

## Préface de Jean-Louis Denis

# Adaptation, confiance et méthodologie

La question de l'innovation organisationnelle en santé n'est pas nouvelle mais elle n'en est pas moins d'actualité. Tous les systèmes de santé des pays à haut revenu font face à des défis importants lorsqu'il s'agit d'adapter leurs systèmes de santé à l'évolution de la demande, des connaissances et des préférences, des circonstances économiques ou des technologies (Denis *et al.* 2018). La pandémie actuelle de COVID-19 révèle au grand jour le besoin d'apporter des innovations organisationnelles pour mieux répondre à l'imprévu et s'assurer d'une réponse adéquate et responsable. Ces innovations organisationnelles sont multiformes et renvoient à une reconfiguration des logiques professionnelles, cliniques, managériales et civiques, pour n'en nommer que quelques-unes, qui structurent le fonctionnement d'un système de santé (Thornton et Ocasio 2008). De longue date, le système de santé est caractérisé par un décalage important entre l'innovation technique et l'innovation organisationnelle ou institutionnelle. Si un tel décalage n'est pas l'apanage unique du secteur de la santé, il se manifeste avec une acuité surprenante dans ce secteur. L'innovation technique au sens large du terme est un moteur puissant des évolutions dans le domaine de la santé. Les nouveaux médicaments et technologies diagnostiques et thérapeutiques pénètrent le système et les organisations de santé à une vitesse rendant leur maîtrise difficile. Ce qui s'annonce sur le plan des thérapies cellulaires est décrit comme un tsunami qui pourrait emporter le système de santé, où tout au moins relancer sans pouvoir se défilier la difficile question des coûts et de ce qui doit être offert ou non par nos régimes de protection sociale. L'innovation numérique et l'intelligence artificielle vont aussi susciter des transformations sur les plans organisationnel et institutionnel (Hinings *et al.* 2018).

L'innovation organisationnelle, qui peut plus largement être qualifiée d'innovation immatérielle, est difficile à susciter ou tout au moins à un degré tel qu'elle permettrait une meilleure maîtrise des innovations dites techniques. Il suffit de penser à l'expérience des systèmes de santé face à la désinstitutionnalisation des soins permise (en

principe) par l'arrivée des technologies laparoscopiques dans les années 1990. Le développement de l'ambulatoire s'est fait plus lentement qu'autrement et les milieux cliniques ou organisationnels ont peiné à capitaliser sur cette opportunité. Il y a là certes le reflet d'une prudence raisonnable puisque l'innovation doit permettre de produire des soins de qualité et en toute sécurité. Il y a aussi l'empreinte laissée par des rigidités professionnelles, organisationnelles ou politiques qui rendent cette capitalisation incertaine ou tardive.

La santé n'est pas seule dans ce combat pour l'innovation. D'autres secteurs d'activité, dont celui des entreprises à vocation économique, soulignent de longue date la difficulté à renouveler les rapports sociaux de production en faveur d'une plus grande adaptation à un environnement en constante évolution (Osty *et al.* 2007). Dans le domaine de la santé, des innovations organisationnelles, que je désignerais « de base », tardent aussi à se matérialiser. Prenons pour exemple la difficulté à établir un lien entre la désignation de responsabilité de soins, la mise en place d'incitations propices à cette prise de responsabilité et l'optimisation de l'utilisation des ressources cliniques. L'intérêt porté en France et ailleurs pour la mise en place de nouvelles formes organisationnelles comme les *Accountable Care Organizations* (ACO) témoigne de cet enjeu fondamental en matière d'innovation (Lemaire 2019). Plus largement, nous pourrions aussi souligner la difficulté de plusieurs systèmes de santé à recentrer aussi leur mission vers des priorités émergentes (santé mentale, fragilité, etc.). Évidemment, il ne s'agit pas là uniquement d'une question d'innovation organisationnelle mais bien d'innovations sur le plan des mentalités et des rapports sociaux entre acteurs. Que nous propose donc cet ouvrage, sans prétendre y rendre justice en quelques lignes, pour mieux comprendre les stratégies susceptibles de favoriser et de capitaliser sur l'innovation organisationnelle ? L'intérêt d'un tel ouvrage n'est pas dans sa portée diagnostique, le problème est assez bien connu, mais bien dans les pistes de réponse qu'il propose au problème épineux de la lourdeur ou de l'insuffisance de l'innovation organisationnelle en santé. Je me limiterai à certaines remarques autour des trois thèmes principaux qui composent les trois parties de l'ouvrage. Ces trois thèmes se chevauchent en partie et j'y reviendrai en conclusion.

Le premier thème de cet ouvrage, traité dans la partie intitulée « Les innovations au regard des acteurs » (partie 1), soulève la question de l'*agencéité* dans les processus d'innovation en santé. Innover veut dire dans ce cas développer une portée plus grande à la pensée et à l'action d'acteurs en marge des circuits usuels du pouvoir, qu'ils soient professionnels ou patients. L'innovation organisationnelle relève ici d'une capacité à générer des contre-pouvoirs de manière à accroître la légitimité de nouveaux savoirs, modes d'intervention et représentations. Ces contre-pouvoirs (Light 2010) sont source d'innovation dans la mesure où ils sont et seront suffisamment puissants pour s'éloigner de la reproduction des logiques qui dictent le fonctionnement actuel des organisa-

tions et du système de santé. Se dessine, à l'arrière de cette mise en scène de nouveaux acteurs, un réel projet politique au sens où l'innovation organisationnelle consiste à renouveler sur le fond les rapports sociaux entre acteurs qui habitent le champ de la santé (Hallett et Ventresca 2006). Sous ce thème, une place plus grande ou tout au moins plus explicite pourrait être donnée aux acteurs qui vivent en marge du système de santé mais qui appellent à son renouvellement. Je pense ici aux personnes aux prises avec des situations sociales qualifiées de marginales et aux organisations militantes pour qui la question sociale et la question sanitaire s'entrecroisent et se confondent.

Le deuxième thème, traité dans la partie intitulée « Les innovations du côté des collectifs » (partie 2), porte sur l'innovation comme le produit de nouveaux agencements. Ces espaces ou collectifs de toute sorte, communautés de pratique et laboratoires d'innovation entre autres, sont en soit des innovations du point de vue des organisations et du système de santé. Leur mise en place questionne les pratiques courantes et exprime une forme de résistance productive dans les organisations et le système de santé (Courpasson *et al.* 2012). L'hypothèse ici voit dans l'innovation le produit d'une zone de protection qui permet à des acteurs de s'engager librement dans l'exploration et l'expérimentation. La vitalité de tels espaces relève du fait que l'on accepte comme organisation de suspendre momentanément la discipline ambiante pour laisser émerger l'innovation (Zietsma et Lawrence 2010). Ces espaces témoignent de l'importance de la créativité et du détachement pour repenser les façons de faire. Ils permettent aussi de mettre en relation des acteurs qui habituellement fonctionnent dans des univers parallèles ou distincts. Ils vont être porteurs d'innovation dans la mesure où ce qu'ils produisent est repris et accepté par des acteurs pouvant influencer les décisions prises au sein de l'organisation.

C'est tout le défi de la pérennité et de la mise à l'échelle des innovations en santé où, trop souvent, des expériences locales probantes ne réussissent pas à percer au grand jour et à s'institutionnaliser. Les auteurs ne traitent pas ici uniquement d'espaces innovants mais bien d'innovations dans le design des organisations (structuration en pôles, par exemple) ou dans les politiques publiques (territorialisation des politiques, par exemple). On peut faire l'hypothèse que design innovant et nouveaux espaces d'innovation se complètent l'un l'autre offrant peut-être la perspective d'une institutionnalisation de l'innovation. Les innovations du design organisationnel absorbent en un sens la logique du laboratoire vivant en formalisant de nouveaux cadres d'interaction. Elles doivent s'accompagner d'un changement et d'une audace sur le plan des idées et des mentalités pour que naissent des innovations organisationnelles et de nouvelles pratiques. Enfin, les technologies sont appelées à jouer un rôle de plus en plus important dans une mise en relation et en tension d'une pluralité d'acteurs à la recherche d'innovation. Chacun des chapitres présentés dans cette partie pourrait considérer le

potentiel des nouvelles technologies comme créateur d'espaces collectifs accélérateurs d'innovations organisationnelles (Ansell et Gasch 2018).

Le troisième thème, traité dans la dernière partie intitulée « Regards réflexifs sur les innovations organisationnelles en santé » (partie 3), donne place à l'analyse systématique d'expériences pour penser le changement et l'innovation, que ce soit par la recherche ou par l'évaluation en contexte. Cette partie souligne, par les différentes contributions qui la composent, l'importance du nexus connaissance-pouvoir dans la compréhension et la mise en forme des innovations (Ferlie et McGivern 2014). L'innovation organisationnelle émerge de processus plus ou moins délibérés et ne révèle pas facilement toute sa subtilité. Des procédés systématiques doivent être mis en place pour apprendre de l'expérience et produire une connaissance susceptible d'accompagner et propulser les innovations. L'idée est de produire, au moyen d'un regard réflexif, une connaissance sur les conditions de transformation d'une organisation ou d'un système de santé. L'analyse de politiques publiques en santé offre ici l'occasion d'apprendre en temps réel d'initiatives visant à opérer des transformations à grande échelle et à généraliser des innovations organisationnelles.

Se pose ensuite l'enjeu de rendre effective cette connaissance, c'est-à-dire de réunir les conditions pour que les acteurs s'intéressent à cette dernière pour agir en faveur de l'innovation. Les outils de gestion et les instruments des politiques jouent ici un rôle de premier plan puisqu'ils mettent en circulation des représentations jusque-là moins ou peu connues sur les activités, les comportements et les évolutions qu'ils peuvent induire. Ils permettent idéalement d'ouvrir à la gouvernance de nouveaux objets, que cela soit l'état de santé d'une population, la qualité de vie ou la vie en santé avec la maladie (Jarzabkowski et Kaplan 2015). Dans tous processus d'innovation, il importe de porter attention aux circuits d'allocation des ressources qui pèsent en faveur ou en défaveur sur l'innovation organisationnelle. Il ne suffit pas de prétendre vouloir renouveler les soins primaires ou encourager l'innovation dite de la base, il faut qu'une organisation soit en mesure de dédier les ressources qui vont permettre à ces acteurs de matérialiser leurs projets. Ces ressources ne sont pas nécessairement nouvelles, soulignant l'importance de pouvoir réallouer des ressources au profit de priorités ou représentations émergentes dans le système de santé.

Les trois thèmes/parties qui structurent cet ouvrage sur l'innovation organisationnelle en santé sont complémentaires. Pour favoriser l'innovation, il faut des acteurs en mesure d'exercer une influence, des espaces pour créer et expérimenter et des connaissances sur les processus susceptibles de soutenir et accélérer la remise en cause du *statu quo* et la mise en place de nouveaux modes d'organisation ou pratiques. Une des conditions essentielles à une gouvernance de l'innovation dans les systèmes de santé est la question d'un alignement et d'une cohérence entre les politiques publiques et

les dynamiques et besoins retrouvés dans les organisations et les milieux cliniques. Cet ouvrage nous fournit les pièces pour aborder avec sérieux et pertinence le puzzle de l'innovation organisationnelle. Il gagnera à être complété par une réflexion sur les conditions politiques et sociales qui permettent à des systèmes de santé de s'adapter mieux que d'autres aux grands défis contemporains de la santé et ainsi de capitaliser à grande échelle sur l'innovation, qu'elle soit organisationnelle ou non.

Jean-Louis DENIS  
CR-CHUM  
Université de Montréal

## Bibliographie

- Ansell, C., Gash, A. (2018). Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(1), 16–32.
- Courpasson, D., Dany, F., Clegg, S. (2012). Resisters at work: Generating productive resistance in the workplace. *Organization Science*, 23(3), 801–819.
- Denis, J.L., Usher, S., Preval, J., Côté-Boileau, É. (2018). Health system reforms in mature welfare states: tales from the North. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(4).
- Ferlie, E., McGivern, G. (2014). Bringing Anglo-governmentality into public management scholarship: the case of evidence-based medicine in UK health care. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(1), 59–83.
- Hallett, T., Ventresca, M.J. (2006). Inhabited institutions: Social interactions and organizational forms in Gouldner's Patterns of Industrial Bureaucracy. *Theory and society*, 35(2), 213–236.
- Hinings, B., Gegenhuber, T., Greenwood, R. (2018). Digital innovation and transformation: An institutional perspective. *Information and Organization*, 28(1), 52–61.
- Jarzabkowski, P., Kaplan, S. (2015). Strategy toolisation: An institutional perspective. "technologies of rationality" in practice. *Strategic management journal*, 36(4), 537–558.
- Lemaire, N. (2019). *Accountable Care Organizations (ACO) : quelle pertinence pour le système de santé français ?*. *Les Tribunes de la santé*, 1, 99–107.
- Light, D.W. (2010). Health-care professions, markets and countervailing powers. *Handbook of medical sociology*, 6, 270–289.
- Osty, F., Sainsaulieu, I., Uhalde, M. (2007). *Les mondes sociaux de l'entreprise : penser le développement des organisations*. La Découverte, Paris.

- Thornton, P.H., Ocasio, W. (2008). Institutional logics. Dans *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, Greenwood, R., Oliver, C., Suddaby, R., Sahlin, K. (dir.). SAGE Publications, Thousand Oaks, 99–128.
- Zietsma, C., Lawrence, T.B. (2010). Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work. *Administrative science quarterly*, 55(2), 189–221.

## Préface de Norbert Nabet

# Les défis du décloisonnement : pour d'autres approches plus collaboratives

Notre système de santé est complexe, fruit d'évolutions historiques parfois contradictoires, riche de ses diversités mais finalement assez bien organisé pour résister aux changements, surtout institutionnels. Or, en France, c'est l'institution qui pilote le changement : système hyperréglementé et suradministré, fruit de notre histoire sanitaire mal apprivoisée et riche de spécificités, d'acquis et compromis, et donc de compartiments et de secteurs possédant leurs propres gouvernances, représentations, tarifs, instances, entravés ou finalement protégés par leurs propres cloisons.

En France, la loi et l'administration, au nom de la qualité, de la sécurité et de l'égal accès aux soins, organisent avec leurs outils traditionnels le système, sa robustesse, son universalité mais aussi sa performance et son évolution.

D'un côté, des crises sanitaires spectaculaires imposent des réactions fortes et visibles donc législatives. Ainsi habitués à régler les problèmes à ce niveau de puissance, les gouvernements se plient au rituel législatif et font de chaque mandat présidentiel une occasion de réformer, améliorer et transformer l'ensemble de l'offre de soins et de santé, que tout le monde à présent, certainement par souci de simplicité, s'accorde à désigner comme un « système » de santé.

Par ailleurs, depuis le début des années 2000, deux tutelles symboliques et opérationnelles se font plus ou moins concurrence, chacune émettant ses propres règles, recommandations et donc cloisons à des administrations centrales et territoriales redondantes.

Enfin, depuis une dizaine d'années, le contrôle arithmétique des dépenses étant passé du statut de solution exclusive à celui de problème, l'organisation du système – sa gouvernance (ARS), son fonctionnement (parcours), son évolution (innovation) – est devenue l'incarnation des attentions, des espoirs et des ambitions de chacun.

Malheureusement, si l'objectif change, les moyens résistent et la loi prescrit toujours ces évolutions, qui sont pour beaucoup des décloisonnements. Les combats homériques des lobbies et des corporations condamnant, la plupart du temps, la montagne à accoucher d'une souris. Le dispositif imaginé par le gouvernement sort ainsi souvent amputé d'une partie de son essence parce qu'il a été nécessaire de trouver un point d'équilibre dans le débat parlementaire et les négociations, qu'elles soient conventionnelles ou politiques.

L'autre cadre législatif est l'annuelle loi de financement de la sécurité sociale qui fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet outil de régulation financière influence terriblement les organisations opérationnelles en ville, à l'hôpital ou dans les établissements et services médico-sociaux, sans qu'aucun professionnel de santé ou responsable de structure ne comprenne son rationnel ni les moyens et modalités dont il dispose pour l'influencer.

Fort de ce constat à peine caricatural, que faire ? Peut-être, dans un premier temps, questionner notre système pour comprendre ce qui en ferait une organisation lisible, pilotable, et donc décloisonnable. Comprendre pour agir. Choisir une grille de lecture pour définir un schéma directeur et finalement une stratégie d'actions et d'innovations qui n'érige pas de nouvelles cloisons et n'augmente pas la cacophonie.

Ainsi, et à titre d'exemple, il est possible de considérer notre système, mais également nos projets d'innovation, comme des propositions de valeurs qui s'adressent à un ou plusieurs segments de la population ou de patients, par des canaux et selon des modes de relation spécifiques en s'appuyant sur des ressources et des activités qui mobilisent des partenaires. Chacun de ces éléments a naturellement un coût qu'il convient de considérer et d'optimiser. C'est certainement l'analyse méthodique, pragmatique et sans concession de ces *process* ou étapes qui nous permettra d'appréhender au mieux et de construire des organisations en santé lisibles, pilotables et donc *décloisonnantes*.

Ensuite, sur cette base, l'innovation des pratiques et organisations est d'abord et avant tout envisageable à droit constant. Il faut également signaler la volonté du législateur de laisser un peu plus la main aux opérateurs (et pas uniquement à leurs représentants) et aux patients pour faire évoluer localement et concrètement leurs organisations professionnelles en mettant à leur disposition des outils contractuels et financiers permettant de les faire advenir (art. 51 de la loi HPST sur les coopérations et

LFSS 2018 sur les innovations organisationnelles, CPTS, GHT, etc.). Dans tous les cas, il faut se connaître, s'écouter, se parler, partager un implicite commun, se doter d'outils et de méthodes, expérimenter, observer les expériences voisines et pouvoir s'appuyer, lorsque c'est nécessaire, sur une administration bienveillante et aidante.

C'est dans ce contexte que les innovations rapportées dans cet ouvrage ont pu voir le jour. Elles sont le plus souvent le fait de pionniers dont le leadership et le charisme ont permis de créer un espace de liberté. En cela ils nous montrent la voie et font la démonstration de l'utilité du décloisonnement dans les blocs opératoires, les pôles ou les territoires, mais également dans la production de la connaissance et des pratiques professionnelles entre les professionnels eux-mêmes et avec les patients.

La question de la transformation du système repose sur notre capacité collective à diffuser ces innovations : soit en leur transférant rapidement le statut de règles de droit commun – c'est l'esprit de l'article 51 de la LFSS 2018 ; soit en autorisant « en même temps » chacun à imaginer sa propre organisation, en fonction de son écosystème et de ses capacités et en s'inspirant d'une réalisation voisine similaire et en s'appuyant sur une réglementation souple et spontanément évolutive.

Dans tous les cas, les modalités de benchmark et d'échange des pratiques sont centrales dans la diffusion des pratiques innovantes. Les opérateurs ont trop souvent « le nez dans le guidon », à la recherche de solutions qui la plupart du temps existent à quelques kilomètres de là. Faciliter les échanges, l'usage des réseaux sociaux, la publication et la diffusion de revues ou d'ouvrages spécialisés – comme celui que vous vous apprêtez à lire et qui témoigne de la volonté, de l'enthousiasme et de la compétence de l'ensemble des acteurs de notre système de santé – demeure sans conteste le meilleur moyen de progresser.

Norbert NABET  
Directeur  
Relations institutionnelles et partenariales  
Groupe NEHS

# Les défis du décloisonnement : les multiples facettes des frontières à traverser et à articuler

Dans la plupart des pays développés, les systèmes et les organisations de santé offrent à première vue une sorte de mystère à toute personne désireuse d'en comprendre les mécanismes et les dynamiques. Leurs défis sont connus, les relever sont autant d'enjeux (vieillesse de la population, montée des maladies chroniques, bouleversements technologiques permis par l'arrivée des *Big Data* et de l'intelligence artificielle, équilibre financier, accroissement des inégalités d'accès aux soins et services de santé, souhait d'une plus grande autonomie du patient et de la légitimité de sa voix et de ses expériences, etc.). Les malaises sont identifiés comme renforcés par un système trop procédurier, perdant sa capacité à répondre de manière personnalisée et individualisée aux besoins de ses usagers et patients. Il apparaît comme « ingouvernable » par les voies habituelles lorsqu'il s'agit de faire face à des crises aux manifestations soudaines mais inscrites dans un réseau complexe de causes (tels la pandémie de COVID-19 ou le dérèglement climatique).

Ce diagnostic posé, les pistes de transformation sont également identifiées autour de l'impératif central qu'est le décloisonnement d'un système trop fortement compartimenté : inventer de nouvelles formes de gouvernance et de coopération pour contrer l'impossibilité à faire « collectif » dans un système pluraliste et redonner des marges de manœuvre et des espaces d'inventivité et de transformation aux acteurs « de terrain » face à un système fortement piloté par le haut et accordant peu de confiance et de légitimité à nombre d'acteurs. Et pourtant, les systèmes de santé demeurent difficiles à transformer alors que les expérimentations, les approches créatives, les

dynamiques locales, les réagencements organisationnels, etc. sont extraordinairement nombreux.

Pour aller au-delà de cet apparent paradoxe, il convient d'adopter des angles de vue et d'observation pertinents et ouvrant sur des perspectives d'analyse porteuses de transformation.

C'est pourquoi le prisme retenu dans cet ouvrage est celui du « décloisonnement », à un niveau micro (acteurs), méso (collectifs divers, regroupements organisés) et davantage macro (organisations). En effet, ce terme de « décloisonnement » offre différentes lunettes, tant au chercheur qu'aux acteurs professionnels et institutionnels pour repenser ce qui fait frontière et pour agir sur ces frontières afin d'organiser ou de coordonner différemment les activités. Cet ouvrage propose donc une manière renouvelée d'analyser des innovations organisationnelles qui ont pour projet de transformer le système de santé d'un mode vertical et cloisonné à un mode plus horizontal et décloisonné. Cette approche permet de porter un regard pluriel sur les leviers, les conditions favorables ou encore les principes méthodologiques pouvant soutenir de manière durable des transformations, pour « refaire institution ».

## **Décloisonner : la lunette de la frontière**

Penser l'innovation par la lunette du décloisonnement invite, *a contrario*, à investir ce qui fait frontière. En effet, une frontière permet de nommer, identifier, rendre matériel ou visible ce qui est distinctif entre ce qui est à l'intérieur ou à l'extérieur d'un « espace » (Lamont et Molnar 2002). Ces dimensions sont donc multiples (Zietsma et Lawrence 2010 ; Bucher et Langley 2016) : sociale, relationnelle, cognitive, symbolique, géographique, temporelle, matérielle, institutionnelle, etc. Dans cette perspective, l'innovation devient opportune lorsque des passages rendent possibles les franchissements de frontières.

Considérons, par exemple, les nouvelles formes d'intervention auprès des personnes âgées qui, actuellement, émergent en France ou dans d'autres pays et que l'on désigne par une expression encore imprécise : « l'EHPAD hors les murs ». Il s'agit pour un tel établissement d'intervenir au domicile de ces personnes en y délocalisant son expertise. L'épaisseur de l'innovation se mesure à l'aune des différentes frontières traversées : frontières institutionnelles entre l'établissement et le domicile ou encore frontières professionnelles entre les métiers de l'EHPAD et du domicile, par exemple. Certaines contributions de cet ouvrage nous éclairent sur ces passages de frontières nécessaires pour accompagner l'innovation dans le champ de la santé : avec l'émergence d'une nouvelle « profession », celle des infirmières en pratiques avancées (IPA) qui, pour Philippe Mossé ([chapitre 2](#)), tente de créer un nouvel espace professionnel,

autonome, entre l'infirmière et le médecin ; avec l'entrée dans la sphère des acteurs habituels de la prise en charge ou de l'accompagnement, de bénévoles qui, pour Bertrand Pauget ([chapitre 3](#)), cherchent à faire valoir leur expertise, qui n'est ni professionnelle, ni tout à fait profane.

Une autre manière de repenser les frontières consiste à concevoir de nouveaux espaces favorables à l'innovation (Grenier et Denis 2017), prenant la forme de réagencements structurels originaux, pouvant être internes et/ou externes, et regroupant des acteurs appartenant à des services ou des structures différentes. Tel est le cas, par exemple, d'équipes se remodelant dans leurs relations et leurs savoirs, lorsque, pour Delphine Wannemacher ([chapitre 4](#)), elles se saisissent d'une nouvelle technologie (robot chirurgical) pour délivrer différemment des soins. Dans ce chapitre, l'auteure montre en particulier combien, autour de ce robot, la communication visuelle (et les compétences associées) est rétrécie et les cloisonnements habituels (autour des temps et répartition du travail) ne sont plus opérants. De même, la création des pôles de services au sein des hôpitaux constitue, pour Christelle Havard ([chapitre 5](#)), un potentiel de transformation à condition que les acteurs puissent mener un travail d'articulation, à trois niveaux : une articulation structurante (au niveau de l'hôpital pris dans sa globalité, pour diviser le travail et le coordonner), une articulation opérationnelle (au niveau d'un service, pour organiser les tâches de soin autour du parcours du patient) et une articulation appelée « de trajectoire » (autour du patient pour concevoir et mettre en œuvre une trajectoire de soin). Enfin, on peut citer l'exemple de la PTA (plateforme territoriale d'appui) qui organise de manière originale la coordination entre les professionnels dits « de première ligne » pour apporter une réponse coordonnée à des patients en situation complexe. Pour Matthieu Sibé, Sandrine Cueille et Tamara Roberts ([chapitre 7](#)), cette innovation organisationnelle trouvera pleinement sa capacité à apporter des solutions individualisées dans le suivi des parcours si les acteurs réinventent leurs relations et leur gouvernance selon le modèle de l'adhocratie (Mintzberg 1993). Cette forme rend compte d'organisations flexibles, combinant des compétences pluridisciplinaires et transversales, capables de s'adapter aux besoins et aux contraintes des tâches à accomplir. Par là même, un autre enseignement des différentes contributions de l'ouvrage est que l'innovation managériale et organisationnelle qui accompagne l'appropriation de nouveaux modèles d'intervention, de nouveaux outils ou procédures, ne produit ses effets qu'à condition de transformer aussi les paradigmes relatifs aux modes de gouvernance et de prise de décision (Moore et Hartley 2008).

Ceci appelle à regarder une seconde entrée pour penser l'innovation, permise par la lunette de la frontière : créer de nouvelles mises en réseau de savoirs, connaissances et expériences. Une manière est d'introduire de nouveaux acteurs qui vont renouveler le stock cognitif de ceux traditionnellement présents. Évoquant les bénévoles auprès de personnes âgées en Suède, Bertrand Pauget ([chapitre 3](#)) examine l'intérêt à encourager

la création de communautés de pratique, dès lors dites « pilotées » (Bootz 2015), pour permettre à ces acteurs d'échanger leurs expériences afin de les améliorer, voire de les transformer. S'intéressant aux patients, Luigi Flora ([chapitre 1](#)) relate l'expérience originale de l'« UniverCité » des patients (ou des soins), basée dans le sud de la France (Nice). Cette dernière s'inspire de modèles québécois similaires, et réunit professionnels de santé, patients, aidants, usagers et société civile pour un développement des savoirs expérientiels sur le soin, en particulier sur les maladies chroniques. C'est une double innovation qui est ainsi introduite : la reconnaissance des savoirs des patients et la reconnaissance des savoirs expérientiels.

À l'instar de ce type d'université, une communauté de pratique forme des espaces propices à construire de nouveaux savoirs, par-delà la diversité des acteurs, et pourrait générer de l'incompréhension si elle n'était ainsi accompagnée. Cette incompréhension est de trois ordres (Carlile 2004) : syntaxique, lorsque l'incompréhension porte sur des mots ou des acronymes ; sémantique, lorsqu'elle découle de représentations ou de valeurs différentes ; pragmatique, lorsqu'elle interpelle des réarticulations d'intérêts et de zones de pouvoir.

Ces espaces sont favorables à la coconstruction de connaissances et d'éléments discursifs dès lors qu'ils présentent certaines caractéristiques. Ainsi, Delphine Wannemacher ([chapitre 4](#)) attire notre attention sur l'importance d'instaurer des espaces de dialogue interactifs et réflexifs, au sein desquels les acteurs vont définir leur langage et acquérir ensemble de nouvelles compétences. De manière similaire, Boiteau et Baret (2017), étudiant un groupe de travail sur de nouvelles pratiques RH dans un hôpital public, montrent à quelles conditions ce groupe aura pu soutenir cette innovation : en étant un « centre de traduction » au sein duquel un travail de problématisation et d'enrôlement aura permis d'« aborder des sujets considérés jusqu'alors comme tabous » en transformant des incompréhensions ou des désintérêts autour de certaines questions en des controverses qui permettent aux acteurs de s'exprimer et d'élaborer des propositions acceptables. C'est ici la qualité de la controverse qui permet l'innovation (Grenier et Denis 2017).

Plus largement, on peut saisir tout l'intérêt de nouveaux acteurs dans le champ de la santé, appelés du terme générique d'« organisations intermédiaires », « acteurs-frontière » (Chesbrough et Haas 2016), ou encore « brokers » (Hargadon 1997), dont le rôle (politique, cognitif et symbolique) est de mettre en relation des professionnels peu habitués à travailler ensemble ou à interagir, afin de construire ensemble de nouvelles ressources cognitives et discursives. Mais à l'instar de ce qui est généralement observé dans les tiers-lieux tels que les FabLabs, faut-il encore des ressources méthodologiques spécifiques (telles que celles portées par le *Design Thinking* (Grenier *et al.*

2020)), pour permettre aux acteurs de franchir les frontières de leur enclassement institutionnel ?

Si l'innovation se fait « aux frontières », en mettant les acteurs en capacité de collaborer malgré leurs sphères culturelles ou professionnelles différentes, il faut aussi qu'ils soient capables d'absorber cette « nouveauté » mise à disposition. Corinne Grenier et Christine Dutrieux ([chapitre 9](#)) interrogent la mesure dans laquelle des organisations peuvent absorber, et ainsi faire entrer dans leurs frontières, des idées, modèles et pratiques « venues d'ailleurs ». La capacité d'absorption est entendue comme un ensemble de routines et de processus organisationnels par lesquels l'organisation acquiert et mobilise des connaissances extérieures pour produire une capacité organisationnelle dynamique (Todorova et Durisin 2007 ; Imbert et Chauvet 2012). Cette capacité repose sur quatre processus (ou quatre temps) :

1) l'acquisition, référant à la capacité de l'organisation à reconnaître, valoriser et acquérir des connaissances et idées extérieures ;

2) l'assimilation, référant à la capacité de l'organisation à comprendre, analyser et interpréter ces connaissances et idées ;

3) la transformation, consistant en la capacité de l'organisation à développer de nouvelles routines pour faciliter la combinaison entre l'habituel et le nouveau ;

4) l'exploitation, visant à déployer ce stock renouvelé de connaissances et idées dans des projets, activités et processus nouveaux.

Mais l'entrée dans cette démarche signifie qu'une distance dans l'exploration d'idées et connaissances nouvelles est nécessaire par rapport au stock acquis (pour éviter d'absorber uniquement celles avec lesquelles les individus et organisations sont déjà familiers). Cette distance se crée *a priori* dans les lieux spécifiques, que nous avons évoqués plus haut (tiers-lieux) et qui accueillent tant des opérateurs établis que des start-up, des professionnels ou des entrepreneurs, et provenant très souvent d'univers sectoriels variés. Il revient à Hugo Bertillot ([chapitre 10](#)) de nous offrir un regard original sur cette capacité à faire distance avec les habitudes. Il s'intéresse aux indicateurs de gestion comparatifs développés depuis la fin des années 2000, intégrés à la procédure de certification des hôpitaux publics en France et rendus publics à l'échelle nationale. Ils sont à la fois des instruments de régulation, d'aide à la décision pour la contractualisation et des leviers internes d'amélioration. Mais le pouvoir des indicateurs à transformer les hôpitaux est loin d'aller de soi. Tout dépendra de la capacité des acteurs à « ouvrir la boîte noire » de ces indicateurs, pour y détecter, voire construire, des marges de manœuvre par rapport à leurs habitudes de faire et de penser.

Enfin, l'ouvrage interroge la frontière dans sa dimension temporelle et spatiale en questionnant la diffusion de l'innovation. De nombreux courants sont mobilisés par la littérature investiguant le champ de la santé, tels que : l'appropriation de ce qui fait nouveauté (de Vaujany 2005) ; un réseau d'acteurs pour faire avancer l'innovation, par des opérations de problématisation, de traduction et de mécanisme d'irréversibilité (Callon 1986), ou plus récemment, par des réseaux de pratiques (Agterberg *et al.* 2010, 2011) consistant à organiser la circulation de pratiques et d'idées d'un lieu vers d'autres. L'innovation en santé présente un haut degré de contextualisation, découlant en particulier de la territorialisation de l'intervention des acteurs ; la question est alors abordée en termes non pas d'adoption mais d'adaptation (Sahlin et Wedlin 2008).

Ce processus d'adaptation requiert des méthodologies particulières pour capter ce qui a été expérimenté afin de le diffuser, et notamment tout ce qui est « invisible », tacite ou informel et trop souvent non réductible dans des « guides de capitalisation d'expériences ». Ainsi, pour Jessica Gheller, Christian Bourret et Gérard Mick ([chapitre 8](#)), la diffusion apparaît comme un « voyage » porté par une communication engageante, faisant sens, et permettant de repérer les expériences acquises lors d'une expérimentation, puis se poursuivant par le déploiement d'une « mémoire » vivante qui va s'enrichir au fur et à mesure qu'une innovation se diffuse dans d'autres lieux. Cette mémoire vivante forme une base de connaissance qui peut être objet de questionnement et de réflexivité pour les professionnels désireux de s'approprier des expériences déjà développées dans d'autres espaces. Elle favorise l'apprentissage, élément essentiel identifié par Frédéric Gilbert ([chapitre 6](#)) dans son étude sur la diffusion du modèle des groupes de médecine de famille au Québec. Dans cette expérience, c'est alors, *a contrario*, la faiblesse d'une démarche évaluative qui empêche cet apprentissage et limite le voyage de lieu en lieu de cette forme organisationnelle originale de première ligne.

## Conclusion

La confection d'un ouvrage est toujours le fruit d'un long voyage. Le présent ouvrage aura été initié en 2019 lorsque, dans la grande majorité des pays, la transformation du système de santé était pensée comme un processus de longue haleine, hasardeux quant à ses résultats, et empreint d'un équilibre ardemment négocié entre un « haut » et un « bas », entre un centre et des périphéries, entre des entrepreneurs institutionnels et ceux plus enclins à préserver ce qu'on appelle « des acquis ».

Mais sa confection se termine dans un contexte totalement inédit pour beaucoup : la crise sanitaire (mondiale) de COVID-19 et les façons de la combattre. Quotidiennement, les reportages (TV, journaux) relatent les grandes difficultés des organisations et des professionnels de santé pour informer, soigner et accompagner les patients, usagers

et aidants : manque de personnels – et ceux qui restent sont épuisés –, manque de masques et autres protections, insuffisance des lits de soins intensifs, etc. Ce sont tous les acteurs du système de santé qui sont touchés : hôpitaux, EHPAD, établissements médico-sociaux accompagnant ou hébergeant enfants et adultes handicapés, SAAD et SSIAD<sup>1</sup>, services sociaux, professionnels dits de première ligne, etc. Cette crise aura été un puissant révélateur de dysfonctionnements déjà en place depuis longtemps.

Mais dans le même temps, et tout aussi quotidiennement, de nombreux témoignages ont révélé l'acharnement de tous les professionnels et d'autres acteurs (bénévoles et citoyens) à continuer à exercer leur « métier pour l'autre » ou à apporter leur énergie. Dans beaucoup de pays, tout un chacun semblait se mobiliser pour un « bien commun », reposant sur un principe de solidarité dans les sociétés capitalistes (Tirole 2016). Que de bricolages ! Au sens où, dans une démarche de bricolage, l'acteur connaît les finalités de son action, mais où, dans le même temps, il doit identifier ou repérer les ressources pour les atteindre (Levis-Strauss 1962 ; Garud et Karnoe 2003).

Ces bricolages, aussi variés qu'ingénieux et surprenants, reposent tous sur les différentes facettes d'action que nous venons d'évoquer et qui toutes reposent sur l'identification des frontières et sur les conditions de leur franchissement. Ils révèlent cependant avec une acuité renouvelée trois ingrédients d'une transformation durable du système de santé : l'autonomie des acteurs leur permettant d'inventer des solutions ; la bienveillance des tutelles en vue de mobiliser des ressources méthodologiques et d'accompagnement pour épauler ces professionnels et organisations ; une nécessaire capitalisation et un travail évaluatif pour pérenniser cette inventivité.

Finalement, il ressort de la plupart des chapitres de l'ouvrage que cette crise est aussi un appel à en finir avec une culture de l'« au plus juste ». La crise a révélé ce qu'on peut appeler un « slack de solidarité », lorsque des individus, des entreprises, des commerçants, etc. proposent spontanément leur aide et leur service. Le « slack » désigne le « surplus » (temps, ressources) dont on ne sait *a priori* pas à quoi il peut servir, sauf lorsqu'il faut l'utiliser ! Schulman (1993) identifie deux types de slack : celui en ressources (surplus non strictement engagé dans des activités en cours) ; celui de contrôle relatif au degré de liberté dans les activités organisationnelles (à savoir un ensemble d'actions qui ne sont pas encadrées par des modes formels de pouvoir et de supervision). C'est grâce à ces slacks que la crise se surmonte autant que possible. Puisse-t-on garder en mémoire cette leçon, non seulement parce que d'aucuns prédisent la multiplication et la complexité des crises à venir, mais plus généralement parce que le slack est une condition importante pour toute organisation innovante, lorsque

---

1. SAAD : service d'aide et d'accompagnement au domicile ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

les individus ont « le temps », hors activités protocolisées et routinisées, d'imaginer différemment comment se renouveler.

## Bibliographie

- Agterberg, M., Van den Hooff, B., Huysman, M., Soekijad, M. (2010). Keeping the wheels turning: The dynamics of managing networks of practice. *Journal of Management Studies*, 47(1), 85–108.
- Agterberg, M., Van den Hooff, B., Huysman, M. (2011). Cracking the core: How core members of electronic networks of practice contribute to organizational learning. Dans *Annual Meeting of the Academy of Management*. San Antonio, Texas, 1–19.
- 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), 231–246.
- Bootz, J. (2015). Comment concilier auto-organisation et contrôle au sein des communautés de pratique pilotées ? Une scoping review. *Management international*, 19(3), 15–30.
- 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(3), 169–208.
- Carlile, P. (2004). Transferring, translating and transforming: An integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555–568.
- Chesbrough, H., Haas, W.A. (2006). Open Innovation: A New Paradigm for Understanding Industrial Innovation. Dans *Open Innovation: researching a new paradigm*, Chesbrough, H., Vanhaverbeke, W., West, J. (dir.). Oxford University Press, Oxford, 1–12.
- De Vaujany, F.X. (dir.) (2005). *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion*. EMS, Caen.
- Garud, R., Karnøe, P. (2003). Bricolage versus breakthrough: distributed and embedded agency in technology entrepreneurship. *Research Policy*, 32(2), 277–300.
- Grenier, C., Denis, J.L. (2017). S'organiser pour innover : espaces d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique. *Politiques et Management Public*, 34(3–4), 191–206.

- Grenier, C., Ibrahim, R., Duprat, L. (2020). Comment organiser un tiers-lieu éphémère pour favoriser l'émergence d'innovations institutionnelles ? Le cas d'un pôle d'opérateurs de services à domicile. *Innovations*, 66(1), 89–115.
- Hargadon, A. (1997). Technology Brokering and Innovation in a Product Development Firm. *Administrative Science Quarterly*, 42(4), 716–749.
- Imbert, G., Chauvet, V. (2012). De la capacité d'absorption à la capacité d'insémination. *Revue Française de Gestion*, 221, 111–127.
- Levi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Plon, Paris.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall, Upper Saddle River.
- Moore, M., Hartley, J. (2008). Innovations in governance. *Public Management Review*, 10, 3–20.
- Sahlin, K., Wedlin, L. (2008). Circulating Ideas: Imitation, Translation and Editing. Dans *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, Greenwood, R., Oliver, C., Suddaby, R., Sahlin, K. (dir.). SAGE Publications, Thousand Oaks, 218–442.
- Schulman, P.R. (1993). The Negotiated Order of Organizational Reliability. *Administration & Society*, 25(3), 353–372.
- Tirole, J. (2016). *Économie du bien commun*. PUF, Paris.
- Todorova, G., Durisin, B. (2007). Absorptive Capacity: Valuing a Reconceptualization. *Academy of Management Review*, 32(3), 774–786.
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W.M. (2002). *Cultivating Communities of Practice*. Harvard Business Publishing, Brighton.