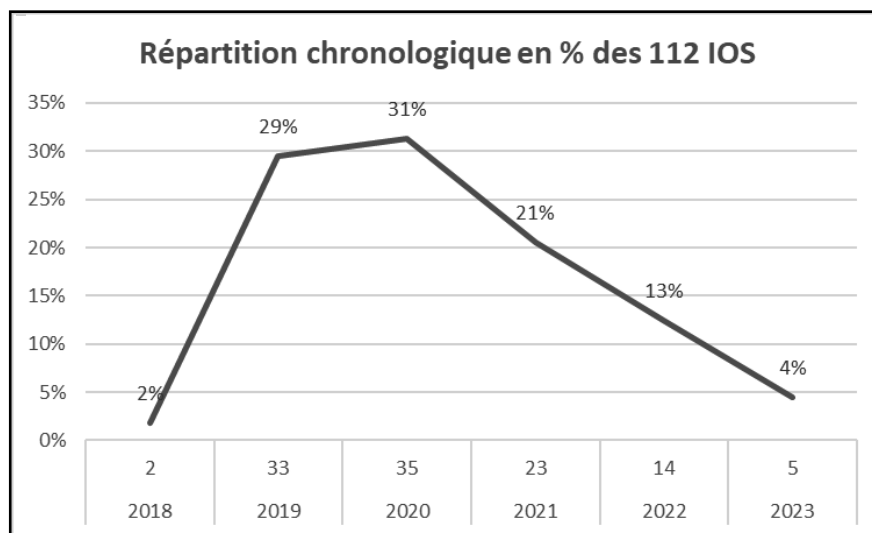
Dans le chapitre 2 de cette recherche, le terrain de recherche a été présenté. Dans ce cadre, plusieurs éléments ont été développés et, notamment, un état des lieux relatifs aux projets, à leur instruction et à leur autorisation. Le rapport du parlement de 2021 annonçait ainsi 103 projets autorisés, pour un montant évalué à 460 millions d'euros, et une prise en charge de plus d'un million de patients. 967 projets étaient déposés depuis 2018, dont 570 projets étaient recevables et 60 projets étaient abandonnés par le porteur de projet lui-même.

Nous indiquions que ces éléments montraient l'ampleur du dispositif et soulignaient une attractivité importante pour les acteurs de terrains vis-à-vis de cette nouvelle possibilité pour innover en santé. Ce rapport indiquait néanmoins un fléchissement du nombre de projets déposés entre 2020 et 2021.

Alors qu'entre 2019 et 2020, 293 projets étaient déposés, seulement 157 l'étaient entre 2020 et 2021. Les auteurs du rapport émettaient l'hypothèse que cet essoufflement pouvait être lié à la période de crise sanitaire. Le rapport du parlement de 2022 montrait que le fléchissement, observé en 2021, se poursuivait. Alors qu'en 2018 et 2019, 435 projets étaient déposés, qu'en 2020 et 2021, 166 et 128 projets étaient proposés, seulement 37 étaient présentés en 2022.

A partir de l'analyse des données secondaires, arrêtée au moment de la collecte des données fin avril 2022, puis complétée par une analyse des dates d'acceptation des projets par le CTIS entre mai 2022 et juillet 2023, cette figure 24 peut être proposée.

Figure 24 : Répartition chronologique de l'acceptation des IOS par le CTIS, arrêtée en 2023 (arrêtée au 10 juillet, exprimée en nombre et en pourcentage)



Cette figure offre une vue synthétique de l'évolution de l'acceptation du nombre de dossier dans le temps. Le nombre des IOS n'a cessé de croître de fin 2018 à fin 2020 (29% des 112 expérimentations ont été validées par le CTIS en 2019 et 31% des 112 expérimentations en 2020). Depuis, le phénomène décroissant du nombre d'IOS se confirme car 21% d'entre elles ont été acceptées en 2021, 13% en 2022 et 4% sur cette moitié d'année en 2023.

Plusieurs possibilités peuvent expliquer ce phénomène. En premier lieu, l'article 51 a bénéficié d'une communication intense lors de son lancement et sur les deux premières années ce qui a pu provoquer un fort engouement des porteurs de projets pour la nouveauté du dispositif. Dans ce cadre, il est également possible de prendre en compte nos résultats, notamment le fait que des IOS puissent être *ex materia*. Les porteurs de projet, déjà entrepreneurs d'un projet innovant, ont ainsi pu voir immédiatement l'opportunité, avec l'article 51, de développer et d'étendre leur périmètre d'activité, ce que nous avons nommé une démarche d'IOS *ex materia* par incrémentalisme périmétrique. De

la même façon, ils ont pu percevoir, avec l'article 51, une possibilité de développer leur IOS par incrémentalisme processuel, c'est-à-dire d'en améliorer le processus.

Ensuite, nos résultats montrent également que les porteurs de projet avaient souvent des liens sociaux préexistants avec les dispositifs institutionnels et que ces mêmes dispositifs institutionnels ont joué des rôles proactifs pour faciliter l'émergence des projets :

« Je pense qu'il y a à l'historique, une antériorité, comme je disais. Le fait d'avoir déjà des liens assez forts avec les différents départements, surtout le département de santé publique de l'ARS. Je pense que ça a joué aussi dans le fait qu'on connaissait, on se connaissait déjà et que peut être ça a aussi facilité des échanges et l'émergence finalement du projet et de la participation de l'ARS à l'accompagnement » (Int. 49).

Parfois, dans le cadre des IOS ex nihilo, nos résultats ont même montré que ce sont les dispositifs institutionnels eux-mêmes qui étaient à l'initiative de la co-construction de projets, puisque des institutions comme les ARS et la CPAM, en fonction des problématiques envisagées, ont pu s'adresser à tels ou tels porteurs de projet. La section 5.3.3. montre bien ce phénomène, l'illustrant par des *verbatim*. Ces éléments peuvent ainsi expliquer l'engouement des périodes situées entre 2018 et 2020.

Quant au fléchissement, il pourrait aussi s'expliquer, toutes choses étant égales par ailleurs, par le fait que la disponibilité et le « stock » d'IOS *ex materia* qui souhaitent intégrer le dispositif de l'article 51 commence à diminuer et que les IOS *ex nihilo*, compte tenu de la créativité inhérente à ce type d'innovation, nécessitent un temps plus long pour être générées. Autrement dit, le même phénomène à l'origine de la croissance du nombre d'IOS pourrait également expliquer sa décroissance, par un effet de soufflé et par l'absence d'IOS en gestation.

En outre, il semble également important de rappeler l'existence de barrières à l'adoption des IOS identifiées dans le cadre de nos résultats, particulièrement les aspects chronophages et complexes de l'intégration au dispositif de l'article 51, révélés au cours des entretiens. Un délai moyen de 16,7 mois d'instruction des dossiers est estimé à partir de l'analyse des données secondaires.

Dans un contexte socialement interconnecté, où les professionnels de santé n'hésitent pas à communiquer entre eux, le caractère chronophage et complexe de la démarche peut avoir un effet inhibiteur des intentions de futurs porteurs de projet.

Finalement, beaucoup de projets ont également été initiés dès le début pour une durée minimale de 3 ans, impliquant ainsi, pour les différentes instances, la nécessité d'octroyer des ressources et du temps à l'évaluation des projets, provoquant, par conséquent, une pause dans l'instruction des nouvelles expérimentations. A ce titre, le rapport au parlement 2022 sur l'article 51 évoque un effet de saturation des capacités d'instruction, de suivi et d'évaluation des projets.

Ces considérations ne demeurent que des propositions, même si elles sont néanmoins appuyées par les résultats empiriques de cette recherche, pour expliquer les phénomènes de croissance et de décroissance des IOS instruites et autorisées dans le cadre du dispositif de l'article 51.

Dans tous les cas, cette sous-section alerte sur le besoin d'être vigilant pour maintenir et pérenniser la dynamique des IOS qu'a su initier le dispositif de l'article 51. Dans la sous-section suivante des préconisations sont développées pour apporter des éléments de réponse à la question posée dans le cadre de ce chapitre : *quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?*

8.3.3. Préconisations pour la création d'un écosystème d'entrepreneuriat médical renforcé et élargi

Pour développer et encourager le développement des IOS, trois pistes nous paraissent importantes à privilégier. En premier lieu, nos résultats montrent qu'il est essentiel de prendre conscience de la génération, par l'article 51, d'un écosystème d'entrepreneuriat médical (8.3.3.1.). Deuxièmement, un apport de cette recherche porte sur la nécessité de minimiser la tentation bureaucratique (8.3.3.2.). Troisièmement, nos résultats soulignent l'importance d'élargir le spectre de l'écosystème d'entrepreneuriat médical (8.3.3.3.).

8.3.3.1. Prendre conscience de la génération d'un écosystème d'entrepreneuriat médical

Le caractère expérimental de l'article 51 se reflète dans nos résultats obtenus auprès des porteurs de projet, qui soulignent leur manque d'expertise mais également le manque d'expertise des référents institutionnels. Ce manque d'expertise ne signifie pas l'échec des IOS dans les phases d'initiation et d'implémentation, mais plutôt l'existence de difficultés, de ralentissements, de freins, très largement développés dans les résultats de cette recherche doctorale, notamment au cours du chapitre 6, à propos des barrières et des leviers à l'adoption des IOS. Dans le rapport au parlement 2022, le manifeste du 51 indique ainsi « *un cadre expérimental, qui autorise le droit à l'erreur, dans une logique incrémentale et apprenante car on ne peut pas tout prévoir à l'avance* »⁵³. Dans une même veine, le rédacteur du rapport évoque un collectif apprenant.

Ces perspectives sur le caractère expérimental du dispositif sont importantes car elles montrent une volonté de tester différents modèles et différentes solutions, ce qui est très certainement une caractéristique propre aux esprits innovants.

Pour autant, compte tenu de nos résultats qui soulignent aussi tout l'intérêt du dispositif, des enjeux fondamentaux des IOS générées et implémentées et de leurs répercussions sur la qualité de vie des patients et sur le système de santé, il nous semble également qu'une vision trop humble sur ce qu'a initié l'article 51 puisse être réductrice.

Nos résultats montrent, qu'en accordant la confiance aux acteurs, dont les profils sont multiples, l'article 51 a su générer un entrepreneuriat médical et un écosystème d'entrepreneuriat médical. Cette considération peut être difficile à entendre et paraître contre-intuitive pour des institutions qui peuvent être classiquement considérées comme particulièrement représentatives du modèle bureaucratique.

Pour autant, dans le cadre de l'article 51, les 10 composantes d'un écosystème entrepreneurial, telles qu'elles sont identifiées dans la figure 23 se connectent et se mettent à œuvrer ensemble dans la perspective de générer et d'implémenter des IOS,

⁵³https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf; p.6

même si cette démarche n'est pas spontanée et qu'elle nécessite de nombreux ajustements. Pour développer et encourager les IOS, une première piste identifiée se situe simplement dans cette prise de conscience de la dynamique entrepreneuriale qu'a su initier l'article 51. Faire ce constat ne signifie pas que toutes les IOS seront généralisées et diffusées, ce qui est l'objet du processus d'évaluation, mais indique simplement qu'une dynamique est enclenchée, et que cette dynamique d'entrepreneuriat médical correspond à un changement de paradigme majeur dans la façon d'appréhender l'innovation en santé.

8.3.3.2. Minimiser la tentation bureaucratique

Dans la perspective de ne pas rompre cette dynamique, une prise de conscience s'impose sur la nécessité de surmonter les barrières, et d'actionner les leviers, à l'adoption des IOS. En particulier nos résultats insistent sur la chronophagie et la complexité des processus, largement identifiées par les porteurs de projet, qui soulignent le caractère, malgré tout, bureaucratique, de ce protocole, pourtant, entrepreneurial.

Compte tenu des partenaires à impliquer, des modèles économiques à identifier, les différents rapports au gouvernement rappellent qu'une partie des temps d'instruction reste incompressible et que le calendrier expérimental de l'implémentation des IOS est complexe et exigeant.

Dans ce chapitre, nous évoquons le fait que ces éléments peuvent être un atout pour précisément légitimer et conforter un entrepreneuriat médical, dans un environnement de la santé qui peut paraître classiquement méfiant, voire hostile à l'entrepreneuriat (Phillips et Garman, 2006 ; Ahmad et Akram, 2018).

Pour autant, un juste milieu semble certainement à trouver pour que les délais d'instruction puissent être réduits, ou, pour le moins bornés, avec des dates préalablement posées et pour que les cahiers des charges puissent être modifiés, mais avec un nombre de modifications et de versions qui puisse être limité. En effet, les porteurs de projet regrettent surtout le fait d'avoir été trop longtemps laissés dans l'expectative durant l'instruction de leur dossier : « *Pendant un an on n'a eu aucune nouvelle* » (Int. 11) ; « *On ne savait pas sur quel pied danser* » (Int. 25).

Sans avancer de solutions préétablies parce ces solutions ne peuvent provenir que de l'échange et de la co-construction entre les porteurs de projets et les institutions, une seconde piste identifiée pour développer et encourager les IOS se situe dans une alchimie particulièrement fine à obtenir. Maintenir la dynamique entrepreneuriale engagée, en préservant simultanément des critères exigeants dans l'instruction et l'évaluation des IOS, mais en minimisant les lourdeurs administratives perçues par les porteurs de projet. Dans cette perspective, les trois critères identifiés dans le rapport au gouvernement 2022 pour développer un nouveau format pour mieux instruire semblent prometteurs : réduire les délais d'instruction, offrir une plus grande lisibilité et une plus grande transparence aux porteurs de projet pour qu'ils puissent être informés de l'évolution de leur dossier, sélectionner davantage les dossiers pour éviter qu'un effet de saturation, dans l'accompagnement humain, le suivi et l'évaluation des dossiers, puisse être observé.

En complément de ces éléments, la prise de conscience de l'entrepreneuriat médical, et de son écosystème, généré par l'article 51, devrait contribuer à initier, de façon incrémentale, des changements culturels, déjà observés par certains porteurs de projet : *« C'est la Caisse qui décide et les professionnels qui s'exécutent. C'est la caisse qui finance et les professionnels qui obéissent. Et là, il y a eu un choc de culture [...] eux, ils voulaient qu'on reste dans l'explication de chaque consultation pour justifier du financement. [...] Et puis à la fois, ils étaient dans ce fonctionnement très culturel de la caisse d'assurance maladie qui contrôle tout. Donc on a vraiment eu un choc de culture au cours de la journée. Je ne sais pas, je dirais trois ou quatre fois, on a proposé d'abandonner [...] à 12 h, quand on est sorti, qu'on est allé manger... Vraiment, on s'est posé la question. Et on s'est dit ben non, ce n'est pas possible, ce n'est pas l'article 51 qu'on veut faire...on était vraiment à deux doigts d'arrêter [...] C'est un vrai bras de fer...Moi, j'ai eu l'impression qu'on a presque participé à les faire changer... »* (Int. 18).

8.3.3.3. Elargir le spectre de l'écosystème

Une dernière piste identifiée porte sur l'élargissement du spectre de l'écosystème généré par l'article 51. Nos résultats montrent que les IOS de l'article 51 prennent la forme d'innovations ouvertes (Chesbrough, 2006), notamment parce qu'elles sont caractérisées

par leur dynamique pluriprofessionnelle et par l'intégration de diverses parties prenantes. Comme l'indique le chapitre 4 portant sur les éléments constitutifs des IOS, de nombreux professionnels intègrent les projets et se coordonnent dans l'implémentation de ceux-ci. Par ailleurs, les IOS sont également caractérisées par l'implication de différentes parties prenantes, institutions, syndicats, associations.

Malgré cette implication des partenaires, certaines parties prenantes semblent peu intégrées aux différents projets, alors qu'elles pourraient l'être davantage.

Par exemple, nos résultats insistent sur l'inspiration académique à la genèse des IOS et sur le fait que certaines IOS offrent des terrains de recherche pour conduire des travaux académiques. Pourtant, les universités et les écoles semblent peu impliquées dans les projets. Quelques porteurs ont expliqué l'intérêt qu'ils ont eu à travailler avec des écoles d'ingénieurs dans la conception de leurs solutions ou à collaborer avec des écoles de communication pour améliorer l'impact de la communication élaborée autour de leur projet. L'écosystème, dans sa composante connaissance, pourrait ainsi être élargie, d'autant, qu'encore une fois, l'article 51 semble initier une nouvelle forme d'entrepreneuriat médical, plus à même de coïncider avec les attentes des disciplines médicales.

De la même façon, l'intégration des sociétés privées, que ce soit pour les projets en eux-mêmes, pour les services intermédiaires, voire pour le financement des IOS, semble marginale. De nombreuses pistes pourraient être identifiées pour que les organisations du secteur privé puissent irriguer certaines composantes de l'écosystème généré. Finalement, certains projets ont su mobiliser et faire collaborer plusieurs ministères au sein de leurs IOS. Cette démarche peut également être répliquée, voire étendue, avec d'autres ministères, voire d'autres institutions. Toutes les composantes de l'écosystème entrepreneurial présentées pourraient ainsi faire l'objet d'un questionnement profond, pour permettre d'identifier et d'intégrer de nouvelles parties prenantes au sein de l'écosystème, et, par conséquent, le densifier.

Une dernière piste identifiée porte sur l'élargissement de l'écosystème entrepreneurial généré par l'article 51. Cette perspective est importante pour amplifier la dynamique entrepreneuriale initiée, pour la maintenir et la pérenniser.

Dans une perspective plus opérationnelle, l'élargissement de l'écosystème entrepreneurial de l'article 51 pourrait également permettre d'identifier des pistes pour renforcer la capacité d'accompagnement du dispositif, qui, avec 122 projets, est saturée, tant dans ses phases d'instruction, de suivi de projet et d'évaluation⁵⁴.

⁵⁴ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf, p.17

Conclusion

Ce chapitre propose, de répondre à la dernière question posée dans cette recherche : *quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?* Pour répondre à cette interrogation, ce chapitre analyse les résultats développés précédemment, et développe ses propres résultats, par le prisme de l'entrepreneuriat,

Dans ce cadre, une première section montre que l'article 51, en endossant le rôle d'entrepreneur institutionnel a su générer, avec les IOS, leur initiation et leur implémentation, une nouvelle forme d'entrepreneuriat, l'entrepreneuriat médical, que nous définissons comme le processus de découverte, d'évaluation, d'exploitation des opportunités dans le but d'introduire de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation afin d'améliorer les soins, les conditions de vie des patients et, conséquemment, de répondre aux défis du système de santé.

Cet entrepreneuriat médical est nouveau parce qu'il diffère des acceptions couramment employées pour évoquer l'entrepreneuriat dans les organisations de santé. Premièrement, l'entrepreneuriat médical diverge de l'entrepreneuriat institutionnel parce que ses finalités ne portent pas sur l'opportunité de transformer les institutions, mais sur l'opportunité d'améliorer les soins et les conditions de vie du patient. Deuxièmement, l'entrepreneuriat médical diverge de l'entrepreneuriat en santé parce que ses modalités ne prennent pas nécessairement la forme d'une création d'entreprise et ses finalités, déjà énumérées, l'amélioration des soins et des conditions de vie des patients, n'intègrent pas la notion de profit, même si l'entrepreneuriat ne peut se résumer à cette quête (Schumpeter, 1934, Boutillier et Uzinidis, 2013). Conséquemment, l'entrepreneuriat médical offre des perspectives prometteuses, particulièrement pour être intégrée dans les approches des disciplines médicales. Effectivement, les universités de médecine sont plutôt réticentes à intégrer l'entrepreneuriat dans leur spectre de connaissances, précisément en raison de la relation au profit de la discipline, qui peut être rebutante pour des acteurs portés par des valeurs cliniques (Phillips et Garman, 2006 ; Ahmad et Akram, 2018). Or, l'entrepreneuriat médical, tel qu'il est présenté dans ce chapitre, n'a pas d'autres finalités que d'introduire des innovations organisationnelles en

santé et des innovations sociales (Bertezene, 2020). Par ailleurs, l'entrepreneuriat médical peut être porté par de nombreux types d'organisation, et lorsque ce sont des entreprises, les projets d'innovation qu'elles développent demeurent néanmoins contraintes par l'instruction, le suivi et l'évaluation institutionnelle.

La seconde section de ce chapitre est consacrée aux entrepreneurs médicaux, les porteurs de projets des IOS de l'article 51. Nous montrons effectivement que les porteurs de projet présentent des caractéristiques individuelles et comportementales proches de celles des entrepreneurs. Cette section est également l'occasion d'illustrer l'entrepreneuriat médical par des témoignages, proches de récits de vie, qui montrent à quel point certains porteurs de projet multiplient les créations d'entrepreneuriat médical. Ces projets sont multiples, mais néanmoins structurés continuellement par une même colonne vertébrale, l'exploitation d'une opportunité d'amélioration des soins et des conditions de vie du patient, dédiée à la prise en charge d'une pathologie spécifique du patient.

Dans une même veine entrepreneuriale, la troisième section met en perspective le dispositif de l'article 51, l'ensemble de ses acteurs et le concept d'écosystème entrepreneurial. Nous montrons que le dispositif institutionnel article 51 a généré un écosystème producteur d'IOS et nous en identifions les 10 composantes principales, prenant appui sur les travaux récents de Stam et Van de Ven (2021). Malgré l'optimisme inhérent à l'entrepreneuriat, nous alertons également sur le besoin d'être vigilant pour que se maintienne et se pérennise la dynamique entrepreneuriale enclenchée par l'article 51. Effectivement, un fléchissement accru des projets instruits et autorisés est observé et nos résultats permettent d'avancer des propositions d'explication de ce phénomène.

Dans tous les cas et pour faire face à cette décrue, des pistes sont avancées pour continuer de développer et d'encourager la génération et l'implémentation des IOS. En premier lieu, nous suggérons une prise de conscience sur ce qu'a enclenché le dispositif, notamment sa dynamique d'entrepreneuriat médical. Les dispositifs institutionnels et leurs instances sont régulièrement considérés comme des organisations bureaucratiques génératrices de contraintes administratives. Or, comme nos résultats le montrent, le dispositif de l'article 51, profondément institutionnel parce que rassemblant de nombreuses instances en son

sein, est, peut-être contre toute intuition et contre toute attente, catalyseur d'entrepreneuriat médical. En second lieu, même si ce dispositif initie des phénomènes d'entrepreneuriat médical, il demeure, malgré tout, empreint de nombreuses contraintes administratives. Développer et encourager les IOS nécessite alors de parvenir à un équilibre fin entre les critères de rigueur nécessaires à l'instruction, au suivi et à l'évaluation des dossiers et la liberté d'action propre à l'entrepreneuriat médical. Finalement, nos résultats soulignent le besoin de renforcer et d'élargir l'écosystème entrepreneurial de l'article 51. Pour chacune des 10 composantes de cet écosystème, une réflexion s'impose pour davantage, et mieux intégrer, diverses parties prenantes, notamment les universités pour la connaissance et le secteur privé pour le financement et les services intermédiaires. Cette perspective est stratégique. Elle est également opérationnelle puisque les équipes de l'article 51 subissent un effet de saturation de leur capacité à instruire, à suivre et à évaluer les dossiers d'IOS proposés.

Conclusion générale

Cette recherche doctorale s'inscrit dans un contexte où l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) est perçue comme un enjeu fondamental pour répondre aux nombreux défis posés au système de santé (Lemaire *et al.*, 2020). Par ailleurs, cette recherche doctorale a été conduite durant la crise sanitaire mondiale de la Covid-19, qui a rappelé combien l'organisation des systèmes de santé et leur capacité à innover sont essentielles pour nos sociétés (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021 ; Grenier et Oiry, 2021). Au-delà de ce cadre général, cette recherche s'inscrit également dans un contexte singulier, pour deux raisons au moins.

Premièrement, malgré un intérêt majeur des IOS, elles peinent parfois à être générées, implémentées et à se diffuser au point qu'elles sont ralenties ou stoppées (Grenier et Oiry, 2021 ; Stevens *et al.*, 2022).

Deuxièmement, pour encourager la génération et le développement d'IOS, le décideur public a initié la mise en place d'un dispositif, nommé article 51, qui modifie profondément la façon d'innover dans les organisations de santé. L'innovation organisationnelle en santé ne naît plus de la production de textes réglementaires, mais s'appuie sur la confiance et des ressources qui sont accordées, par les institutions, aux acteurs de terrains.

L'ensemble de ces éléments de contexte motive, d'une part, ce travail doctoral, et rappelle, d'autre part, à quel point la production de connaissances sur l'IOS est essentielle. Dans cette optique, cette recherche doctorale pose la problématique suivante : *Quelles sont les conditions facilitantes de la génération et de l'adoption des IOS qui peuvent être développées pour encourager l'innovation en santé ? Le cas de l'article 51.*

Cette problématique se décline en quatre questions de recherche, qui convergent avec chacune des composantes du titre de cette thèse : Eléments constitutifs, Genèse, Barrières et Leviers de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : les enseignements de l'Article 51.

QR1 : Quelles sont les principales composantes et caractéristiques constitutives des IOS dans le cadre de l'article 51 ?

QR2 : Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ?

QR3 : Quels sont les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans le cadre de l'article 51 ?

QR 4 : Quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager les IOS ?

Au niveau méthodologique, nos résultats s'appuient sur l'analyse des documents institutionnels de 96 projets d'IOS, constitués par 5099 pages qui ont été réduites par une approche matricielle.

Ces résultats s'appuient également sur une contribution majeure des acteurs de terrain puisque 52 entretiens, soit 56h10 d'échanges entre le chercheur et les porteurs de projet, ont été conduits pour produire de la connaissance sur les IOS.

Nos résultats ont permis de répondre à chacune des questions de recherche. Ils ont également permis d'appréhender des questions connexes, notamment l'impact de la télésanté sur l'accès aux soins.

Pour présenter cette conclusion générale, le choix de développer chacune des composantes du titre de cette thèse est retenu. Une première section porte ainsi sur les éléments constitutifs des IOS (9.1.). S'ensuit une seconde section relative à la genèse des IOS (9.2.). La troisième section porte sur les barrières et les leviers à l'adoption des IOS (9.3.). En complément, dans une quatrième section, est développée la synthèse des résultats relatifs à la télésanté et à l'accès aux soins (9.4.). La thèse défendue de l'initiation d'un entrepreneuriat médical par l'article 51 est proposée dans une cinquième section (9.5.). Finalement sont présentés les apports, les limites et les perspectives de cette recherche doctorale (9.6.).

9.1. Éléments constitutifs des IOS

La première question posée dans le cadre de cette recherche, *Quelles sont les principales composantes et caractéristiques constitutives des IOS dans le cadre de l'article 51 ?*, vise à mieux comprendre le contenu des IOS. En effet, la revue de littérature a montré qu'il est important de mieux connaître et de mieux conceptualiser les IOS, qui souffrent, jusqu'à présent, d'une connaissance plutôt hyperspécialisée et fragmentée (Omachonu et Einspruch, 2010 ; Cutler, 2011 ; Thakur *et al.*, 2012 ; Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013 ; Moreira *et al.*, 2017).

Dans le chapitre 5 de ce travail doctoral, nos résultats poursuivent cet objectif de connaissance. Ils s'appuient principalement sur l'étude des documents institutionnels pour proposer une analyse fouillée du contenu des IOS.

Tout d'abord, nos résultats montrent, au sein des 96 projets étudiés, quels sont les problèmes rencontrés et les solutions apportées par les IOS. Ensuite, ils développent une compréhension des problèmes d'organisation des soins et de réponses aux défis du système de santé qui sont apportés par les IOS. Nos résultats permettent également d'appréhender le contenu des IOS par problématiques de santé adressées, complété par une analyse des profils de patients. Ils indiquent qui sont les acteurs impliqués dans les IOS de l'article 51, quels sont leurs interactions et leurs lieux d'intervention dans le parcours de soins du patient. Finalement, nos résultats permettent d'appréhender de nombreux éléments constitutifs des IOS, notamment le périmètre d'actions, le secteur d'activité des porteurs de projets, les effets attendus des IOS et la durée moyenne d'instruction des IOS.

Au-delà des contributions relatives aux éléments de contenu énumérés ci-dessus, nos résultats permettent surtout de proposer une conceptualisation propre à l'IOS. En effet, les travaux qui appréhendent les IOS dans les sciences de gestion s'appuient régulièrement sur les définitions des innovations organisationnelles et managériales telles qu'elles sont définies dans le manuel d'Oslo ou par des auteurs comme Birkinshaw *et al.* (2008) ou Leroy *et al.* (2013) dans un contexte francophone. Cette conceptualisation de l'IOS n'en fait donc pas un objet de recherche à proprement parler puisque l'objet est

l'innovation organisationnelle, qui est appliquée sur le terrain des organisations de santé. Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas (2013) appréhendent ainsi l'innovation organisationnelle comme l'implémentation d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques, du lieu de travail ou des relations externes, de la firme.

Nos résultats permettent de proposer une autre approche, qui souligne peut-être plus la singularité et la complexité inhérentes aux IOS. Ils proposent une conception intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'IOS. En effet, les éléments constitutifs des IOS sont caractérisés par plusieurs spécificités.

En premier lieu, les enjeux et les problèmes adressés sont multiples puisqu'ils concernent le patient et sa santé, mais également l'organisation des soins et la réponse apportée aux défis du système de santé.

Ensuite, la solution, c'est-à-dire l'innovation, est intégratrice et hybride. Elle est constituée par plusieurs types d'innovations, innovation sociale, de service, de process etc., et peut, par ailleurs, être de composante organisationnelle et technologique.

Troisièmement, l'IOS implique de multiples acteurs, aux profils professionnels diversifiés. Quatrièmement, le contexte dans lequel s'insère l'IOS n'est pas qu'organisationnel, mais peut être inter-organisationnel et décentralisé à proximité des patients.

Enfin, les effets attendus, tout comme les problèmes, sont multidimensionnels puisqu'ils concernent les individus, mais également l'organisation et le système, ce, de façon interdépendante.

De notre point de vue, la mobilisation du concept d'innovation organisationnelle, ou d'innovation managériale, dans le contexte des organisations de santé, ne permet pas d'appréhender la richesse de ces spécificités, qui sont observées dans le cadre de nos résultats.

Une contribution de cette recherche se situe alors dans la proposition d'une définition propre à l'IOS : « *Les IOS constituent des innovations intégratrices de multiples types d'autres innovations. Elles rassemblent les nouvelles pratiques managériales, stratégies, procédures, politiques et structures, mobilisant ou non une composante technologique, qui*

visent, grâce à la diversité des acteurs professionnels de santé impliqués, à résoudre des problèmes de santé individuels, d'organisation des soins, à répondre aux défis du système de santé, dans de multiples contextes organisationnels diversifiés ».

Cette définition est dense dans sa forme, puisqu'elle intègre la définition de l'innovation organisationnelle telle qu'elle est conçue dans la littérature et qu'elle propose simultanément, complémentirement, une approche des caractéristiques propres aux IOS (Armbruster, *et al.*, 2008, Birkinshaw, *et al.*, 2008, Damanpour et Aravind, 2012, Dubouloz, 2013).

Compte tenu de cette densité, cette définition nécessite, sans doute, d'être affinée, au moins pour sa forme, dans des travaux futurs. Concernant son fond néanmoins, cette définition présente l'intérêt majeur de tenir compte des spécificités de l'IOS et d'en préciser les caractéristiques, à commencer par la prise en compte des problèmes de santé. Jusqu'à présent, ces problèmes de santé, qui sont pourtant au cœur des innovations observées, n'étaient pas intégrés dans les travaux mobilisant des définitions de l'innovation organisationnelle.

9.2. Genèse des IOS

La seconde question posée dans cette recherche, *Quels phénomènes contribuent à la genèse des IOS et à l'initiation des projets de l'article 51 ?* vise à identifier les mécanismes générateurs des IOS.

La revue de littérature a effectivement montré que le processus d'innovation est traditionnellement conçu comme un processus séquentiel. Il inclut des phénomènes tels que la reconnaissance d'un problème, d'une opportunité, le développement, la production, la commercialisation, l'adoption et l'implémentation (Rogers, 1995 ; Angle et Van de Ven, 1989 ; Damanpour, 2017).

Pour plusieurs auteurs, les phases de génération et d'adoption de l'innovation sont particulièrement distinctes (Tonatzky et Fleischer, 1990 ; Klein et Sorra, 1996 ; Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Damanpour, 2017). La génération porte plutôt sur la création de nouvelles idées et leur développement, l'adoption porte sur le choix d'utiliser, ou non, un

produit, un service, un process, une pratique, qui sont nouveaux pour l'organisation adoptante (Damanpour, 2017). A notre connaissance, peu de travaux expliquent d'où viennent, comment naissent, et quels sont les processus générateurs des Innovations Organisationnelles en Santé.

Dans le chapitre 5 de cette recherche, nos résultats apportent des réponses sur ces points, en mettant en lumière les phénomènes qui contribuent à la genèse des IOS.

L'analyse des entretiens conduits auprès des porteurs de projet des IOS montre d'abord que l'empathie patient est au cœur de la génération des IOS.

Cette empathie patient peut prendre plusieurs formes : dédiée à la prévention, vis-à-vis de la prise en charge et du suivi du patient, visant l'accès aux soins et l'accessibilité financière, envers les conditions de vie et les inégalités sociales. Evoquer l'empathie patient, comme indiqué dans nos résultats, ne prête pas au débat (Lemogne, 2015). Au sein de nos résultats, l'empathie patient exprime le fait que les porteurs de projet accordent un intérêt accru pour un problème de santé particulier ou un problème d'inégalités sociales pour lesquels ils identifient des solutions.

Nos résultats montrent également que trois catégories d'inspiration peuvent être à la genèse des IOS : l'inspiration internationale, l'inspiration académique, l'inspiration technologique. En effet, les porteurs de projet peuvent identifier des opportunités d'IOS à l'étranger, au sein de travaux académiques ou en fonction des évolutions technologiques.

Finalement, nos résultats indiquent que les IOS peuvent être générées par des effets de rencontre et par une volonté de transformation organisationnelle.

Dans tous les cas, il est important de souligner, d'une part, que les phénomènes à l'origine des IOS sont très souvent interdépendants et, d'autre part, qu'un lien fort de proximité existe entre le parcours et les sensibilités du porteur et l'IOS générée.

Par ailleurs, nos résultats permettent également de mieux appréhender le processus de développement des IOS.

En particulier, notre analyse permet d'identifier plusieurs types de processus de développement des IOS : *ex materia* et *ex nihilo*.

Une IOS *ex materia* signifie que l'IOS bénéficie d'un substrat préexistant en amont de son intégration au dispositif de l'article 51. Par opposition, un processus d'IOS *ex nihilo* est déclenché par l'article 51. Les IOS *ex materia* se décomposent elles-mêmes en plusieurs catégories : par incrémentalisme périmétrique et par incrémentalisme processuel.

Les IOS *ex materia* par incrémentalisme périmétrique indiquent l'existence, en amont de l'article 51, d'innovations dont le dispositif permet l'amélioration de la portée et de la mise à une échelle territoriale supérieure.

Les IOS *ex materia* par incrémentalisme processuel soulignent l'existence, en amont de l'article 51, d'innovations dont le dispositif permet, cette fois, l'amélioration des processus internes. Une IOS peut être hybride, périmétrique et processuelle.

Les IOS *ex nihilo* rassemblent, quant à elles, les innovations qui sont proposées par les acteurs aux instances, dans le cadre de l'article 51. Leur processus peut aussi être initié par des instances, qui cherchent des acteurs et des solutions pour répondre à une problématique donnée.

Dans le cadre du chapitre 1, la revue de littérature a insisté sur l'existence d'une vision mécaniste de l'innovation, qui se concentre sur les processus et qui omet le rôle central des individus. Une contribution de nos résultats est de montrer, au contraire de cette approche désincarnée, à quel point les aspirations, les valeurs, les motivations, les émotions interviennent dans le processus de génération des IOS, notamment à propos de l'empathie patient.

9.3. Barrières et leviers à l'adoption des IOS

La troisième question posée dans cette recherche, *Quels sont les barrières et les leviers à l'adoption des IOS dans le cadre de l'article 51 ?*, vise à identifier les conditions entravant ou facilitant l'adoption des IOS.

La revue de littérature a montré que l'adoption d'une innovation ne procédait pas d'un long fleuve tranquille. La démarche est confrontée à de nombreux obstacles, qu'il est important d'identifier, notamment dans le contexte particulier des organisations de santé. A l'opposé, il est également nécessaire d'appréhender les éléments qui facilitent le processus d'adoption des IOS.

Nos résultats s'articulent selon deux phases. La première identifie les barrières et les leviers qui interviennent dans la phase d'initiation, c'est-à-dire de décision de mise en usage des IOS. La seconde identifie les barrières et les leviers qui interviennent dans la phase d'implémentation des IOS. D'un point de vue théorique, cette segmentation par phase est importante puisque le processus d'adoption de l'innovation est un processus collectif, long, et complexe, ce qui implique, pour l'appréhender, de porter un regard nuancé et approfondi sur chacune de ses phases (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Damanpour, 1991 ; Alter, 2010 ; Dubouloz, 2014 ; Damanpour, 2017).

L'ensemble des résultats portant sur les barrières et les leviers à l'adoption des IOS sont structurés à partir de la grille de lecture composant le cadre théorique. Les barrières et les leviers ont ainsi été identifiés au niveau Nano, Micro, Meso, Macro, Supra pour les phases d'initiation et d'implémentation.

Du point de vue des barrières et des leviers à l'initiation de l'IOS, nos résultats montrent toute l'ambivalence des perceptions du dispositif de l'article 51.

Pour son intérêt et son essence, faire confiance aux acteurs de terrain pour innover, l'article 51 constitue un levier majeur de l'innovation, perçu très positivement, voire de façon élogieuse, par les porteurs de projet, qui peuvent qualifier le dispositif de génial. Pour ses aspects institutionnels et les documents qui lui sont liés, il constitue une barrière bureaucratique, caractérisée par sa complexité et sa chronophagie.

Nos résultats indiquent ainsi que les porteurs de projet font face à un processus catalyseur constitués de deux faces singulièrement opposées. Mi-ange entrepreneurial, parce que le dispositif offre aux porteurs des possibilités multiples et fondamentales pour saisir des

opportunités de mieux soigner, de soigner différemment, de combattre les inégalités, ce qui constitue un levier majeur de l'IOS.

Mi-démon bureaucratique, parce que ces possibilités sont contraintes et freinées par la multiplication des modifications et des versions des documents institutionnels que le porteur de projet doit fournir pour espérer l'acceptation de son projet.

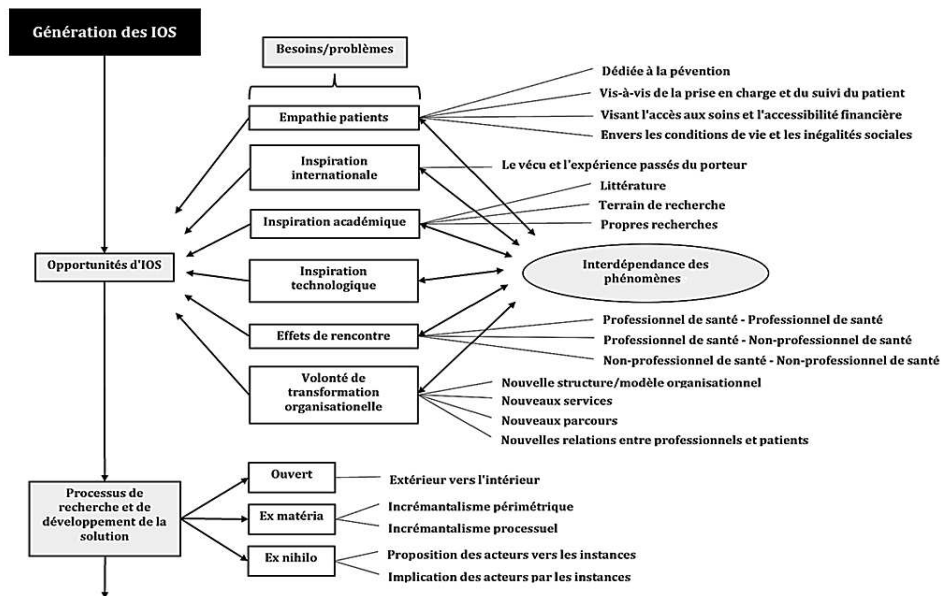
Pour que leurs innovations soient initiées, nos résultats montrent que les porteurs de projet doivent posséder un ensemble de caractéristiques entrepreneuriales particulièrement marquées, d'autant que leurs projets s'opposent également parfois à la rigidité du système et à la persistance de stéréotypes.

Dans la phase d'implémentation, nos résultats mettent beaucoup plus l'accent sur les relations inter-organisationnelles et professionnelles. Pour implémenter les IOS, les porteurs de projet font face au besoin d'impliquer les professionnels au sein de leurs projets, se heurtant parfois à l'incohérence et à l'incompatibilité de leur projet par rapport aux normes et aux valeurs existantes, qu'elles soient objectivement établies ou socialement construites.

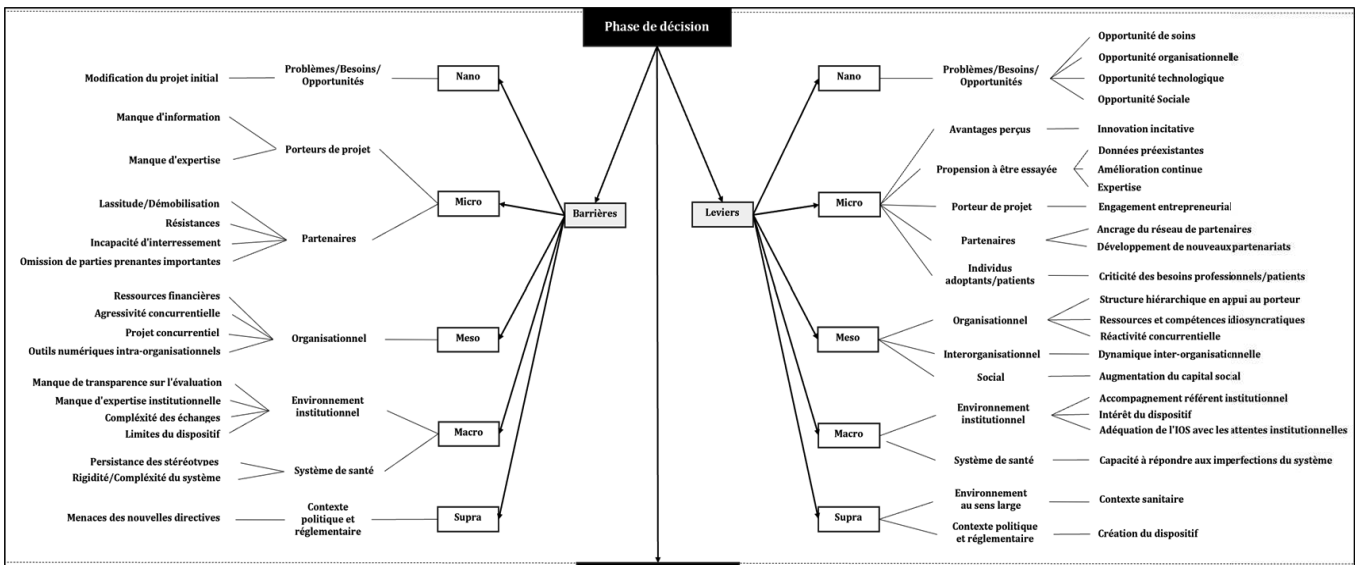
Comme pour la phase d'initiation, le porteur de projet doit montrer des caractéristiques entrepreneuriales particulièrement marquées dans la phase d'implémentation. Il doit également compléter cette démarche entrepreneuriale par une approche managériale pour former, informer, communiquer auprès des différentes parties prenantes de son projet et, finalement, le mettre en œuvre.

Nos résultats sur la genèse des IOS et sur les barrières et les leviers à l'adoption des IOS nous ont permis de proposer des vues synoptiques dans les figures 19, 20 et 21. En rassemblant ces 3 figures, la figure 25 propose une vue synoptique de l'ensemble du processus d'innovation des IOS, de sa génération à son adoption en deux phases. Cette figure synthétise ainsi les résultats obtenus dans le chapitre 5 et le chapitre 6. Comme indiqué précédemment, la phase de diffusion, qui permettrait de compléter cette approche en proposant un processus global de l'IOS mérite d'être observée dans des travaux ultérieurs.

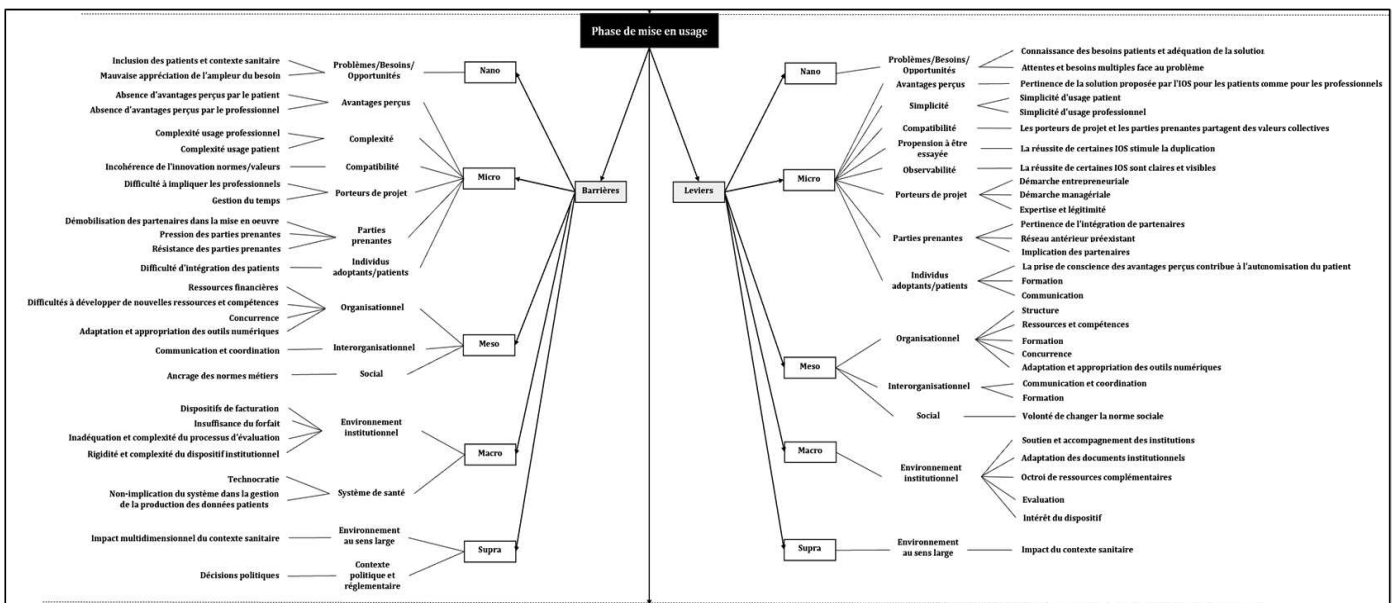
Figure 25 : Processus de génération et d'adoption des IOS



Conclusion générale



Conclusion générale



9.4. Télésanté et accès aux soins

En marge des questions de recherche posées dans le cadre de ce travail doctoral, nos résultats nous ont permis d'appréhender les perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté. Dans ce cadre, nos résultats soulignent d'abord le besoin, à l'ère du numérique, de redéfinir l'accès aux soins. Effectivement, que les soins soient dispensés en face à face ou à distance, l'accès aux soins demeure toujours appréhendé principalement selon l'angle géographique. Or, la télésanté implique une nouvelle approche de l'accès aux soins. En mobilisant les grilles de lecture de Penchansky et Thomas (1981) et de Saurman (2016), nos résultats plaident pour une conception élargie de l'accès aux soins, qui placent, à l'ère du numérique, la question de la sensibilisation au cœur des problématiques d'accès aux soins.

9.5. L'entrepreneuriat médical

La dernière question posée dans cette recherche, *Quelles sont les pistes à privilégier pour développer et encourager l'innovation en santé ?*, vise à identifier, dans un contexte de défis majeurs posés au système de santé, des pistes pour développer et encourager les IOS.

Le chapitre 8 présente ces résultats. Il s'appuie principalement sur l'analyse des résultats des chapitres précédents, propose également ses propres résultats pour développer la thèse défendue dans le cadre de cette recherche doctorale : *En endossant le rôle d'entrepreneur institutionnel, l'article 51 a initié un entrepreneuriat médical et a généré un écosystème d'entrepreneuriat médical, qu'il convient de renforcer et d'élargir pour développer et encourager l'innovation en santé.*

Nos résultats montrent que l'article 51, qui constitue un changement institutionnel dans la façon de catalyser les IOS, a généré une nouvelle forme d'entrepreneuriat, l'entrepreneuriat médical. Nous définissons l'entrepreneuriat médical comme le processus de découverte, d'évaluation, d'exploitation des opportunités dans le but d'introduire de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation afin d'améliorer les soins, les conditions de vie des patients et, conséquemment, de répondre aux défis du système de santé.

Cet entrepreneuriat médical est nouveau. Il diffère des acceptions couramment employées pour évoquer l'entrepreneuriat dans les organisations de santé.

Premièrement, l'entrepreneuriat médical est différent de l'entrepreneuriat institutionnel. Ses finalités ne portent pas que sur l'opportunité de transformer les institutions, mais portent surtout sur l'opportunité d'améliorer les soins et les conditions de vie du patient. En outre, les porteurs de projet sont plutôt enthousiasmés par le protocole institutionnel de l'article 51, dans ses finalités, peut-être plus que dans ses modalités. Ils ne présentent ainsi aucune forme d'esprit rebelle à l'égard des institutions, et le caractère subversif de l'entrepreneuriat institutionnel n'est pas observé dans l'entrepreneuriat médical.

Deuxièmement, l'entrepreneuriat médical est aussi différent de l'entrepreneuriat en santé parce qu'il n'implique pas nécessairement la création d'une entreprise et le besoin de profit qui lui est classiquement associé. L'entrepreneuriat médical peut se situer dans la création d'une organisation, d'un parcours, d'une structure dont les finalités résident dans l'amélioration des soins et des conditions de vie des patients. Dans le chapitre 8, nous indiquons combien cette notion d'entrepreneuriat médical, telle que nous la définissons, est prometteuse. Les universités de médecine sont réticentes à intégrer l'entrepreneuriat dans leurs enseignements, les valeurs entrepreneuriales ne coïncidant pas nécessairement avec les valeurs cliniques (Phillips et Garman, 2006 ; Ahmad et Akram, 2018). L'entrepreneuriat médical, tel que nous l'avons observé dans nos résultats n'a pas d'autres finalités que l'amélioration des soins et des conditions de vie des patients. Il peut donc tout à fait rencontrer les valeurs cliniques énoncées. Par ailleurs, nos résultats ont montré que les IOS, même lorsqu'elles étaient développées par une entreprise, sont néanmoins soumises à des processus d'instruction et d'évaluation dans le cadre du protocole de l'article 51. Là, encore, cette forme de contrôle peut être un gage pour que les valeurs de l'entrepreneuriat médical ne rebutent pas les universités de médecine.

Nos résultats permettent d'illustrer l'entrepreneuriat médical et l'entrepreneur médical. Ils montrent comment certains porteurs de projet ont multiplié les créations de structure, avec une idée principale en tête, dédier cette énergie entrepreneuriale à l'amélioration des soins et des conditions de vie du patient.

Dans cette perspective entrepreneuriale, nos résultats montrent également comment le dispositif institutionnel article 51 a généré un écosystème producteur d'IOS. Prenant appui sur les travaux récents de Stam et Van de Ven (2021), nos résultats décrivent chacune des composantes de l'écosystème entrepreneurial de l'article 51. Parallèlement, nos résultats alertent également sur le besoin d'être vigilant pour que se maintienne et se pérennise la dynamique entrepreneuriale enclenchée par l'article 51.

Pour faire face à une décrue des projets d'IOS, nos résultats avancent des pistes pour continuer de développer et d'encourager la génération et l'implémentation des IOS. En premier lieu, nos résultats suggèrent une prise de conscience sur ce qu'a enclenché le dispositif de l'article 51 : l'entrepreneuriat médical. Les dispositifs institutionnels et leurs instances sont régulièrement considérés comme des organisations bureaucratiques génératrices de contraintes administratives. Nos résultats montrent que le dispositif de l'article 51, qui est profondément institutionnel parce qu'il rassemble de nombreuses instances en son sein, est, peut-être contre toute intuition et contre toute attente, catalyseur d'entrepreneuriat médical. Ensuite, nos résultats montrent que, même si ce dispositif initie des phénomènes d'entrepreneuriat médical, il demeure, malgré tout, empreint de nombreuses contraintes administratives. Pour développer et encourager les IOS, nos résultats montrent qu'une alchimie fine est à trouver. Parvenir à un équilibre entre les critères de rigueur nécessaires à l'instruction, au suivi et à l'évaluation des dossiers et la liberté d'action propre à l'entrepreneuriat médical.

Pour conclure, nos résultats soulignent le besoin de renforcer et d'élargir l'écosystème entrepreneurial de l'article 51. Pour chacune des 10 composantes de cet écosystème, une réflexion s'impose pour davantage, et mieux intégrer, diverses parties prenantes, notamment les universités pour la connaissance et le secteur privé pour le financement et les services intermédiaires. Cette perspective est stratégique. Elle est également opérationnelle puisque les équipes de l'article 51 subissent un effet de saturation de leur capacité à instruire, à suivre et à évaluer les dossiers d'IOS proposés.

9.6. Apports, limites et perspectives

Les apports méthodologiques, théoriques et managériaux précèdent la présentation des limites et perspectives de la recherche.

9.6.1. Apports méthodologiques

Cette sous-section évoque très certainement plus des réflexions sur la méthodologie de cette recherche plutôt que des apports méthodologiques, à proprement parler. Toutefois, plusieurs éléments méritent d'être soulignés.

Au niveau méthodologique, cette recherche a été contrainte par la crise sanitaire, abrégant une étude de cas initialement prévue et exposée dans le chapitre 3 de ce travail doctoral. Le choix qui a été le nôtre a consisté à maintenir cette recherche abrégée abruptement. Maintenir cette étude de cas a permis d'explicitier les évolutions du design de cette recherche, de montrer comment elle a été réorientée et d'indiquer le contexte de formulation des questions de recherche.

Sur un même plan méthodologique, nos choix ont été de décrire de façon très détaillée la démarche de prospection des porteurs de projet. L'obtention de 52 entretiens avec des porteurs, parmi 96 projets observés, ne peut se faire sans une approche rigoureuse de prospection. Dans le cadre de cette recherche, nous avons donc pris soin de détailler l'ensemble des étapes de « démarchage méthodologique », un processus qui n'est pas nécessairement décrit de façon précise dans les ouvrages de méthodes de recherche en management.

Enfin, cette recherche souligne également l'importance de la complémentarité entre l'analyse des données primaires et secondaires. Cette complémentarité est apparue essentielle pour appréhender le quoi, le pourquoi et le comment des IOS.

9.6.2. Apports théoriques

Au niveau théorique, cette recherche développe plusieurs contributions. Premièrement, cette recherche appréhende l'IOS comme un objet de recherche en soi, notamment pour ses spécificités et sa complexité. Il ne s'agit pas d'observer les innovations

organisationnelles sur le terrain des organisations de santé, mais d'observer l'Innovation Organisationnelle en Santé, l'observation de cet objet de recherche étant facilité par le dispositif de l'article 51. Par conséquent, cette recherche propose une définition de l'IOS, qui en souligne la complexité et les multiples dimensions.

Ensuite, cette recherche montre comment naissent les IOS. Elle insiste sur les différents phénomènes à l'origine des IOS, soulignant l'importance d'éléments tels que l'empathie patient ou le hasard des effets de rencontre. Contrairement à la vision mécaniste et processuelle de l'innovation, une contribution de cette recherche est de montrer, grâce aux témoignages des porteurs de projet, combien l'individu est important dans la génération des IOS.

Une troisième contribution est relative aux barrières et aux leviers à l'adoption de l'IOS. Certes, des travaux fouillés ont été conduits pour recenser ces différents éléments. Greenhalgh *et al.* (2004) proposent ainsi, à partir d'une revue de littérature, un recensement systématique des barrières et des leviers à l'adoption des innovations, dans le contexte des organisations de santé.

Notre travail permet de compléter ces approches, en proposant, par ailleurs, une illustration empirique prononcée de chacune des catégories. Cette recherche prend ainsi soin de recenser les barrières et les leviers à l'adoption des IOS en prenant appui sur de nombreux témoignages, des *verbatim* qui, par oppositions aux acteurs abstraits décrits par Dumez (2013), permettent de montrer des acteurs pensant, agissant et, par conséquent, d'exposer de façon concrète ce qui facilite ou entrave leur processus d'innovation.

Finalement, une contribution importante de ce travail de recherche réside dans la notion d'entrepreneuriat médical, que nous proposons pour expliquer la dynamique qu'a initié l'article 51. Jusqu'à présent, l'entrepreneuriat, dans les organisations de santé, est plutôt observé sous l'angle de l'entrepreneuriat institutionnel et l'entrepreneuriat en santé.

En identifiant une nouvelle forme d'entrepreneuriat, l'entrepreneuriat médical, centré sur l'opportunité d'améliorer les soins et des conditions de vie des patients, cette recherche développe des perspectives, tant sur le plan de la recherche que sur l'intégration potentielle de l'entrepreneuriat au sein des universités de médecine.

Ces éléments ont été largement développés dans le cadre du chapitre 8 de ce travail doctoral et au sein de cette conclusion générale.

9.6.3. Apports managériaux : encourager l'entrepreneuriat médical identifié dans cette recherche

Les apports managériaux sont à mettre en perspective avec les préconisations développées dans le chapitre 8. En particulier, il paraît important de prolonger la dynamique d'entrepreneuriat médical initiée par l'article 51 et de renforcer et d'élargir l'écosystème d'entrepreneuriat médical.

9.6.3.1. Pour un prolongement de l'entrepreneuriat médical initié par l'article 51

Notre recherche montre les atouts du dispositif de l'article 51 pour initier une dynamique d'entrepreneuriat médical.

Pérenniser et prolonger cette dynamique, revient, pour le décideur public, à, dans un premier temps, prendre conscience du phénomène, ce que nous avons souligné en amont. Jusqu'à présent, les rapports rendus au gouvernement insistent surtout sur le contenu des projets expérimentés dans le cadre de l'article 51, sans nécessairement se rendre compte de l'importance de la dynamique enclenchée. Cette prise de conscience, par le décideur public, de l'émergence d'un entrepreneuriat médical et de son écosystème est fondamentale puisqu'elle ouvre de nombreuses perspectives prometteuses.

Par ailleurs, cela implique également de réfléchir à la façon dont une culture de l'entrepreneuriat médical peut être initiée. Dans le cadre du chapitre 8, nous avons indiqué la possibilité de créer de potentiels ponts entre l'entrepreneuriat médical et les universités de médecine, ce qui peut constituer un point de départ.

Très concrètement, les porteurs de projet de l'article 51 pourraient être sollicités pour présenter leurs innovations au sein des universités de médecine, voire pour constituer des unités d'enseignement de l'IOS. En outre, les décideurs publics ont su initier, depuis une dizaine d'années, un engouement fort pour développer de nombreuses initiatives en faveur de l'entrepreneuriat. En appliquant des recettes similaires, mais en tenant compte également des dimensions éthiques propres à l'exercice de la médecine, les décideurs publics devraient être en mesure d'instaurer une même dynamique pour l'entrepreneuriat médical. Finalement, cette notion d'entrepreneuriat médical présente peut-être également un caractère plus communicable et évocateur que ne peut l'être l'appellation article 51, qui demeure strictement codifié et connoté administrativement.

9.6.3.2. Pour un renforcement et un élargissement de l'écosystème d'entrepreneuriat médical

Dans le chapitre 8, nous indiquons que, pour chacune des composantes de l'écosystème d'entrepreneuriat médical, une réflexion doit être menée pour renforcer et élargir cet écosystème. Pour le décideur public et les référents institutionnels de l'article 51, cela implique de faire un diagnostic des parties prenantes contribuant au dispositif et d'identifier quelles parties prenantes pourraient être nouvellement intégrées ou mieux intégrées. Autrement dit, des questions telles que, quelles sont les parties prenantes que nous devrions intégrer, et comment les intégrer, devraient être posées pour chacune des composantes de l'écosystème : institutions formelles, culture, réseaux, infrastructures physiques, demande, services intermédiaires, talents, connaissances, leadership et finances. Comme nous l'avons indiqué précédemment dans nos résultats, tisser des liens avec les universités et anticiper de nouvelles sources de financement pourraient faire partie d'initiatives prioritaires.

9.6.4. Limites et perspectives de la recherche

Cette recherche n'est pas sans limite. En premier lieu, nous avons évoqué, à de nombreuses reprises, le fait que nous n'étions pas en mesure d'observer la diffusion de l'IOS puisque les projets étaient encore en cours d'évaluation. Un premier prolongement à cette recherche est d'analyser cette phase ultérieure de diffusion de l'IOS. Dans cette

perspective, une approche longitudinale pourrait être envisagée, ce qui permettrait d'appréhender l'IOS avec d'autres cadres théoriques, notamment la Théorie de l'Acteur Réseau. Ensuite, notre approche transversale s'est arrêtée à l'étude de 96 projets d'IOS. A ce jour, un dernier recensement indique qu'il y a 112 IOS instruites et expérimentées dans le cadre de l'article 51. Un prolongement presque naturel à cette recherche consiste à identifier les mêmes phénomènes que ceux observés dans cette recherche doctorale, mais auprès des 16 IOS manquantes. En outre, dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes concentrés, au niveau méthodologique, sur les porteurs de projet et l'analyse des documents institutionnels. Une approche pluri-angulée consisterait à mener une enquête auprès d'autres parties prenantes, comme les patients et les référents institutionnels. En particulier, il pourrait être important de comprendre, auprès des patients, comment sont perçues ces innovations et quels sont leurs effets concrets, plus qu'attendus. Finalement, cette recherche a proposé deux définitions, l'une portant sur l'Innovation Organisationnelle en Santé, l'autre portant sur l'entrepreneuriat médical. Ces définitions méritent d'être confrontées à d'autres recherches, pour être modifiées et affinées. Dans cette perspective, plusieurs questions se posent avec acuité :

- *Quels sont les besoins et les problèmes qui ne sont pas encore couverts par l'IOS et pour quelles raisons ? Quels sont principaux types d'innovation, de service, sociale, technologique, composant l'IOS ? Quels sont les acteurs qui ne sont pas encore impliqués qui mériteraient de l'être pour développer et encourager les IOS ?*
- *Quelles sont les caractéristiques de l'entrepreneur médical ? Qu'est-ce qui différencie un entrepreneur médical d'un non-entrepreneur médical ? Quelles sont les différences fondamentales entre entrepreneur et intrapreneur médical ? Quel écosystème entrepreneurial idéal pour l'entrepreneuriat médical ? Comment le renforcer concrètement ?*

Comme nous l'avions évoqué précédemment, cette recherche initie une approche des Innovations Organisationnelles en Santé, qui implique, au vu de l'importance des questions soulevées, une inscription de cette démarche dans un programme de recherche plus large.

Références Bibliographiques

A

Abernathy, W. J., & Utterback, J. M. (1978). Patterns of industrial innovation. *Technology review*, 80(7), p. 40-47.

Adam-Ledunois, S., & Damart, S. (2017). Innovations managériales, attrapons-les toutes ! -Design d'une méthodologie d'analyse critique des objets de management. *Revue française de gestion*, 43(264), p. 117-142.

Adler, P.S., Kwon, S-W. & Singer, J.M.K. (2003). The "SixWest" Problem: Professionals and the Intraorganizational Diffusion of Innovations, with Particular Reference to the Case of Hospitals. Working paper 3-15. Marshall School of Business, University of Southern California, Los Angeles. <http://www.marshall.usc.edu/web/MOR.cfm?doc id=5561>

Ahmad, H., & Akram, N. (2018). Should medical entrepreneurship be included in the undergraduate curriculum? A literature review. *British Journal of Healthcare Management*, 24(1), p. 40-44.

Aiken, M., & Hage, J. (1971). The organic organization and innovation. *Sociology*, 5(1), p. 63-82.

Akrich A., Callon M., & Latour B. (1988), A quoi tient le succès des innovations : l'art de l'intéressement, *Gérer et Comprendre*, Annales des Mines, 11, p. 4-17.

Allard-Poesi, F. & Marechal, G. (2014). Chapitre 2. Construction de l'objet de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (p. 47-75). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0047>

Albert-Cromarias, A., & Santos, C. D. (2020). Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale. *Recherches en sciences de gestion*, (2), p. 39-62.

Alcouffe, S., Berland, N., & Levant, Y. (2003). Les facteurs de diffusion des innovations managériales en comptabilité et contrôle de gestion: une étude comparative. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 9(3), p. 7-26.

Alford, J., Hartley, J., Yates, S., & Hughes, O. (2017). Into the purple zone: Deconstructing the politics/administration distinction. *The American Review of Public Administration*, 47(7), p. 752-763.

Alter, N. (2010). *L'innovation ordinaire*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.alter.2010.01>

Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International journal of integrated care*, 11.

Annette, F., Valéau, P., & Eynaud, P. (2018). L'entrepreneuriat institutionnel: un vecteur du développement de l'économie sociale et solidaire de La Réunion?. *RECMA*, (4), p. 38-54.

Armbruster, H., Bikfalvi, A., Kinkel, S., & Lay, G. (2008). Organizational innovation: The challenge of measuring non-technical innovation in large-scale surveys. *Technovation*, 28(10), p. 644-657.

Attour, A. (2023). XVI. *AnnaLee Saxenian: L'émergence et le développement des écosystèmes entrepreneuriaux et d'innovation territoriaux*. Dans : Thierry Burger-Helmchen éd., *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité: Tome 1. Économie et management de l'innovation : théories et modèles* (p. 307-327). Caen: EMS Editions.

Aubert, B.A., & Hamel, G. (2001). Adoption of Smart Cards in the Medical Sector: The Canadian Experience. *Social Science & Medicine* 53(7), p. 879-94.

Auschra, C. (2018). Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *International journal of integrated care*, 18(1), p. 1-14.

Autissier, D., Johnson, K. J., & Moutot, J. M. (2016). L'innovation managériale : rupture ou évolution du management. *Question (s) de management*, (2), p. 25-33.

Autissier, D., Johnson, K. J., & Moutot, J. M. (2018). *L'innovation managériale*. Editions Eyrolles.

Ávila, L. V., Leal Filho, W., Brandli, L., Macgregor, C. J., Molthan-Hill, P., Özuyar, P. G., & Moreira, R. M. (2017). Barriers to innovation and sustainability at universities around the world. *Journal of cleaner production*, 164, p. 1268-1278.

Avenier, M. J., & Thomas, C. (2013, June). What kinds of qualitative methods are adapted to doing research in which epistemological frameworks. In *The 22nd Conference of AIMS. Clermont-Ferrand* (p. 10-12).

Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Le libellio d'Aegis*, 7(2-Eté), p. 33-46.

B

Backer, T.E., & Rogers, E.M. (1998). Diffusion of Innovations Theory and Work-Site AIDS Programs. *Journal of Health Communication* 3(1), p. 17-28.

Balaji, M. S. & Roy, S. K. (2017). Value co-creation with Internet of things technology in the retail industry. *Journal of Marketing Management*, 33(1-2), p. 7-31. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2016.1217914>

Baldwin, J., & Lin, Z. (2002). Impediments to advanced technology adoption for Canadian manufacturers. *Research policy*, 31(1), p. 1-18.

Bali, S. (2018). Barriers to development of telemedicine in developing countries. In F.Heston, *T. Telehealth*. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.81723

- Barbosa, W., Zhou, K., Waddell, E., Myers, T. & Dorsey, E. R.** (2021). Improving access to care: Telemedicine across medical domains. *Annual Review of Public Health*, 42, p. 463-481.
- Baret, C.** (2013). Les défis de la gestion du changement dans les organisations de santé : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 31(2), p. 65-69.
- Barlatier, P.** (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 126-139). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0126>
- Barnay, T., Samson, A. L., & Ventelou, B.** (2021). *Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis*. Eska : Paris (No. hal-03552183).
- Bashshur, R. L.** (1995). Telemedicine effects: cost, quality, and access, *Journal of medical systems*, 19(2), p. 81-91.
- Basso, O., & Fayolle, A.** (2009). L'entrepreneuriat organisationnel : Enjeux et perspectives. *Revue française de gestion*, (5), p. 87-91.
- Battilana, J.** (2006). L'entrepreneuriat institutionnel: le rôle des individus dans les processus de changement institutionnel (Doctoral dissertation, École normale supérieure de Cachan-ENS Cachan).
- Battilana, J., Leca, B., & Boxenbaum, E.** (2009). 2 how actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship. *The academy of management annals*, 3(1), p. 65-107.
- Baumard, P.** (1997). Constructivisme et processus de la recherche: l'émergence d'une posture épistémologique chez le chercheur. *Cahiers de recherche LAREGO. Université de Versailles St Quentin*.
- Béjean, M., Picard, R., & Bréda, G.** (2021). Living Labs, collaborative innovation and ecosystems: The case of the "Concept Maturity Levels" initiative in the medtech. *Innovations*, 65(2), p. 81-110.
- Bekkers, V. J., Van Duivenboden, H., & Thaens, M.** (Eds.). (2006). *Information and Communication Technology and Public Innovation: Assessing the ICT-driven modernization of public administration* (Vol. 12). IOS Press.
- BenMahmoud-Jouini, S. & Silberzahn, P.** (2023). XIV. Clayton M. Christensen. Les innovations de rupture : défis et principes de management. Dans : Thierry Burger-Helmchen éd., *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (pp. 283-296). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.burge.2016.01.0283>
- Berggren, C.** (1992). *The Volvo experience : Alternarives to Lean Production. Work Organization in the Swedish Auto Industry*. Cornell ILR Press.
- Bernelin, M.** (2019). Intelligence artificielle en santé : la ruée vers les données personnelles. *Cités*, (4), p. 75-89.

- Bertalanffy, L V.** (1973). The meaning of general system theory. *General system theory: Foundations, development, applications*, 30, 53.
- Bertezene, S.** (2020). *Un tour du monde des innovations sociales en faveur des personnes âgées*. Paris : Éditions le manuscrit.
- Berthou, V.** (2018). De l'intention d'innovation à son institutionnalisation : le cas des Living Labs en santé et autonomie (Doctoral dissertation, Université de Technologie de Troyes).
- Berthou, V. & Picard, R.** (2017). Les *Living Labs*, ces leviers d'innovation en santé publique. *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 2017, p. 68-72. <https://doi.org/10.3917/rindu1.172.0068>
- Bettis, R. A., & Prahalad, C. K.** (1995). The dominant logic: Retrospective and extension. *Strategic management journal*, 16(1), p. 5-14.
- Bichon, A., Desmarais, C., & Dubouloz, S.** (2020). Les barrières à l'adoption d'une innovation managériale au niveau du territoire. Le cas d'une GPEC territoriale au sein de la fonction publique. *Finance Contrôle Stratégie*, (NS-7), p. 15-42.
- Bird, B., Schjoedt, L., & Baum, J.** (2012). Editor's Introduction. Entrepreneurs' Behavior: Elucidation and Measurement. *Entrepreneurship: Theory & Practice*, 36(5), p. 889-913.
- Birkinshaw, J. M., & Mol, M. J.** (2006). How management innovation happens. *MIT Sloan management review*, 47(4), p. 81-88.
- Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. J.** (2008). Management innovation. *Academy of management Review*, 33(4), p. 825-845.
- Bloch, M. A., & Hénaut, L.** (2014). *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Bogers, M.** (2011). The open innovation paradox: knowledge sharing and protection in R&D collaborations. *European journal of innovation Management*, 14(1), p. 93-117.
- Bogers, M., Bekkers, R., & Granstrand, O.** (2012). Intellectual property and licensing strategies in open collaborative innovation. In *Open innovation in firms and public administrations: Technologies for value creation* (p. 37-58). IGI global.
- Boiteau, K., & Baret, C.** (2017). La conduite du changement en hôpital psychiatrique: le rôle des centres de traduction dans la valorisation des innovations lors d'un projet de promotion du bien-être au travail. *Politiques et management public*, 34(3-4), p. 231-246.
- Bonafini, P., & Nobre, T.** (2011). Un cycle de vie pour les réseaux de santé? Le cas de la cancérologie. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 29(1/2), 47.
- Boothroyd, R.A., Evans, M.E., Chen, H-J., Boustead, R. & Blanch, A.K.** (2015). An exploratory study of conflict and its management in systems of care for children with mental, emotional, or behavioral problems and their families. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(3), p. 310-23. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9448-1>

Bouchard, V., & Fayolle, A. (2011). Comment mettre en œuvre l'intrapreneuriat ?. *Gestion*, 36(4), p. 11-21.

Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, (3), p. 13-25.

Boukamel, O., & Emery, Y. (2019). Les treize postulats de l'innovation publique: identification et discussion dans le champ de la santé. *Innovations*, 60(3), p. 15-41.

Bourdel L. ; Cambon L. (2019). E-santé, télésanté, santé 2.0 : de quoi parle-t-on ? (Actualité et dossier en santé publique N°108). <file:///C:/Users/sabri/Downloads/ad1081516.pdf>

Bourret, C. (2008). Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décroiser le système de santé français. *tic&société*, 2(1).

Boutillier, S., & Uzinidis, D. (2013). L'entrepreneur schumpétérien. *La pensée*, (3), p. 97-109.

Bresnahan, T., Gambardella, A., & Saxenian, A. (2001). 'Old economy' inputs for 'new economy' outcomes: Cluster formation in the new Silicon Valleys. *Industrial and corporate change*, 10(4), p. 835-860.

Broens, T. H., Huis In't Veld, R. M., Vollenbroek-Hutten, M. M., Hermens, H. J., Van Halteren, A. T., & Nieuwenhuis, L. J. (2007). Determinants of successful telemedicine implementations: a literature study. *Journal of telemedicine and telecare*, 13(6), p. 303-309.

Bruyère, C. (2008). Les réseaux de santé en France : de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal. (Doctoral Dissertation-Gestion et management. Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II).

Bruyère, C. (2009). Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé?. *Management Avenir*, (6), p. 160-176.

Bruyère, C., & Bonafini, P. (2008). Les réseaux de santé français: une structuration à double sens. *Sociologie Santé*, (29), 123.

Burellier, F., Gavault, S., Laude, L., Angele-Halgand, N., Baret, C., Louazel, M., ... & Ruiller, C. (2019). Qui veut laver ma blouse? La légitimation collective d'activités teintes. Le cas des équipes de gestion de pôles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 37(2), p. 177-195.

Burns, L.R., & Wholey, D.R. (1993). Adoption and Abandonment of Matrix Management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Interorganizational Networks. *Academy of Management Journal*, 36, p. 106-38.

Butter, M., Rensma, A., Boxsel van, J., Kalisingh, S., Schoone, M., Leis, M., Gelderblom, G. J., Cremers, G., Wilt de, M., Kortekaas, W., Thielmann, A., Cuhls, K., Sachinopoulou, A., & Korhonen, I. (2008). *Robotics for healthcare: Final report*. European Commission EC. <http://www.ehealthnews.eu/images/stories/robotics-final-report.pdf>

Buzyn A. (2017). Renforcer l'accès territorial aux soins (Dossier de presse, Ministère des solidarités et de la santé). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

C

Caffery, L. J. & Smith, A. C. (2010). A literature review of email-based telemedicine. *Studies in Health Technology and Informatics*, 161, p. 20-34.

Callon, M. (1974-1975). L'opération de traduction comme relation symbolique, *Incidence des rapports sociaux sur le développement scientifique et technique*, Maison des sciences de l'homme, Paris.

Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, p. 169-208.

Callon, M., & Latour, B. (1991). *La science telle qu'elle se fait: anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise*. La découverte.

Calmes, G., Segade, J. P., & Lefranc, L. (1998). *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*. Masson : Paris.

Cambon, L., Terral, P., & Alla, F. (2019). From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, 19, p. 1-7.

Cameron, J. D., Ramaprasad, A., & Syn, T. (2017). An ontology of and roadmap for mHealth research. *International journal of medical informatics*, 100, p. 16-25.

Camisón, C., & Villar-López, A. (2014). Organizational innovation as an enabler of technological innovation capabilities and firm performance. *Journal of business research*, 67(1), p. 2891-2902.

Canet, E. (2012). *L'innovation managériale de l'invention à la diffusion.: Analyse du processus d'établissement d'une innovation managériale à partir du cas de la méthode 5 steps* (Doctoral dissertation, Université Paris Dauphine-Paris IX).

Carroll, A. J., Hallman, S. J., Umstead, K. A., McCall, J., & DiMeo, A. J. (2019). Using information literacy to teach medical entrepreneurship and health care economics. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 107(2), p. 163-171.

Carroll, T. N., Gormley, T. J., Bilardo, V. J., Burton, R. M., & Woodman, K. L. (2006). Designing a new organization at NASA: An organization design process using simulation. *Organization Science*, 17(2), p. 202-214.

Černe, M., Kaše, R., & Škerlavaj, M. (2016). Non-technological innovation research: evaluating the intellectual structure and prospects of an emerging field. *Scandinavian Journal of Management*, 32(2), p. 69-85.

- Chambaud, L.** (2018). Accès aux soins : éléments de cadrage. *Regards*, 53(1), p. 19-28.
- Champagne, F., Denis J-L., Pineault R., & Contandriopoulos, A.** (1991). Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long-Term Care Hospitals. *Health Services Management Research* 4(42), p. 94-111.
- Chandler, A. D.** (1962). *Strategy and structure: Chapters in the history of the industrial empire*. Cambridge Mass : MIT Press.
- Chandler, G. N. & Jansen, E.** (1992). The founder's Self-Assessed Competence and Venture Performance. *Journal of Business Venturing*, 7(3), p. 223-236.
- Chang, S. C., & Lee, M. S.** (2008). The linkage between knowledge accumulation capability and organizational innovation. *Journal of knowledge management*, 12(1), p. 3-20.
- Charreire-Petit, S. & Durieux, F.** (2007). Chapitre 3. Explorer et tester : les deux voies de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (p. 76-104). Paris : Dunod.
- <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0076>
- Chatelain-Ponroy, S., & Deville, A.** (2020). Crise sanitaire et technocratie : Il existe DES modes de contrôle!. *Revue française de gestion*, 46(8), p. 197-204.
- Chesbrough, H.** (2006). *Open business models: How to thrive in the new innovation landscape*. Harvard Business Press.
- Chesbrough, H.** (2017). The future of open innovation: The future of open innovation is more extensive, more collaborative, and more engaged with a wider variety of participants. *Research-Technology Management*, 60(1), p. 35-38.
- Chesbrough, H., & Bogers, M.** (2014). *Explicating open innovation: Clarifying an emerging paradigm for understanding innovation*. *New Frontiers in Open Innovation*. Oxford: Oxford University Press, Forthcoming, 3-28.
- Christensen, C. M.** (1997). *The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail*. Harvard Business Review Press, Boston.
- Christensen, C. M.** (2006). The ongoing process of building a theory of disruption. *Journal of Product innovation management*, 23(1), p. 39-55.
- Cinar, E., Trott, P., & Simms, C.** (2019). A systematic review of barriers to public sector innovation process. *Public Management Review*, 21(2), p. 264-290.
- Cinar, E., Trott, P., & Simms, C.** (2021). An international exploration of barriers and tactics in the public sector innovation process. *Public Management Review*, 23(3), p. 326-353.
- Cinar, E., Simms, C., Trott, P., & Demircioglu, M. A.** (2022). Public sector innovation in context: A comparative study of innovation types. *Public Management Review*, 1-29.

Claveranne, J. P., Pascal, C., & Piovesan, D. (2001). Les restructurations hospitalières privées: entre innovations et réseaux. In CALASS, XII Congrès de l'ALASS.

Collin, P., Livian, Y. & Thivant, E. (2016). VIII. *Michel Callon et Bruno Latour*. La théorie de l'Acteur-Réseau. Dans : Thierry Burger-Helmchen éd., *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (pp. 157-178). Caen : EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.burge.2016.01.0157>

Collins-Dogrul, J. (2006). Managing US-Mexico "border health": An organizational field approach. *Social Science and Medicine*, 63(12), p. 199–211.

Cooper, M., Evans, Y. & Pybis, J. (2016) Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health & Development*, 42(3), p. 325–342.

Cortelyou-Ward, K., Atkins, D. N., Noblin, A., Rotarius, T., White, P., & Carey, C. (2020). Navigating the digital divide: barriers to telehealth in rural areas. *Journal of health care for the poor and underserved*, 31(4), p. 1546-1556.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Crossan, M. M., & Apaydin, M. (2010). A multi-dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature. *Journal of management studies*, 47(6), p. 1154-1191.

Crozier, M. (1965). Pour une analyse sociologique de la planification française. *Revue française de sociologie*, p. 147-163.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Editions du Seuil, Paris.

Cutler, D. M. (2011). Where are the health care entrepreneurs? The failure of organizational innovation in health care. *Innovation Policy and the Economy*, 11(1), p. 1-28.

D

Daim, T. U., Tarman, R. T., & Basoglu, N. (2008, January). Exploring barriers to innovation diffusion in health care service organizations: An issue for effective integration of service architecture and information technologies. In *Proceedings of the 41st Annual Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS 2008)* (pp. 100-100). IEEE.

Damanpour, F. (1987). The adoption of technological, administrative, and ancillary innovations: Impact of organizational factors. *Journal of management*, 13(4), p. 675-688.

Damanpour, F. (1991). Organisational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators, *Academic Management Journal* 34 (3), p. 555–590.

Damanpour, F. (2012). Footnotes to research on managerial innovation. In EURAM Mini-Conference on Management Innovation, 6th-8th June, Rotterdam.

Damanpour, F. (2014). Footnotes to research on management innovation. *Organization studies*, 35(9), p. 1265-1285.

Damanpour, F. (2017). *Organizational innovation*. In Oxford research encyclopedia of business and management. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.19>

Damanpour, F., & Aravind, D. (2012). Managerial innovation: Conceptions, processes and antecedents. *Management and organization review*, 8(2), p. 423-454.

Damanpour, F., & Evan, W. M. (1984). Organizational innovation and performance: the problem of "organizational lag". *Administrative science quarterly*, p. 392-409.

Damanpour, F., & Gopalakrishnan, S. (2001). The dynamics of the adoption of product and process innovations in organizations. *Journal of management studies*, 38(1), p. 45-65.

Damanpour, F., & Schneider, M. (2006). Phases of the adoption of innovation in organizations: effects of environment, organization and top managers 1. *British journal of Management*, 17(3), p. 215-236.

Damanpour, F., Walker, R. M., & Avellaneda, C. N. (2009). Combinative effects of innovation types and organizational performance: A longitudinal study of service organizations. *Journal of management studies*, 46(4), p. 650-675.

Damart, S. (2013). *Innovations managériales en établissements de santé : Vers un management intégratif*. Éditions EMS: Caen.

Dannequin, F. (2003). La place du politique chez Schumpeter. *L'Économie politique*, (1), p. 82-93.

Das, P., Verburg, R., Verbraeck, A., & Bonebakker, L. (2017). Barriers to innovation within large financial services firms: An in-depth study into disruptive and radical innovation projects at a bank. *European Journal of Innovation Management*, 21(1), p. 96-112.

David, A. (1999, May). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. In *Conférence de l'AIMS* (23).

David, A. (2013). La place des chercheurs dans l'innovation managériale. *Revue française de gestion*, (6), p. 91-112.

Dearing, J.W., & And. O. (1994). Portraying the New: Communication between University Innovators and Potential Users. *Science Communication* 16(1), p. 11-42.

Degeorge, J. (2015). XV. *Scott Shane* – Une (re)définition du champ de l'entrepreneuriat comme domaine de recherche. Dans : Karim Messeghem éd., *Les Grands Auteurs en Entrepreneuriat et PME* (p. 289-309). Caen: EMS Editions.

<https://doi.org/10.3917/ems.torre.2015.01.0289>

De Jesus, A., & Mendonça, S. (2018). Lost in transition? Drivers and barriers in the eco-innovation road to the circular economy. *Ecological economics*, 145, p. 75-89.

- De La Torre-Díez, I. ; López-Coronado, M. ; Vaca, C. ; Aguado, J. S. ; De Castro, C.** (2015). Cost-utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review, *Telemedicine and e-Health*, 21(2), p. 81-85.
- Denzin, N. K.** (2008). *Collecting and interpreting qualitative materials* (Vol. 3). Sage.
- Desouza, K. C., Dombrowski, C., Awazu, Y., Baloh, P., Papagari, S., Jha, S., & Kim, J. Y.** (2009). Crafting organizational innovation processes. *Innovation*, 11(1), 6-33.
- De Veer, A. J., Peeters, J. M., Brabers, A. E., Schellevis, F. G., Rademakers, J. J., & Francke, A. L.** (2015). Determinants of the intention to use e-Health by community dwelling older people. *BMC health services research*, 15(1), p. 1-9.
- De Vries, H., Bekkers, V., & Tummers, L.** (2016). Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda. *Public administration*, 94(1), p. 146-166.
- Dey, S., Nambiar, D., Lakshmi, J. K., Sheikh, K., & Reddy, K. S.** (2012). Health of the elderly in India: challenges of access and affordability, In *Aging in Asia: Findings from new and emerging data initiatives*, National Academies Press (US).
- Dezest, C.** (2023). Quel management de projet pour la mise en œuvre de projets innovants dans le cadre du dispositif article 51 de la LFSS 2018 ? (Doctoral dissertation, Pau).
- De Massis, A., & Kotlar, J.** (2014). The case study method in family business research: Guidelines for qualitative scholarship. *Journal of Family Business Strategy*, 5(1), p. 15-29.
- Denis, J. L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H.** (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health care management review*, p. 60-73.
- Dib, M., Abdelnour, M., Meininger, V., & de France, R. S. I.** (2006). La mise en place pratique d'un réseau de santé ville-hôpital. *La Lettre du neurologue*, 10(4), p.150-151.
- DiMaggio, P.** (1988) Interest and Agent in Institutional Theory. *Institutional Patterns and Organizations*, Cambridge University Press, p. 3-22.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W.** (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, p. 147-160.
- Dinesen, B., Seeman, J., & Gustafsson, J.** (2011). Development of a program for tele-rehabilitation of COPD patients across sectors: Co-innovation in a network. *International Journal of Integrated Care*, 11(7), p. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.582>
- Dirksen, C.D., Ament, A.J. & Go. P.M.** (1996). Diffusion of Six Surgical Endoscopic Procedures in the Netherlands. Stimulating and Restraining Factors. *Health Policy* 37(2), p. 91-104.
- Djellal, F., & Gallouj, F.** (2012). L'innovation dans les services publics. *Revue française d'économie*, 122(2), p. 97-142.
- Doolittle, G. C., Spaulding, A. O., & Williams, A. R.** (2006). A cost analysis of practicing oncology via telemedicine. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), p. 27-29.

- Driedger, M., Mayhew, A., Welch, V., Agbata, E., Gruner, D., Greenaway, C., Pottie, K.** (2018). Accessibility and acceptability of infectious disease interventions among migrants, In the EU/EEA: a CERQual systematic review, *International journal of environmental research and public health*, 15(11), p. 23-29.
- Drucker, P.** (1985). Creating strategies of innovation. *Planning review*, 13(6), p. 8-45.
- Dubouloz, S.** (2013). Les barrières à l'innovation organisationnelle : Le cas du Lean Management. *Management international*, 17(4), p. 121-144.
- Dubouloz, S.** (2014). L'innovation organisationnelle : antécédents et complémentarité : une approche intégrative appliquée au Lean Management (Doctoral dissertation, Grenoble).
- Dubouloz, S. & Bocquet, R.** (2016). XIII. *Fariborz Damanpour*. De l'innovation dans les organisations à l'innovation managériale. Dans : Thierry Burger-Helmchen éd., *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (pp. 263-281). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.burge.2016.01.0263>
- Dufay, E., Baum, T., Doerper, S., Conrard, E., Dony, A., Piney, D., ... & Rasquin, E. P.** (2011). Conciliation des traitements médicamenteux: détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risques & qualité en milieu de soins*, (2), p. 130-138.
- Dufay, E., & Mallet, L.** (2012). Erreur sur le remède, remède à l'erreur. *Pharmactuel*, 45(4).
- Dumez, H.** (2009b). L'erreur de diagnostic dans l'étude de cas : celle des acteurs et celle du chercheur. *Le libellio d'Aegis*, vol.7. ; N°4, p.27-38.
- Dumez, H.** (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Vuibert-Paris.
- Dumez H. ; Minvielle E. ; Marraud L.** (2015). États des lieux de l'innovation en santé numérique (Rapport remis à la Fondation Pour l'Avenir). https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2016/03/I3WP_15-CRG-01.pdf
- Dumez, H., & Minvielle, E.** (2020). Jusqu'où la santé numérique va-t-elle transformer l'organisation des soins ?. *Santé connectée*, Éditions du CNRS, p.33-43.
- Dumez, H., & Minvielle, E.** (2021). *Voyage au cœur du système de santé. 100 témoignages pour apprendre à gérer avec la crise*. Paris : Eska.
- Dumond, J.** (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, n°1, p. 71-81.
- Durand, S., Baret, C., & Krohmer, C.** (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention : le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme (s) & Entreprise*, (1), p. 3-28.

E

Eckenschwiller, M., Wodociag, S., & Mercier, S. (2022). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier: compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Revue management et avenir*, (5), p. 15-38.

Edquist, C., Hommen, L., & McKelvey, M. D. (2001). *Innovation and employment: Process versus product innovation*. Edward Elgar Publishing.

Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International journal of medical informatics*, 79(11), p. 736-771.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4), p. 532-550.

Eisenstadt, S.N. (1964). Institutionalization and change. *American Sociological Review*, 29(2), p. 235-247.

Eisenstadt, S.N. (1980). Cultural orientations, institutional entrepreneurs, and social change: Comparative analyses of traditional civilizations. *American Journal of Sociology*, 85(3), p. 840-869.

Evan, W. (1966). Organizational lag. *Human organization*, 25(1), p. 51-53.

Exworthy, M., Berney, L., & Powell, M. (2003). How Great Expectations in Westminster May Be Dashed Locally: The Local Implementation of National Policy on Health Inequalities. *Policy & Politics*, 30(1), p. 79-96.

F

Fascia, M., & Brodie, J. (2017). Structural barriers to implementing open innovation in healthcare. *British Journal of Healthcare Management*, 23(7), p. 338-343.

Fasshauer, I. (2020, September). Open Innovation Business Models: the example of living labs in France. In Open Digital Living Lab Days, European Network of Living Labs.

Favoreu, C., & Carassus, D. (2019). Dynamics of Managerial Innovation. In: Farazmand, A. (eds) *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_3689-1

Fennell, M.L., & Warnecke, R.B. (1988). *The Diffusion of Medical Innovations: An Applied Network Analysis*. New York: Plenum.

Fernandes Rodrigues Alves, M., Vasconcelos Ribeiro Galina, S., & Dobelin, S. (2018). Literature on organizational innovation: past and future. *Innovation & Management Review*, 15(1), p. 2-19.

Ferlie, E., Gabbay, J., Fitzgerald, L., Locock, L. & Dopson, S. (2001). Evidence-Based Medicine and Organisational Change: An Overview of Some Recent Qualitative Research. In *Organisational Behaviour and Organisational Studies in Health Care: Reflections on the Future*, edited by L. Ashburner. Basingstoke : Palgrave.

FHF (2018). Renforcer le lien ville-hôpital. Rapport annuel Mars 2018, Fédération Hospitalière de France.

Fieschi (2003). Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, janvier 2003.

Fitzgerald, L., Ferlie, E. Wood, M. & Hawkins, C. (2002). Interlocking Interactions, the Diffusion of Innovations in Health Care. *Human Relations*, 55(12), p. 1429-1449.

Foy, R., G. MacLennan, J. Grimshaw, G. Penney, M. Campbell, & Grol. R. (2002). Attributes of Clinical Recommendations That Influence Change in Practice Following Audit and Feedback. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(7), p. 717-22.

Foss, N. J. (2003). Selective intervention and internal hybrids: Interpreting and learning from the rise and decline of the Oticon spaghetti organization. *Organization Science*, 14(3), p. 331-349.

Fraisse, S., Robelet, M., & Vinot, D. (2003). La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*, (5), p. 155-166.

François, J. & Audrain-Pontevia, A. F. (2020). La santé numérique: un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & territoires*, 29(3), p.41-55.

G

Gajarawala, S. N., & Pelkowski, J. N. (2021). Telehealth benefits and barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), p. 218-221.

Galia, F., & Legros, D. (2004). Complementarities between obstacles to innovation: evidence from France. *Research policy*, 33(8), p. 1185-1199.

Gangloff, F. (2009, May). Le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle. In *La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit*.

Ganter, A., & Hecker, A. (2013). Persistence of innovation: Discriminating between types of innovation and sources of state dependence. *Research Policy*, 42(8), p. 1431-1445.

Garcia, R., & Calantone, R. (2002). A critical look at technological innovation typology and innovativeness terminology: a literature review. *Journal of Product Innovation Management*, 19(2), p. 110-132.

Gartner, W. B. (1988). Who is entrepreneur? is the wrong question. *American Journal of Small Business*, 12, p. 11-32.

Georgantzas, N. C., & Shapiro, H. J. (1993). Viable theoretical forms of synchronous production innovation. *Journal of Operations Management*, 11(2), p. 161-183.

- Georgescu, I.** (2010). *La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français* (Doctoral dissertation, Université Montpellier I).
- Georgescu, I., & Naro, G.** (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital: une étude qualitative du concept de «RAPM» auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 18(3), p. 67-95.
- Getz, I.** (2012). La liberté d'action des salariés : Une simple théorie, ou un inéluctable destin ? *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, 108(2), p. 27-38.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L.** (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16(1), p. 15-31.
- Girin, J.** (1989), L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations. Journée d'étude « La recherche-action en action et en question ». Collège de systémique, École Centrale.
- Gladwin, J., Dixon, R.A. & Wilson, T.D.** (2002). Rejection of an Innovation: Health Information Management Training Materials in East Africa. *Health Policy & Planning* 17(4), p. 354–61.
- Glaser, B., & Strauss, A.** (1967). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H.** (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56–89. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>
- Godowski, C.** (2003). Essai sur la dynamique d'assimilation des innovations managériales : le cas des approches par activités. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 9(3), p. 71-86.
- Goldman, H.H.** (1982). Integrating health and mental health services: Historical obstacles and opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 139(5), p. 616-20. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.139.5.616>
- Gosselin, M.** (1997). The effect of strategy and organizational structure on the adoption and implementation of activity-based costing. *Accounting, organizations and society*, 22(2), p. 105-122.
- Grandclaude, S., Nobre, T., Schneider, P., & Dufay, E.** (2021). Analyse descriptive des Innovations Organisationnelles de l'article 51. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, (6), p. 331-346.
- Granovetter, M.** (1992). Economic institutions as social constructions: a framework for analysis. *Acta sociologica*, 35(1), p. 3-11.
- Grazier, K. L., & Metzler, B.** (2006). Health care entrepreneurship: Financing innovation. *Journal of health and human services administration*, p. 485-503.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The milbank quarterly*, 82(4), p. 581-629.

Greenwood, R., & Suddaby, R. (2006). Institutional entrepreneurship in mature fields: The big five accounting firms. *Academy of Management journal*, 49(1), p. 27-48.

Grenier, C. (2015). Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé. *Revue Interdisciplinaire sur le Management et l'Humanisme*, (1), p. 66-84.

Grenier, C., & Bernardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles: Analyse d'un médecin-chef de pôle hospitalier. *Revue française de gestion*, (5), p. 125-138.

Grenier, C., & Oiry, E. (2021). *Les défis du décloisonnement : Innovations organisationnelles en santé* (Vol. 1). Londres : ISTE Group.

Grenier, C., & Dutrieux, C. (2021). Innovation and Absorptive Capacity of Organizations in the Healthcare Field. *Altering Frontiers: Organizational Innovations in Healthcare*, 1, p. 169-186.

Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser C., Ramsay, C.R. Vale, L. Whitty, P. Eccles, M.P Matowe, L. Shirran, L. Wensing, M. Dijkstra, R. Donaldson, C. & Hutchinson. A. (2004). Effectiveness and Efficiency of Guideline Dissemination and Implementation Strategies. *Health Technology Assessment Report*, 8(6), p. 1-72.

Grilli, R., & J. Lomas. (1994). Evaluating the Message: The Relationship between Compliance Rate and the Subject of a Practice Guideline. *Medical Care*, 32(3), p. 202-13.

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*, 7(3), p. 186-188.

Gunasekeran, D. V., Tseng, R. M., Tham, Y. C. & Wong, T. Y. (2021). Applications of digital health for public health responses to COVID-19: a systematic scoping review of artificial intelligence, telehealth and related technologies, *NPJ digital medicine*, 4(1), p. 1-6.

Gustafson, D.H., F. Sainfort, M. Eichler, L. Adams, M. Bisognano, & H. Steudel. (2003). Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Health Services Research* 38(2), p. 751-76.

H

Hambrick, D. C., & Mason, P. A. (1984). Upper echelons: The organization as a reflection of its top managers. *Academy of management review*, 9(2), p. 193-206.

Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors international*, 2, p. 100-117.

Hallberg, D. & Salimi, N. (2020). Qualitative and Quantitative Analysis of Definitions of e-Health and m-Health. *Healthcare informatics research*, 26(2), p. 119-128.

- Hall, G.E., & Hord, S.M.** 1987. *Change in Schools*. Albany: State University of New York Press
- Hamel, G.** (2008), "The Future of Management", *Human Resource Management International Digest*, 16 (6) <https://doi.org/10.1108/hrmid.2008.04416fae.001>
- Hargadon, A.** (2003). *How breakthroughs happen: The surprising truth about how companies innovate*. Harvard Business Press : Boston.
- Hartley, J.** (2005). Innovation in governance and public services: Past and present. *Public money and management*, 25(1), p. 27-34.
- Hartley, J.** (2014). New development: Eight and a half propositions to stimulate frugal innovation. *Public Money & Management*, 34(3), p. 227-232.
- Hartley, J., Sørensen, E., & Torfing, J.** (2013). Collaborative innovation: A viable alternative to market competition and organizational entrepreneurship. *Public administration review*, 73(6), p. 821-830.
- HAS** (2015). Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé. Rapport annuel d'activité, p.38.
- HAS** (2018). Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Guide méthodologique, 20 février 2018.
- Hearld, LR, Alexander, JA & Mittler, JN.** (2012). Fostering change within organizational participants of multisectoral health care alliances. *Health Care Management Review*, 37(3), p. 267-79. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822aa443>
- Henderson, R. M., & Clark, K. B.** (1990). Architectural innovation: The reconfiguration of existing product technologies and the failure of established firms. *Administrative science quarterly*, p. 9-30.
- Hernandez, É-M.** (2010). *L'entrepreneur : Une approche par les compétences*. Corneilles-le-Royal, Éditions EMS, Management & Société, 224 p.
- Hernández-Mogollon, R., Cepeda-Carrión, G., Cegarra-Navarro, J. G., & Leal-Millán, A.** (2010). The role of cultural barriers in the relationship between open-mindedness and organizational innovation. *Journal of Organizational Change Management*, 23(4), p. 360-376.
- Hipp, C., & Grupp, H.** (2005). Innovation in the service sector: The demand for service-specific innovation measurement concepts and typologies. *Research policy*, 34(4), p. 517-535.
- Hjelm, N. M.** (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine, *Journal of telemedicine and telecare*, 11(2), p. 60-70.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H., & Rusticelli, E.** (2007). *Improved health system performance through better care coordination*. OECD Health Working Papers No. 30. OECD Library.

Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), p. 1679-1681.

Hounshell, D. (1984). *From the American system to mass production, 1800-1932: The development of manufacturing technology in the United States* (No. 4). JHU Press: Baltimore.

Howlett, M. (2022). Looking at the 'field' through a Zoom lens: Methodological reflections on conducting online research during a global pandemic, *Qualitative Research*, 22(3), p. 387-402.

Hudson, B, Hardy, B, Henwood, M and Wistow, G. (1997). Strategic alliances: Working across professional boundaries: Primary health care and social care. *Public Money & Management*, 17(4), p. 25-30. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9302.00088>

Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate. The theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge.

I

Indrawati, H. (2020). Barriers to technological innovations of SMEs: how to solve them?. *International Journal of Innovation Science*, 12(5), 545-564.

Isenberg, D. J. (2010). How to start an entrepreneurial revolution. *Harvard business review*, 88(6), p. 40-50.

J

Jaskyte, K. (2011). Predictors of administrative and technological innovations in nonprofit organizations. *Public Administration Review*, 71(1), p. 77-86.

Jullien, N., & Pénin, J. (2014). *Innovation ouverte: vers la génération 2.0* (open innovation: toward the 2.0 generation). Encyclopédie de la Stratégie-Vuibert.

Johnson, M. (2010). Barriers to innovation adoption: A study of e-markets. *Industrial Management & Data Systems*, 110(2), p. 157-174.

K

Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 79.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Linking the balanced scorecard to strategy. *California management review*, 39(1), p. 53-79.

Kaplan R.S. et Norton D.P. (1998). *Le tableau de bord prospectif*. Les Éditions d'Organisation.

Kerr, S. P., Kerr, W. R., & Xu, T. (2018). Personality traits of entrepreneurs: A review of recent literature. *Foundations and Trends® in Entrepreneurship*, 14(3), p. 279-356.

Keupp, M. M., Palmié, M., & Gassmann, O. (2012). The strategic management of innovation: A systematic review and paths for future research. *International journal of management reviews*, 14(4), p. 367-390.

Kichloo, A., Albosta, M., Dettloff, K., Wani, F., El-Amir, Z., Singh, J., Aljadah, M., Chakinala, R. C., Kanugula, A. K., Solanki, S., & Chugh, S. (2020). Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Family medicine and community health*, 8(3), e000530. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000530>

Kohnke, A., Cole, M. L., & Bush, R. (2014). Incorporating UTAUT predictors for understanding home care patients' and clinician's acceptance of healthcare telemedicine equipment. *Journal of technology management & innovation*, 9(2), p. 29-41.

Khosravi, P., Newton, C., & Rezvani, A. (2019). Management innovation: A systematic review and meta-analysis of past decades of research. *European Management Journal*, 37(6), p. 694-707.

Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational innovation: The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of management journal*, 24(4), p. 689-713.

Kimberly, J., De Pouvourville, G., & D'Aunno, T. A. (Eds.). (2008). *The globalization of managerial innovation in health care*. Cambridge University Press.

Kondrateva, G., Baudier, P., Ammi, C., & Hikkerova, L. (2022). Gestion publique de Santé: Perception de la Cabine de télémédecine. *Gestion et management public*, 10(2), p. 33-51.

Kruse, C. S., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K., & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: a systematic review. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(1), p. 4-12.

Kruse, C. S., Lee, K., Watson, J. B., Lobo, L. G., Stoppelmoor, A. G., & Oyibo, S. E. (2020). Measures of Effectiveness, Efficiency, and Quality of Telemedicine in the Management of Alcohol Abuse, Addiction, and Rehabilitation: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 22(1), e13252. <https://doi.org/10.2196/13252>

Kuhn, T. S., & Meyer, L. (1983). *La structure des révolutions scientifiques* (Vol. 2). Paris: Flammarion.

Kulkov, I., Ivanova-Gongne, M., Bertello, A., Makkonen, H., Kulkova, J., Rohrbeck, R., & Ferraris, A. (2023). Technology entrepreneurship in healthcare: Challenges and opportunities for value creation. *Journal of Innovation & Knowledge*, 8(2), 100365.

Kuo, T. H. (2011). How to improve organizational performance through learning and knowledge?. *International Journal of Manpower*, 32(5/6), p. 581-603.

L

- Lam A.** (2006). *Organizational innovation*. In: Fagerberg J, Mowery DC (eds) *The Oxford handbook of innovation*. Oxford University Press, Oxford
- Larsen, P., & Lewis, A.** (2007). How award-winning SMEs manage the barriers to innovation. *Creativity and innovation management*, 16(2), p. 142-151.
- Latour, B.** (1992a). *Aramis ou l'amour des techniques*. Paris: La Découverte, coll. Textes à l'appui. Anthropologie des sciences et des techniques.
- Latour, B.** (1992). *Ces réseaux que la raison ignore*. Paris, L'Harmattan.
- Lauwers, M., Giangreco, A., Carugati, A., Maes, J., & Sebastiano, A.** (2021). Healthcare information system use under techno-uncertainty: evidence from long-term care. *Systèmes d'information et management*, 26(3), p. 7-34.
- Le Bas, C., Mothe, C., & Nguyen-Thi, T. U.** (2015). The differentiated impacts of organizational innovation practices on technological innovation persistence. *European Journal of Innovation Management*, 18(1), p. 110-127.
- Lemaire, C.** (2013). *Le processus de construction d'un outil de contrôle de gestion inter-organisationnel : le cas de l'expérimentation d'un outil de pilotage de la performance dans le secteur médico-social* (Doctoral dissertation, Université de Strasbourg).
- Lemaire, N. ; Polton, D. ; Tajahmady, A.** (2020). Article 51: expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter, *Les Tribunes de la sante*, 63(1), p. 35-42.
- Le Moigne, J. L.** (2021). *Les épistémologies constructivistes*. Que sais-je.
- Le Roy, F., Robert, M., & Giuliani, P.** (2013). L'innovation managériale: Généalogie, défis et perspectives. *Revue française de gestion*, (6), p. 77-90.
- Levesque, J. F. ; Harris, M. F. ; Russell, G.** (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International journal for equity in health*, 12(1), p. 1-9.
- Ling, T., Brereton, L., Conklin, A., Newbould, J., & Roland, M.** (2012). Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International journal of integrated care*, 12, e129. <https://doi.org/10.5334/ijic.982>
- Lockett, A., Currie, G., Waring, J., Finn, R., & Martin, G.** (2012). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social science & medicine*, 74(3), p. 356-363.
- Locock, L., S. Dopson, Chambers, D. & Gabbay. J.** (2001). Understanding the Role of Opinion Leaders in Improving Clinical Effectiveness. *Social Science & Medicine*, 53, p. 745-57.
- Loilier, T., & Tellier, A.** (2013). *Gestion de l'innovation : comprendre le processus d'innovation pour le piloter*. Éditions EMS.
- Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Gervais, J., & Falardeau, M.** (2005). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an

interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 581–590. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>

Lombrail, P. & Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, (8), p. 31-39. <https://doi.org/10.3917/seve.008.39>

Lucas-Gabrielli, V. ; Chevillard, G. (2018). Déserts médicaux et accessibilité aux soins: de quoi parle-t-on? , *médecine/sciences*, 34(6-7), p. 599-603.

Lucas-Gabrielli, V. ; Mangeney, C. (2019). Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, p. S25-S32.

Lyngsø, A. M., Godtfredsen, N. S., & Frølich, A. (2016). Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International journal of integrated care*, 16(1), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.2449>

M

Maarse, J. H., & Bogers, M. (2012). An integrative model for technology-driven innovation and external technology commercialization. In *Open Innovation in Firms and Public Administrations: Technologies for Value Creation* (pp. 59-78). IGI global.

Madrid-Guijarro, A., Garcia, D., & Van Auken, H. (2009). Barriers to innovation among Spanish manufacturing SMEs. *Journal of small business management*, 47(4), p. 465-488.

Maguire, S., Hardy, C., & Lawrence, T. B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. *Academy of management journal*, 47(5), p. 657-679.

Mahajan, S., Caraballo, C., Lu, Y., Valero-Elizondo, J., Massey, D., Annapureddy, A. R., Roy, B., Riley, C., Murugiah, K., Onuma, O., Nunez-Smith, M., Forman, H. P., Nasir, K., Herrin, J., & Krumholz, H. M. (2021). Trends in Differences in Health Status and Health Care Access and Affordability by Race and Ethnicity in the United States, 1999-2018. *JAMA*, 326(7), 637–648. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.9907>

Mair, F., & Whitten, P. (2000). Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7248), p. 1517–1520.

<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7248.1517>

Malas, K., Jacob, R., & Dionne, K. E. (2018). L'innovation ouverte et collaborative en santé: l'exemple du CHU Sainte-Justine. *Gestion*, 43(3), p. 80-85.

Marcoux, F. (2016). Innovation ouverte en santé : étude de cas d'un centre hospitalier universitaire (Doctoral dissertation, École Polytechnique de Montréal).

Markman, G. D. (2014). Entrepreneurs' competencies. In *The psychology of entrepreneurship* (pp. 99-124). Psychology Press.

- Marshall, J.G.** (1990). Diffusion of Innovation Theory and End-User Searching. *Library & Information Science Research*, 6(1), p. 55–69.
- Mattelin Pierrard, C., & Dubouloz, S.** (2019). Le phénomène d'adoption d'une innovation managériale au prisme de la représentation sociale des dirigeants: Le cas de l'entreprise libérée. *La Revue des Sciences de Gestion*, (3), p. 113-126.
- Mazurkiewicz, A.** (2018). Barriers of technological innovation development and implementation encountered by R&D organisations. *Journal of Machine Construction and Maintenance*, 108, p. 127-138.
- McClelland, D. C.** (1965). N achievement and entrepreneurship: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(4), 389–392. <https://doi.org/10.1037/h0021956>
- McPherson, C., Ploeg, J., Edwards, N., Ciliska, D., & Sword, W.** (2017). A catalyst for system change: a case study of child health network formation, evolution and sustainability in Canada. *Bmc Health Services Research*, 17(1), 100. doi:10.1186/s12913-017-2018-5
- Menard, C.** (1995). La nature de l'innovation organisationnelle. *Economie industrielle : développements récents ; numéro exceptionnel*. - Paris : Ed. Techniques et Economiques, p. 173-192
- Mérindol, V., Versailles, D. & Le Chaffotec, A.** (2021). Les organisations intermédiaires et l'innovation en santé : les multiples facettes de l'intermédiation de réseau. *Innovations*, 65, 49-80. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0106>
- Meroño-Cerdan, A. L., & López-Nicolas, C.** (2013). Understanding the drivers of organizational innovations. *The Service Industries Journal*, 33(13-14), p. 1312-1325.
- Meyer, A.D., & Goes, J.B.** (1988). Organisational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis. *Academy of Management Review*, 31, p. 897-923.
- Meyer, M., Johnson, J. & Ethington, C.** (1997). Contrasting attributes of preventive health innovations. *Journal of Communication*, 47, p. 112-131. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1997.tb02709.x>
- Meyers, P.W., K. Sivakumar, & C. Nakata.** (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal of Product Innovation Management*, 16(3), p. 295-311.
- Milella, F., Minelli, E. A., Strozzi, F., & Croce, D.** (2021). Change and Innovation in Healthcare: Findings from Literature. *ClinicoEconomics and outcomes research : CEOR*, 13, 395–408. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S301169>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M.** (2010). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Mintzberg, H.** (2004). *Le Management : voyage au centre des organisations*. Paris : Editions d'organisation.

Minvielle, E. (1999). Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel?. *Politiques et management public*, 17(4), p. 59-84.

Minvielle, E., & Durand, V. (2016). *À la découverte des innovations managériales hospitalières*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Mistry, H., Garnvwa, H., & Oppong, R. (2014). Critical appraisal of published systematic reviews assessing the cost-effectiveness of telemedicine studies. *Telemedicine and e-Health*, 20(7), p. 609-618.

Mohnen, P., Palm, F. C., Van Der Loeff, S. S., & Tiwari, A. (2008). Financial constraints and other obstacles: are they a threat to innovation activity?. *De Economist*, 156, p. 201-214.

Mohnen, P., & Rosa, J. M. (2002). Barriers to innovation in service industries in Canada. In *Institutions and Systems in the Geography of Innovation* (pp. 231-250). Boston, MA: Springer US.

Mohnen, P., & Röller, L. H. (2005). Complementarities in innovation policy. *European economic review*, 49(6), p. 1431-1450.

Mol, M. J., & Birkinshaw, J. (2009). The sources of management innovation: When firms introduce new management practices. *Journal of business research*, 62(12), p. 1269-1280.

Morgan, M. (2008). "What is the goal of access to health care?," *Journal of Law and Medicine*, 15(5), p. 742-751.

Morquin, D. (2019). *Comment améliorer l'usage du Dossier Patient Informatisé dans un hôpital?: vers une formalisation habilitante du travail intégrant l'usage du système d'information dans une bureaucratie professionnelle* (Doctoral dissertation, Université Montpellier).

Morris, E. J., Goldacre, R., Spata, E., Mafham, M., Finan, P. J., Shelton, J., ... & Baigent, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 6(3), p. 199-208.

Mossé, P., & Grenier, C. (2020). Les équipes mobiles: des entrepreneurs institutionnels en faveur des «territoires» du care et du parcours? Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 38(4), p. 75-84.

Mulgan, G. (2006). The process of social innovation. *Innovations*, 1(2), p. 145-162.

N

Nelson, R. (2017). Telemedicine and telehealth: the potential to improve rural access to care. *AJN The American Journal of Nursing*, 117(6), p. 17-18.

Neukam, M. (2017). The continuous generation of discontinuous innovations in international organizations (Doctoral dissertation, Strasbourg).

Nieves, J. (2016). Outcomes of management innovation: an empirical analysis in the services industry. *European Management Review*, 13(2), p. 125-136.

Nobre, T. (1998). Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital. *Finance Contrôle Stratégie*, 1(2), p. 113-135.

Nobre, T. (1999). L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. In 20ème congrès de l'AFC.

Nobre, T. (2013). *L'innovation managériale à l'hôpital: 14 cas de mise en œuvre*. Dunod, Paris.

Nobre, T. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19: innovations, transformations et résilience: Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs*. Éditions EMS : Caen.

Nobre, T., & Husson, J. (2022). *Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19: Du volontarisme managérial individuel à la dynamique organisationnelle collective*. Éditions EMS : Caen.

O

Obled, L., Townsend, A. & Lemaire, N. (2020). Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale: quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain, *Revue française des affaires sociales*, (1), p.385-393.

OCDE/Eurostat (2019), Manuel d'Oslo 2018 : Lignes directrices pour le recueil, la communication et l'utilisation des données sur l'innovation, 4ème édition, Mesurer les activités scientifiques, technologiques et d'innovation, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/c76f1c7b-fr>.

O'Connor H., & Madge C. (2017). "Online interviewing". In FIELDING N, LEE R AND BLANK G (eds), *The SAGE Handbook of Online Research Methods*, London, SAGE Publications, p.416-434

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *Journal of medical Internet research*, 7(1), e1. <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1>

Ohno, T. (1988). *Toyota production system: beyond large-scale production*. Cambridge, MA : Productivity Press.

Oke, A. (2004). Barriers to innovation management in service companies. *Journal of Change Management*, 4(1), p. 31-44.

Oliveira, M., Zancul, E., & Fleury, A. L. (2021). Design thinking as an approach for innovation in healthcare: systematic review and research avenues. *BMJ Innovations*, 7(2), p. 1-8.

Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), p. 1-20.

Osborne, S. P. (1998). *Voluntary organizations and innovation in public services*. Routledge.

Osborne, S. P., & Brown, L. (2011). Innovation, public policy and public services delivery in the UK. The word that would be king?. *Public administration*, 89(4), p. 1335-1350.

P

Palozzi, G., Schettini, I., & Chirico, A. (2020). Enhancing the Sustainable Goal of Access to Healthcare: Findings from a Literature Review on Telemedicine Employment in Rural Areas. *Sustainability*, 12(8), 3318. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/su12083318>

Parajuli, R., & Doneys, P. (2017). Exploring the role of telemedicine in improving access to healthcare services by women and girls in rural Nepal. *Telematics and Informatics*, 34(7), p. 1166-1176.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127–140.

<https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Pénin, J., & Guichardaz, R. (2023). *Joseph Aloïs Schumpeter. Père de l'économie et de la gestion de l'innovation ?*. Dans : Thierry Burger-Helmchen éd., *Les Grands Auteurs en Management de l'innovation et de la créativité* (pp. 13-36). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.burge.2016.01.0013>

Penrose, E. T. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford university press.

Perret V. et Seville M. (2007), Fondements épistémologiques de la recherche, in R.A. Thietart, *Méthodes de Recherche en management*, Dunod, p. 13-33.

Pettigrew, A.M., & McKee, L. (1992). *Shaping Strategic Change. Making Change in Large Organisations*. London: Sage.

Pezet, A. (1997). The development of discounted cash flow and profitability of investment in France in the 1960s. *Accounting, Business & Financial History*, 7(3), p. 367-380.

Phillips, F. S., & Garman, A. N. (2006). Barriers to entrepreneurship in healthcare organizations. *Journal of health and human services administration*, 28(4), 472–484.

Piatier, A. (1984). *Barriers to innovation*. Frances Pinter, London.

Plsek, P. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. Paper presented at Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Accelerate the Diffusion of Evidence-Based Innovations. Washington, D.C.: National Institute for Healthcare Management Foundation and National Committee for Quality in Health Care.

Poirot-Mazères, I. (Ed.) 2018. *Santé, numérique et droit-s*. université Toulouse 1 Capitole : Presses de l'Université Toulouse Capitole. doi :10.4000/books.putc.4133

Porter, M. E. (2001). The value chain and competitive advantage. *Understanding business processes*, 2, p. 50-66.

Portnoy, J., Waller, M., & Elliott, T. (2020). Telemedicine in the era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(5), p. 1489-1491.

Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, 68, p. 79-91.

Puricel, S. G., & Ruiz, J. (2014). Le diabète et l'ère de la télémédecine. *Rev Med Suisse*, 10, p.1246-1248.

R

Rasmussen, L., & Hall, H. (2016). The adoption process in management innovation: A Knowledge Management case study. *Journal of Information Science*, 42(3), p. 356-368.

Rashman, L., & J. Hartley. (2002). Leading and Learning? Knowledge Transfer in the Beacon Council Scheme. *Public Administration* 80(3), p. 523-42.

Reyes, G. (2013). Le métier de pharmacien titulaire d'officine face à l'incertitude du marché de la santé. *RIMHE: Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, (4), p. 88-104.

Rezvani, A., Dong, L., & Khosravi, P. (2017). Promoting the continuing usage of strategic information systems: The role of supervisory leadership in the successful implementation of enterprise systems. *International Journal of Information Management*, 37(5), p. 417-430.

Riberolles, C., Krohmer, C., & Baret, C. (2021, June). L'expérience du télétravail dans un hôpital public: Premiers enseignements pour la conduite du changement. In 9^o *Colloque Santé, Marseille, 22 et 23 juin 2021 L'expérience patients et professionnels: nouveaux regards sur l'innovation en santé*.

Richman B.D., Mitchell W., & Schulman K.A. (2013). Organizational Innovation in Health Care. *Health Manage Policy Innov.*, 1(3), p. 36-44.

Riek, L. D. (2017). Healthcare robotics. *Communications of the ACM*, 60(11), p. 68-78. <https://doi.org/10.1145/3127874>

Rival Madina, Eynaud Philippe & Gautier Arthur (2008). Associations et entrepreneuriat institutionnel », dans : Christian Hoarau éd., *La gouvernance des associations. Économie, sociologie, gestion*. Toulouse, Érès, « Sociologie économique », p. 215-225. DOI : 10.3917/eres.lavil.2008.01.0215.

Rochette, C., & Ceccato, M. (2022). Innovation managériale à l'hôpital public: une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Question (s) de Management*, (2), p. 107-120.

Rogers E.M., Magill K.P., & Rice R.E. (1979). *The Innovation Process for Dial-a-Ride*. Stanford, Calif.: Stanford University, Institute for Communication Research.

Rogers E. (1995). *Diffusion of innovation*. Free Press, New York, 4th edition.

Roine, R., Ohinmaa, A., & Hailey, D. (2001). Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 165(6), 765-771.

Rojot, J. (2005). *Théorie des organisations*. Paris: Editions ESKA

Rojouan B. (2022). Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard (Rapport d'information, Sénat, N°589).

<https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

Royer, I. & Zarlowski, P. (2014). Chapitre 6. Le design de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 168-196). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0168>

Russell, D. J. ; Humphreys, J. S. ; Ward, B. ; Chisholm, M. ; Buykx, P. ; Mcgrail, M. ; Wakerman, J. (2013). Helping policy-makers address rural health access problems, *Australian Journal of Rural Health*, 21(2), p. 61-71.

Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field methods*, 15(1), p. 85-109.

S

Safon M.O. (2021). La e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée (Rapport technique, IRDES). <file:///C:/Users/sabri/Downloads/e-sante.pdf>

Salmony, F. U., & Kanbach, D. K. (2022). Personality trait differences across types of entrepreneurs: a systematic literature review. *Review of Managerial Science*, 16(3), p. 713-749.

Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access, *Journal of health services research & policy*, 21(1), p. 36-39.

Savall, H., & Zardet, V. (2004). *Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique, observer l'objet complexe*. Economica-Paris.

Savall, H. ; Zardet, V. (2010). *Maîtriser les coûts et les performances cachés*. Economica-Paris.

Saxenian, A. (1990). Regional networks and the resurgence of Silicon Valley. *California management review*, 33(1), p. 89-112.

Saxenian, A. (1991). The origins and dynamics of production networks in Silicon Valley. *Research policy*, 20(5), p. 423-437.

Saxenian, A. (1996). *Regional advantage: Culture and competition in silicon valley and route 128, with a new preface by the author*. Harvard University Press.

Schmitt, É., & Dufay, É. (2005). Erreurs liées au conditionnement des médicaments: quelles mesures prendre pour les réduire?. *Actualités pharmaceutiques hospitalières*, 1(2), p. 35-42.

Schumpeter, J.A. (1942). *Capitalism, socialism and democracy*. New Ed London: Routledge 1994.

Schumpeter, J.A., & Backhaus, U. (1934). The theory of economic development. In Joseph Alois Schumpeter: *Entrepreneurship, Style and Vision* (pp. 61-116). Boston, MA: Springer US.

Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. *Handbook of qualitative research*, 1(1994), p. 118-137.

Schweitzer, L. (2012). Le DMP ou comment constituer un gigantesque fichier des données de santé. *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*, (111), p. 91-111.

Segarra-Blasco, A., Garcia-Quevedo, J., & Teruel-Carrizosa, M. (2008). Barriers to innovation and public policy in Catalonia. *International entrepreneurship and management journal*, 4, p. 431-451.

Shane, S. A. (2003). *A general theory of entrepreneurship: The individual-opportunity nexus*. Edward Elgar Publishing.

Shane, S., & Venkataraman, S. (2000). The promise of entrepreneurship as a field of research. *Academy of management review*, 25(1), p. 217-226.

Simon, P. (2015). *Télémédecine-Enjeux et pratiques*. Le Coudrier-Brignais.

Silberzahn, P., Prax, J. Y., Buisson, B., & Sincholle, V. (2007). Innovations radicales: le pari de l'intrapreneuriat. *L'Expansion Management Review*, (2), p. 66-71.

Silberzahn, P. (2020). *Effectuation: les principes de l'entrepreneuriat pour tous*. Pearson.

Soulie, A. M. (1995). Le travail en réseau: une solution en matière de santé?. *Gestions hospitalières*, (351), p. 747-750.

Sourty-Le Guellec, M. J. (1997). *L'avenir de l'hôpital: quelles alternatives?*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

Spigel, B. (2020). *Entrepreneurial ecosystems: Theory, practice and futures*. Edward Elgar Publishing.

Ståhl, C., Svensson, T., & Ekberg, K. (2011). From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), 441-448. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9281-1>

Stam F.C et Spigel, B. (2016). "Entrepreneurial Ecosystems" Working Papers 16-13, Utrecht School of Economics.

Stam, E., & Van de Ven, A. (2021). Entrepreneurial ecosystem elements. *Small business economics*, 56, p. 809-832.

Stanberry, B. (2000). Telemedicine: barriers and opportunities in the 21st century. *Journal of internal medicine*, 247(6), p. 615-628.

Stevens, N., Cambon, L., Bataillon, R., Robin, S., & Alla, F. (2022). Décrire l'innovation organisationnelle en santé publique pour favoriser sa dissémination; guide DINOSP (Description des innovations organisationnelles en santé publique). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(5), p. 215-221.

Sullivan, J. R. (2012). Skype: An appropriate method of data collection for qualitative interviews?. *The Hilltop Review*, 6(1), Article 10.

T

Tanninen, K., Jantunen, A., & Saksä, J. M. (2008). Adoption of administrative innovation within organization—an empirical study of TQM metamorphosis. *International Journal of Innovation and Technology Management*, 5(03), p. 321-340.

Teece, D. J. (2007). Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic management journal*, 28(13), p. 1319-1350.

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic management journal*, 18(7), p. 509-533.

Temple L., & Chiffolleau Y. (2017). L'entrepreneur institutionnel. In Dictionnaire de l'entrepreneur, A.Tiran et D. Uzunidis (Eds). Bibliothèque de l'économiste, Éditions Classiques Garnier, pp. 211-214

Thakur, R., Hsu, S. H., & Fontenot, G. (2012). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research*, 65(4), 562-569.

Timmons, S. (2001). How Does Professional Culture Influence the Success or Failure of IT Implementation in Health Services? In *Organisational Behaviour and Organisational Studies in Health Care: Reflections on the Future*, edited by L. Ashburner. Basingstoke: Palgrave.

Tourigny, D., & Le, C. D. (2004). Impediments to innovation faced by Canadian manufacturing firms. *Economics of Innovation and New Technology*, 13(3), p. 217-250.

Tornatzky, L., & Fleischer, M. (1990). *The process of technology innovation*. Lexington, MA.

Tranekjer, T. L., & Knudsen, M. P. (2012). The (unknown) providers to other firms' new product development: what's in it for them?. *Journal of Product Innovation Management*, 29(6), p. 986-999.

U

Utterback, J. M. (1994). Radical innovation and corporate regeneration. *Research Technology Management*, 37(4), 10.

V

Vaccaro, I. G., Jansen, J. J., Van Den Bosch, F. A., & Volberda, H. W. (2012). Management innovation and leadership: The moderating role of organizational size. *Journal of management studies*, 49(1), p. 28-51.

Valente, T.W. (1995). *Network Models of the Diffusion of Innovations*. Cresskill, N.J.: Hampton.

Van de Ven, A. H. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management science*, 32(5), p. 590-607.

Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of management review*, 20(3), p. 510-540.

Van de Ven, A.H., D.E. Polley, R. Garud, & S. Venkataraman. (1999). *The Innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press.

Volberda, H. W., Van Den Bosch, F. A., & Heij, C. V. (2013). Management innovation: Management as fertile ground for innovation. *European Management Review*, 10(1), p. 1-15.

Voorberg, W. H., Bekkers, V. J., & Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public management review*, 17(9), p. 1333-1357.

W

Wagner, H. T., Morton, S. C., Dainty, A. R., & Burns, N. D. (2011). Path dependent constraints on innovation programmes in production and operations management. *International Journal of Production Research*, 49(11), p. 3069-3085.

Walker, R. M. (2008). An empirical evaluation of innovation types and organizational and environmental characteristics: Towards a configuration framework. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), p. 591-615.

Walker, R. M., Damanpour, F., & Devece, C. A. (2011). Management innovation and organizational performance: The mediating effect of performance management. *Journal of public administration research and theory*, 21(2), p. 367-386.

West, E., Barron, D. N., Dowsett, J., & Newton, J. N. (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies. *Social science & medicine* (1982), 48(5), 633-646.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00361-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00361-x)

Westphal, J. D., Gulati, R., & Shortell, S. M. (1997). Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM Adoption. *Administrative Science Quarterly*, 42(2), 366-394.

<https://doi.org/10.2307/2393924>

Williamson, O. E. (1975). *Markets and Hierarchies*. New-York: the Free Press.

Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet interventions, 20*, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>

Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. *Innovation in public sector services: Entrepreneurship, creativity and management*, p. 3-20.

Windrum, P., & Koch, P. M. (Eds.). (2008). *Innovation in public sector services: entrepreneurship, creativity and management*. Edward Elgar Publishing.

Wootton, R. (2001). Telemedicine. *BMJ 323*(7312), p. 557-560.

Y

Yetton, P., Sharma, R., & Southon, G. (1999). Successful is Innovation: The Contingent Contributions of Innovation Characteristics and Implementation Process. *Journal of Information Technology, 14*(1), 53-68. <https://doi.org/10.1177/026839629901400105>

Yin R. K. (1984). *Case study research : design and methods*. Sage Publications.

Yorks, L., & Whitsett, D. A. (1985). Hawthorne, Topeka, and the issue of science versus advocacy in organizational behavior. *Academy of Management Review, 10*(1), p. 21-30.

Z

Zaghmouri, N. (2020). Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé. *Projectics/Proyética/Projectique, 26*(2), p. 77-94.

Zanello, G., Fu, X., Mohnen, P., & Ventresca, M. (2016). The creation and diffusion of innovation in developing countries: A systematic literature review. *Journal of Economic Surveys, 30*(5), p. 884-912.

Zardet, V., Fièrè, D., Savall, H., & Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales, 29*(6/7), 277.

Zbaracki, M. J. (1998). The Rhetoric and Reality of Total Quality Management. *Administrative Science Quarterly, 43*(3), p. 602-636.

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health, 26*(4), p. 377-379.

Zhu, Y., Wittmann, X., & Peng, M. W. (2012). Institution-based barriers to innovation in SMEs in China. *Asia Pacific Journal of Management, 29*, p. 1131-1142.

Liste des sigles et des acronymes

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AM	Assurance Maladie
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Activité Physique Adaptée
ARAMOS	Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ATP	Accompagnement Thérapeutique Personnalisé
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIS	Comité Interministériel pour la Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CS	Conseil Stratégique
CSO	Centre Spécialisé Obésité
CTIS	Comité Technique de l'Innovation en Santé
DAC	Dispositifs d'Appui à la Coordination
DCGDR	Direction de la Coordination de la Gestion Du Risque
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DVH	Décloisonnement Ville-Hôpital
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FISS	Fond d'Innovation du Système de Santé
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire

HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier (ère) Diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier (ère) Diplômé d'Etat Libéral
JO	Journal Officiel
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT	Médecin Traitant
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
RF	Rapport Final
RI	Rapport Intermédiaire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TLSA	Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé

Liste des tableaux

Tableau 0.1. : Grille d'analyse des barrières et des leviers à l'adoption des IOS	22
Tableau 0.2. : Architecture de la thèse	34
Tableau 1 : Définitions de l'innovation selon le manuel d'Oslo (2005)	44
Tableau 2 : Les 7 types d'innovation dans le secteur public (adapté de Cinar et al., 2022)	45
Tableau 3 : Définitions de l'innovation organisationnelle et de ses terminologies connexes	52
Tableau 4 : Exemples d'innovations organisationnelles (traduit et adapté de Birkinshaw et al. 2008)	55
Tableau 5 : Les barrières internes à l'innovation (adapté de Dubouloz, 2014)	69
Tableau 6 : Le modèle de Greenhalgh et al. (2004) revisité sous la forme d'une grille d'analyse	71
Tableau 7 : Barrières inter-organisationnelles dans les organisations de santé (Auschra, 2018)	81
Tableau 8 : Proposition d'une grille de lecture des différents niveaux d'analyse des barrières à l'innovation organisationnelle	84
Tableau 9 : Matériau collecté pour l'analyse des données secondaires	147
Tableau 10 : Extrait du fichier de contacts des porteurs des IOS de l'article 51	155
Tableau 11 : Entretiens conduits	158
Tableau 12 : Plan de codage générique des dossiers institutionnels	165
Tableau 13 : Exemple de matrice Metis Connect	167
Tableau 14 : Extrait de la synthèse des différents projets de l'article 51 montrant le couple problèmes/solutions des IOS	169
Tableau 15 : Grille de codage de la génération des IOS	171
Tableau 16 : Grille de codage des barrières à l'IOS dans la phase de décision	172
Tableau 17 : Stratégie des acteurs de santé de ville du traitement et des soins	187
Tableau 18 : Stratégie des acteurs de santé hospitaliers du traitement et des soins	188
Tableau 19 : Stratégie des acteurs de santé du monde du contrôle	189

Tableau 20 : Stratégie des acteurs de santé du monde de la communauté	190
Tableau 21 : Chronologie et principales étapes de terrain de l'étude de cas MEDISIS	193
Tableau 22 : Une lecture du DVH par les étapes du projet MEDISIS	199
Tableau 23 : Projet de diffusion de MEDISIS	205
Tableau 24 : Extrait de la synthèse des différents projets de l'article 51 montrant le couple problèmes/solutions des IOS	217
Tableau 25 : Extrait du tableau de codage des problèmes relatifs à l'organisation des soins et des défis du système et des organisations de santé	221
Tableau 26 : Raréfaction des ressources exprimée dans les cahiers des charges	223
Tableau 27 : Inégalités territoriales et sociales et soins non-pris en charge	224
Tableau 28 : Déficit d'informations/de coordination et/ou de formation des professionnels de santé	226
Tableau 29 : Temps médical et/ou pratiques professionnelles non prises en charge par l'AM	228
Tableau 30 : Contenu des IOS par problématiques de santé adressées (Extrait)	232
Tableau 31 : Des IOS visant les problèmes de surpoids et d'obésité	238
Tableau 32 : Des IOS visant les problématiques exclusivement organisationnelles	240
Tableau 33 : Des IOS visant les problèmes liés aux cancers	242
Tableau 34 : Des IOS visant les problèmes bucco-dentaires	244
Tableau 35 : 4 solutions pour améliorer l'organisation de la prescription médicamenteuse	248
Tableau 36 : Profils de patients et problèmes de santé (Extrait)	249
Tableau 37 : Les acteurs impliqués dans les IOS (Extrait)	253
Tableau 38 : Interactions et lieux d'intervention des acteurs dans le parcours de soins du patient (Extrait)	261
Tableau 39 : Répartition des secteurs d'activité des porteurs de projet	263
Tableau 40 : Durée d'instruction des projets d'IOS	266
Tableau 41 : Grille de codage de la genèse de l'IOS	277

Tableau 42 : Grille de lecture mobilisée et interprétation conceptuelle des codes	313
Tableau 43 : Grille de codage des barrières à l'initiation des IOS	316
Tableau 44 : Limites, complexité et chronophagie de l'intégration au dispositif article 51	326
Tableau 45 : Grille de codage des leviers de l'initiation des IOS	329
Tableau 46 : Grille de codage des barrières à l'implémentation des IOS	341
Tableau 47 : Impacts du contexte sanitaire sur l'implémentation des IOS	355
Tableau 48 : Grille de codage des leviers l'implémentation des IOS	357
Tableau 49 : Plan de codage générique des dossiers institutionnels	384
Tableau 50 : Matrice télésanté et accès aux soins	385
Tableau 51 : Domaine de la télésanté, Dimensions de l'accès aux soins et acteurs impliqués	389
Tableau 52 : Perception des acteurs des perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté	395
Tableau 53 : Caractéristiques entrepreneuriales identifiées chez les porteurs de projet	420

Liste des figures

Figure 0.1. Cadre théorique	25
Figure 1 : Les six principales phases du processus d'innovation (adapté de Rogers, 1995)	60
Figure 2 : Eléments constitutifs d'un écosystème entrepreneurial (Adapté de Stam et Spigel, 2016 et de Stam et Van de Ven, 2021)	90
Figure 3 : Cadre théorique : Une analyse des éléments constitutifs, des barrières et des leviers de l'IOS	112
Figure 4 : Processus d'intégration des IOS de l'article 51	136
Figure 5 : Les quatre mondes de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2002)	184
Figure 6 : Les quatre mondes dans la société (Glouberman et Mintzber, 2002)	185
Figure 7: Déroulement du processus MEDISIS (schéma issu de document interne)	195
Figure 8 : Répartition des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système et des organisations de santé	222
Figure 9 : « Vue synoptique du contenu des IOS par problématique de santé »	235
Figure 10 : 9 catégories de problématiques de santé particulièrement observées au sein des IOS de l'article 51	236
Figure 11 : Vue synoptique de la répartition des IOS par profil de patients et par problématique de santé adressée	252
Figure 12 : Répartition des professionnels de ville sollicités au sein des IOS	254
Figure 13 : Répartition des professionnels de santé hospitaliers sollicités au sein des IOS	257
Figure 14 : Répartition des autres professionnels (secteur social/médico-social) sollicités au sein des IOS	259
Figure 15 : Répartition des 96 IOS en fonction de leur périmètre d'actions	263
Figure 16 : Les effets attendus « <i>plus</i> » des IOS : les améliorations	264
Figure 17 : Les effets attendus « <i>moins</i> » des IOS : les diminutions	265
Figure 18 : Une conception intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'Innovation Organisationnelle en Santé	268

Figure 19 : Phénomènes à la genèse des IOS et processus de développement des IOS	304
Figure 20 : Barrières et Leviers à l'initiation des IOS	339
Figure 21 : Barrières et leviers à l'implémentation des IOS	370
Figure 22 : Eléments constitutifs d'un écosystème entrepreneurial (Adapté de Stam et Spigel, 2016 et de Stam et Van de Ven, 2021)	427
Figure 23 : Ecosystème d'entrepreneuriat médical généré par l'article 51	431
Figure 24 : Répartition chronologique de l'acceptation des IOS par le CTIS, arrêtée en 2023 (arrêtée au 10 juillet, exprimée en nombre et en pourcentage)	433
Figure 25 : Processus de génération et d'adoption des IOS	455

Liste des encadrés

Encadré 1 : Guide d'entretien genèse, barrières et leviers des IOS	152
Encadré 2 : Courriel type de prise de contact auprès des porteurs de projets	156
Encadré 3 : Extrait notes de recherche réunion équipe MEDISIS/CHRU Nancy	208
Encadré 4 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par le télésoin	390
Encadré 5 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la téléconsultation	390
Encadré 6 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésurveillance	391
Encadré 7 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la téléexpertise	391
Encadré 8 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la téléassistance	392
Encadré 9 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la régulation médicale	393
Encadré 10 : Perspective d'amélioration de l'accès aux soins par la coordination numérique pluriprofessionnelle	393
Encadré 11 : Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par l'éducation thérapeutique numérique	394

Table des matières

Remerciements	5
Sommaire	7

Introduction générale	
------------------------------	--

0.1. Problématique et questions de recherche	14
0.2. Ancrage social, théorique et disciplinaire de la recherche	17
0.2.1. Ancrage social	17
0.2.2. Ancrage théorique	19
0.2.3. Ancrage disciplinaire	22
0.3. Cadre théorique	22
0.4. Positionnement épistémologique et dispositif méthodologique de la recherche	26
0.4.1. Positionnement et risques épistémologiques	26
0.4.2. Dispositif méthodologique	27
0.4.2.1. Une étude de cas unique abrégée abruptement par le contexte sanitaire	27
0.4.2.2. Une réorientation sur l'ensemble des innovations implémentées dans le cadre du dispositif de l'article 51	28
0.5. L'architecture de la recherche	30
0.5.1. Premier chapitre, cadre conceptuel : les défis de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)	30
0.5.2. Deuxième chapitre, cadre épistémologique et méthodologique de la recherche	30
0.5.3. Troisième chapitre, Medisis, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51	31
0.5.4. Quatrième chapitre, les éléments constitutifs des IOS expérimentées dans le cadre de l'article 51	31
0.5.5. Cinquième chapitre, Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé	32
0.5.6. Sixième chapitre, Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS)	32

507

0.5.7. Septième chapitre, Redéfinir l'accès aux soins par la télésanté : les enseignements des IOS de l'article 51	32
0.5.8. Chapitre 8, Développer et encourager l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : vers un entrepreneuriat médical	32

Chapitre 1 : Cadre conceptuel : les défis de l'innovation organisationnelle en santé

1.1. Un cadre général pour définir l'innovation et ses composantes	37
1.1.1. D'une définition fonctionnaliste de l'innovation à une conception intégratrice	38
1.1.2. Incrémentale, radicale, de rupture, degré de nouveauté et impact de l'innovation	40
1.1.3. Le processus d'innovation : linéaire et fermé, ouvert et discontinu	41
1.1.4. Approches typologiques de l'innovation	43
1.2. Principaux enjeux d'adoption de l'Innovation Organisationnelle	49
1.2.1. Définir l'innovation organisationnelle	49
1.2.1.1. L'innovation organisationnelle, un parent pauvre de la recherche sur l'innovation	49
1.2.1.2. Innovation organisationnelle, managériale ou administrative ?	50
1.2.1.3. L'innovation organisationnelle, un effort important de conceptualisation	51
1.2.1.4. Quelques exemples concrets d'innovations organisationnelles et de leurs effets attendus	54
1.2.2. Processus de génération et d'adoption des innovations organisationnelles	59
1.2.2.1. La génération de l'innovation	60
1.2.2.2. Adoption de l'innovation organisationnelle	61
1.2.3. L'adoption d'une Innovation organisationnelle : un chemin parsemé d'embûches et de conditions facilitantes	65
1.2.3.1. Les attributs perçus de l'innovation selon Rogers (1995)	65
1.2.3.2. Les barrières à l'innovation organisationnelle	66

1.2.3.2.1. Appréhender les barrières à l'innovation organisationnelle dans le contexte des sciences de gestion	68
1.2.3.2.2. Les barrières et les leviers à l'innovation dans les organisations de service	70
1.2.3.2.3. Les barrières à l'innovation dans le secteur public : une analyse récente de la littérature	77
1.2.3.2.4. Barrières inter-organisationnelles dans le contexte spécifique des organisations de santé	81
1.2.3.3. Les leviers de l'innovation organisationnelle	84
1.2.3.3.1. Une approche processuelle des leviers de l'innovation organisationnelle	85
1.2.3.3.2. Une inscription des leviers de l'innovation organisationnelle dans la théorie des ressources	86
1.2.3.3.3. Une approche par les écosystèmes	89
1.2.4. Complémentarité, voire hybridité, de l'innovation organisationnelle et technique	91
1.3. Le cas particulier de l'innovation organisationnelle en santé : impérieuse, mais délicate à implémenter et à adopter ?	94
1.3.1. Définir l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)	94
1.3.2. Les défis du système de santé ou les raisons d'innover	96
1.3.2.1. Financement et régulation des dépenses de santé	96
1.3.2.2. Manque de coordination entre médecine de ville et hôpital	97
1.3.2.3. Déficit de prévention	98
1.3.2.4. Inégalités sociales et d'accès aux soins	99
1.3.3. Des obstacles structurels à l'innovation	101
1.3.3.1. Une diversité des activités	101
1.3.3.2. Une bureaucratie professionnelle	101
1.3.3.3. Les rapports de pouvoir	102
1.3.3.4. Une profonde mutation	102
1.3.4. Les Innovations en Santé : Organisationnelles et Numériques ?	103

1.3.4.1. La santé numérique, un vaste ensemble hétérogène de solutions numériques	103
1.3.4.2. La santé mobile	104
1.3.4.3. Télésanté et Télémédecine	105
1.3.4.4. Robotique	106
1.3.4.5. Les Systèmes d'Information en Santé (SIS) ou Hospitaliers (SIH)	106
1.3.4.6. Intelligence artificielle	107
1.3.4.7. Blockchain	107
1.4. Rappel des questions de recherche et proposition d'un cadre théorique	109
1.4.1. Rappel de la problématique et des questions de recherche	109
1.4.2. Proposition d'un cadre théorique	111
1.4.3. Choisir, c'est renoncer : Théories de l'Acteur Réseau (TAR) et théorie néo-institutionnelle	113

Chapitre 2 : Cadre épistémologique de la recherche

2.1. Choix épistémologiques et méthodologiques	121
2.1.1. Positionnement épistémologique, réflexif et pragmatique, du chercheur	121
2.1.1.1. Le positivisme	121
2.1.1.2. L'interprétativisme	122
2.1.1.3. Le constructivisme	123
2.1.1.4. Positionnement épistémologique du projet de connaissance	123
2.1.1.5. Eviter les risques épistémologiques concrets	124
2.1.2. Principales voies de recherche empruntées	126
2.1.3. Evolutions du design de la recherche et motivations du dispositif méthodologique	127
2.1.3.1. Une étude de cas unique analysant une innovation inter-organisationnelle visant le décroisement ville-hôpital	127
2.1.3.2. Extension de la recherche à l'ensemble des projets de l'article 51	128

2.2. Dispositif méthodologique de la recherche	130
2.2.1. Terrain de recherche	130
2.2.1.1. Les fondements de l'article 51	130
2.2.1.2. Les différents acteurs et instances impliqués et leurs fonctions dans les phases du processus de l'article 51	132
2.2.1.3. La démarche globale de l'article 51 : phase de décision, mise en usage et poursuite de l'usage	134
2.2.1.3.1. Phase de décision : la démarche d'intégration des expérimentations de l'article 51	137
2.2.1.3.2. Phase de mise en usage : mise en œuvre de l'expérimentation	140
2.2.1.3.3. Phase de poursuite de l'usage : les évaluations externes	141
2.2.1.4. Un état des lieux des projets depuis la loi FSS de 2018	142
2.2.2. Collecte des données	144
2.2.2.1. Une première approche des IOS de l'article 51 : le projet d'expérimentation MEDISIS	144
2.2.2.2. Exploiter les données secondaires accessibles pour appréhender le contenu de l'ensemble des IOS de l'article 51	145
2.2.2.3. Collecte des données primaires	151
2.2.3. Analyse des données	164
2.2.3.1. Analyse des données secondaires	164
2.2.3.2. Analyse des données primaires : les entretiens	170

Chapitre 3 : MEDISIS, une étude de cas abrégée initiant un élargissement de la recherche aux IOS de l'article 51

3.1. MEDISIS, une IOS pour répondre au défi du Décloisonnement Ville Hôpital (DVH)	180
3.1.1. Le DVH, une impérieuse nécessité confronté à des difficultés managériales	180
3.1.1.1. Le DVH, une impérieuse nécessité	180
3.1.1.2. Les difficultés managériales du DVH	181
3.1.2. Un cadrage théorique du DVH	183

3.1.2.1. Les 4 mondes de Glouberman et Mintzberg (2002)	183
3.1.2.2. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977)	186
3.1.3. L'étude de cas MEDISIS	191
3.1.4. Contribution de l'IOS MEDISIS au DVH	198
3.1.5. Les prolongements envisagés pour MEDISIS	203
3.2. MEDISIS, une étude de cas révélatrice d'un besoin d'élargissement de la recherche	206
3.2.1. MEDISIS, un cas d'expérimentation d'article 51	206
3.2.2. Un cas stimulant pour l'élaboration des questions de recherche	207
3.2.2.1. MEDISIS, un cas stimulant pour le développement de connaissances sur le contenu des IOS	207
3.2.2.2. MEDISIS, un cas stimulant pour le développement de connaissances sur les barrières et les leviers de l'IOS	208

Chapitre 4 : Les éléments constitutifs des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) expérimentées dans le cadre de l'article 51

4.1. Synthèse du contenu des IOS	216
4.2. Une observation des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé	219
4.2.1. Eléments constitutifs des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé	219
4.2.2. Illustration des problèmes relatifs à l'organisation des soins et aux défis du système de santé	223
4.3. Une approche par les problématiques de santé adressées	231
4.3.1. Une description des problématiques de santé adressées par les IOS de l'article 51	232
4.3.2. Un approfondissement des problématiques de santé adressées les plus observées	237
4.4. Une vue synoptique par profil de patients et par problématique de santé	249

4.5. Les acteurs impliqués dans les organisations proposées	252
4.5.1 Les acteurs de santé de ville sollicités au sein des projets	253
4.5.2. Les professionnels de santé hospitaliers fréquemment sollicités au sein des projets	257
4.5.3 Les autres professionnels (secteur social/médico-social) et les structures sollicitées	258
4.6. Interactions et lieux d'actions des différents acteurs dans le parcours de soins des patients	260
4.7. Les éléments connexes au contenu des IOS	262
4.7.1. Une répartition des IOS par périmètre d'actions	262
4.7.2. Le secteur d'activité des porteurs de projets	263
4.7.3. Les critères d'évaluation du CTIS soulignant les effets attendus des IOS	264
4.7.4 La durée moyenne d'instruction des dossiers	266
4.8. Une conception intégratrice, hybride et multidimensionnelle de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)	266

Chapitre 5 : Genèse des Innovations Organisationnelles en Santé

5.1. Rappel du dispositif méthodologique	276
5.2. Les phénomènes à l'origine des IOS	280
5.2.1. Empathie patient	280
5.2.1.1. Empathie dédiée à la prévention	281
5.2.1.2. Empathie vis-à-vis de la prise en charge et du suivi du patient	281
5.2.1.3. Empathie visant l'accès aux soins et l'accessibilité financière	282
5.2.1.4. Empathie envers les conditions de vie et les inégalités sociales	283
5.2.2. Inspiration internationale	285
5.2.3. Inspiration académique	286
5.2.4. Inspiration technologique	287
5.2.5. Les effets de rencontre	289
5.2.6. Volonté de transformation organisationnelle	290

5.2.6.1. La volonté de créer de nouvelles structures et de nouveaux modèles organisationnels	290
5.2.6.2. La volonté de proposer et de développer de nouveaux services	292
5.2.6.3. La volonté de transformation organisationnelle par la mise en place de nouveaux parcours	294
5.2.6.4. Une volonté de transformation organisationnelle par la création de nouvelles relations avec les professionnels et les patients	295
5.2.7. Interdépendance des phénomènes à la genèse des IOS	297
5.3. Processus de recherche et de développement des IOS	298
5.3.1. Les IOS, un processus de recherche et de développement ouvert	298
5.3.2. Les IOS de l'article 51, un processus ex materia	299
5.3.2.1. Les IOS ex materia par incrémentalisme périmétrique	300
5.3.2.2. Les IOS ex materia par incrémentalisme processuel	301
5.3.3. Les IOS de l'article 51, un processus ex nihilo	302

Chapitre 6 : Barrières et leviers à l'adoption des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS)

6.1. Rappel du dispositif méthodologique	312
6.2. Barrières et leviers à l'initiation des IOS	314
6.2.1. Barrières à l'initiation des IOS	315
6.2.1.1. Grille de codage des barrières à l'initiation des IOS	315
6.2.1.2. Les barrières nano à l'initiation des IOS	318
6.2.1.3. Les barrières micro à l'initiation des IOS	318
6.2.1.4. Les barrières méso à l'initiation des IOS	320
6.2.1.5. Les barrières macro à l'initiation des IOS	322
6.2.1.6. Les barrières supra à l'initiation des IOS	328
6.2.2. Leviers de l'initiation de l'IOS	329
6.2.2.1. Grille de codage des leviers de l'initiation des IOS	329
6.2.2.2. Les leviers nano de l'initiation des IOS	334

6.2.2.3. Les leviers micro de l'initiation des IOS	334
6.2.2.4. Les leviers méso de l'initiation des IOS	335
6.2.2.5. Les leviers macro de l'initiation des IOS	336
6.2.2.6. Les leviers supra de l'initiation des IOS	337
6.3. Barrières et leviers à l'implémentation de l'IOS	340
6.3.1. Barrières à l'implémentation des IOS	340
6.3.1.1. Grille de codage des barrières à l'implémentation des IOS	340
6.3.1.2. Les barrières nano à l'implémentation des IOS	346
6.3.1.3. Les barrières micro à l'implémentation des IOS	346
6.3.1.4. Les barrières méso à l'implémentation des IOS	350
6.3.1.5. Les barrières macro à l'implémentation des IOS	353
6.3.1.6. Les barrières supra à l'implémentation des IOS	355
6.3.2. Leviers de l'implémentation des IOS	356
6.3.2.1. Grille de codage des leviers de l'implémentation des IOS	356
6.3.2.2. Les leviers nano de l'implémentation des IOS	361
6.3.2.3. Les leviers micro de l'implémentation des IOS	361
6.3.2.4. Les leviers méso de l'implémentation des IOS	364
6.3.2.5. Les leviers macro de l'implémentation des IOS	367
6.3.2.6. Les leviers supra de l'implémentation des IOS	368

Chapitre 7 : Redéfinir l'accès aux soins par la télésanté : les enseignements des IOS de l'article 51

7.1. Introduction des enjeux de l'accès aux soins par la télésanté	376
7.2. Pour une approche actualisée de l'accès aux soins par la télésanté	378
7.2.1. Champ d'application de la télésanté	379
7.2.2. Redéfinir l'accès aux soins à l'ère du numérique	379
7.2.3. L'accès aux soins et ses différentes dimensions	381
7.3. Dispositif méthodologique	382
7.3.1. Terrain de recherche et données empiriques	383

7.3.2. Une double collecte de données	383
7.3.3. Une analyse approfondie des dossiers institutionnels	384
7.3.4. Des entretiens avec des acteurs clés	387
7.4. Résultats	388
7.4.1. Influence de la télésanté sur l'accès aux soins	388
7.4.2. Perspectives d'amélioration de l'accès aux soins par la télésanté	389
7.4.3. Les conditions de l'amélioration de l'accès aux soins identifiées par les acteurs	395
7.4.3.1. Perspectives d'amélioration perçues de l'accès aux soins par la télésanté	395
7.4.4. Les conditions facilitant l'accès aux soins par la télésanté	397
7.5. Discussion	401
7.5.1. Une nécessaire incarnation des acteurs de la télésanté	401
7.5.2. D'une logique d'accès physique aux soins à une logique d'accès par l'usage	402
7.5.3. Un rôle majeur de la sensibilisation	402
7.6. Conclusion	403

Chapitre 8 : Développer et encourager l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : vers un entrepreneuriat médical ?

8.1. Vers un entrepreneuriat médical encouragé par les institutions	410
8.1.1. Un entrepreneuriat institutionnel représenté par le dispositif de l'article 51	410
8.1.2. Définir l'entrepreneuriat médical	412
8.2. Un ensemble de caractéristiques entrepreneuriales marquées chez les porteurs de projet	415
8.2.1. Les caractéristiques entrepreneuriales des porteurs de projet de l'article 51	416
8.2.1.1. Des entrepreneurs aux multiples créations	417
8.2.1.2. Des caractéristiques entrepreneuriales marquées	420
8.2.2. Les porteurs de projet, un quotidien d'entrepreneur ?	421
8.3. Vers un écosystème entrepreneurial de l'IOS	425

8.3.1. Le dispositif de l'article 51, un entrepreneur institutionnel qui a su générer un écosystème d'entrepreneuriat médical	425
8.3.2. Être vigilant pour maintenir et pérenniser la dynamique d'IOS	432
8.3.3. Préconisations pour la création d'un écosystème d'entrepreneuriat médical renforcé et élargi	435
8.3.3.1. Prendre conscience de la génération d'un écosystème d'entrepreneuriat médical	436
8.3.3.2. Minimiser la tentation bureaucratique	437
8.3.3.3. Élargir le spectre de l'écosystème	438

Conclusion Générale

9.1. Éléments constitutifs des IOS	448
9.2. Genèse des IOS	450
9.3. Barrières et leviers à l'adoption des IOS	452
9.4. Télésanté et accès aux soins	458
9.5. L'entrepreneuriat médical	458
9.6. Apports, limites et perspectives	461
9.6.1. Apports méthodologiques	461
9.6.2. Apports théoriques	461
9.6.3. Apports managériaux	463
9.6.3.1. Prolonger la dynamique d'entrepreneuriat médical initiée par l'article 51	463
9.6.3.2. Renforcer et élargir l'écosystème d'entrepreneuriat médical	463
9.6.4. Limites et perspectives de la recherche	464

Références Bibliographiques

A à Z	467
--------------	------------

Liste des sigles et des acronymes	497
Liste des tableaux	499
Liste des figures	503

Liste des encadrés	505
Table des matières	507

Éléments constitutifs, Genèse, Barrières et Leviers de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) : Les enseignements de l'Article 51

Résumé

Cette recherche identifie les éléments constitutifs, la genèse, les barrières et leviers de l'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS). Elle prend appui sur l'analyse d'un dispositif ministériel, l'article 51, qui a pour vocation à encourager les IOS, à partir de projets initiés par des acteurs de terrain. Les documents institutionnels de 96 projets sont analysés et 52 entretiens sont conduits avec les porteurs de projet. Ce matériau permet de développer plusieurs résultats. En premier lieu, nous proposons un large panorama du contenu des IOS, qui souligne les problèmes traités, les professionnels impliqués, les effets attendus. En second lieu, nous identifions les différents processus ex nihilo et ex materia à la genèse des IOS. Ensuite, les barrières et les leviers identifiés montrent la complexité d'une démarche d'innovation en santé. Finalement, cette recherche défend l'idée que cette complexité est surmontée par une nouvelle forme d'entrepreneuriat, l'entrepreneuriat médical.

Mots clés : Article 51 ; Innovation Organisationnelle en Santé ; Entrepreneuriat médical ; Ecosystème d'entrepreneuriat médical.

Résumé en anglais

This research identifies the constitutive elements, genesis, barriers, and drivers of Organizational Innovation in Healthcare (OIH). It is based on the analysis of a ministerial initiative, Article 51, which aims to promote OIH through projects initiated by field actors. Institutional documents from 96 projects are analyzed, and 52 interviews are conducted with project leaders. This material allows for the development of several outcomes. Firstly, we provide a broad overview of the content of OIH, highlighting the issues addressed, professionals involved, and expected effects. Secondly, we identify the various processes, both ex nihilo (from scratch) and ex materia (from existing materials), in the genesis of OIH. Subsequently, the identified barriers and drivers illustrate the complexity of the innovation process in healthcare. Finally, this research argues that this complexity is overcome by a new form of entrepreneurship, namely medical entrepreneurship.

Keywords: Article 51; Organizational Innovation in Health; Medical Entrepreneurship; Medical Entrepreneurship Ecosystem.