

# Table des matières

<b>Préface de Jean-Louis Denis. Adaptation, confiance et méthodologie</b> . . . . .	1
<b>Préface de Norbert Nabet. Les défis du décroisement : pour d'autres approches plus collaboratives.</b> . . . . .	7
<b>Introduction. Les défis du décroisement : les multiples facettes des frontières à traverser et à articuler</b> . . . . .	11
Corinne GRENIER et Ewan OIRY	
<b>Partie 1. Les innovations au regard des acteurs.</b> . . . . .	21
<b>Introduction de la partie 1.</b> . . . . .	23
<b>Chapitre 1. Reconnaissance des savoirs expérientiels des patients et coproduction de savoirs de soins avec les patients et les citoyens au XXI<sup>e</sup> siècle</b> . . . . .	27
Luigi FLORA	
1.1. Introduction. . . . .	27
1.2. De l'« empowerment » à la « révolution des patients », un courant international . . . . .	28
1.3. Du paternalisme aux différentes formes de participation et de partenariat avec les patients. . . . .	34

1.4. Les pratiques innovantes . . . . .	35
1.5. Conclusion . . . . .	47
1.6. Bibliographie . . . . .	48

## **Chapitre 2. Organisations innovantes et stratégies professionnelles : l'espace professionnel infirmier . . . . . 51**

Philippe MOSSÉ

2.1. Introduction : expérimenter l'expérimentation . . . . .	51
2.2. L' <i>evidence-based policy</i> participative : un nouveau cadre conceptuel ? . . . . .	53
2.3. L'article 51 : un test grandeur nature . . . . .	56
2.3.1. Expérimenter pour se faire reconnaître . . . . .	56
2.3.2. Une manifestation d'intérêt . . . . .	58
2.4. L'espace infirmier : une extension maîtrisée . . . . .	60
2.4.1. Asalée : une expérimentation fragile . . . . .	61
2.4.2. L'infirmière en pratique avancée : fer de lance ou première de cordée . . . . .	63
2.5. Conclusion : de nouvelles façons de faire . . . . .	68
2.6. Annexe : exemples d'innovations à visées émancipatrices dans les années 1990 . . . . .	69
2.6.1. La spécialisation infirmière <i>versus</i> la place du cadre . . . . .	69
2.6.2. Des relations de travail têtues . . . . .	70
2.7. Bibliographie . . . . .	70

## **Chapitre 3. Les communautés de pratique pilotées dans le secteur gérontologique : cas d'une CoP de bénévoles en gérontologie en Suède . . . . . 73**

Bertrand PAUGET

3.1. Introduction . . . . .	73
3.2. Contexte et questionnements . . . . .	74
3.3. Cadre conceptuel . . . . .	75
3.3.1. Le bénévolat . . . . .	75
3.3.2. Les communautés de pratique . . . . .	76
3.3.3. Les communautés de pratique pilotée . . . . .	76
3.3.4. La grille de lecture d'une communauté de pratique pilotée . . . . .	77
3.4. Illustrations . . . . .	77
3.4.1. Le contexte suédois . . . . .	77
3.4.2. Une communauté de pratique pilotée dans le champ de la gérontologie . . . . .	78

3.5. Conclusion . . . . .	81
3.6. Bibliographie . . . . .	82
<b>Partie 2. Les innovations du côté des collectifs . . . . .</b>	<b>85</b>
<b>Introduction de la partie 2. . . . .</b>	<b>87</b>
<b>Chapitre 4. Passer du cloisonnement à la transversalité dans les blocs opératoires utilisant la chirurgie robot-assistée . . .</b>	<b>91</b>
Delphine WANNENMACHER	
4.1. Introduction . . . . .	91
4.2. Le contexte des blocs opératoires mobilisant le robot chirurgical . . . .	92
4.3. La question des compétences techniques et non techniques en contexte de chirurgie robotique . . . . .	93
4.4. Les effets des nouvelles technologies en termes de compétences individuelles et collectives . . . . .	95
4.5. La plongée au cœur d'une intervention chirurgicale robot-assistée en urologie . . . . .	96
4.5.1. Une approche pragmatiste pour analyser l'activité d'un bloc opératoire . . . . .	96
4.5.2. Une configuration du bloc opératoire et une installation du patient contraintes par le robot chirurgical . . . . .	97
4.5.3. Une séparation spatiotemporelle et une communication limitée entre les membres de l'équipe . . . . .	98
4.5.4. L'appauvrissement et la désarticulation des compétences individuelles et collectives dans le bloc opératoire mobilisant le robot chirurgical . . . . .	100
4.6. Discussion . . . . .	102
4.7. Bibliographie . . . . .	104
<b>Chapitre 5. Les pôles d'activités, une opportunité pour de nouvelles coopérations entre les acteurs ? Le cas d'un établissement hospitalier . . . . .</b>	<b>107</b>
Christelle HAVARD	
5.1. Éléments clés et objectifs de la réforme polaire . . . . .	108
5.2. Améliorer la coopération et mieux articuler les logiques présentes à l'hôpital : enjeux et repérage théorique . . . . .	109

5.3. Contexte et méthodologie de l'étude . . . . .	112
5.4. Modalités de coopération permises par la mise en place des pôles . . . . .	112
5.4.1. Les acteurs de l'articulation . . . . .	112
5.4.2. Les outils soutenant le travail d'articulation . . . . .	114
5.4.3. Les instances d'échange et d'articulation . . . . .	116
5.5. Conditions de mise en œuvre des articulations . . . . .	118
5.6. Coopérations dans une structure polaire, quelques pistes de recherche . . . . .	120
5.7. Bibliographie . . . . .	122

**Chapitre 6. Apprendre des réformes visant la diffusion  
de modèles organisationnels innovants : le cas des groupes  
de médecine de famille au Québec . . . . . 125**

Frédéric GILBERT

6.1. Introduction . . . . .	125
6.2. Cadre conceptuel . . . . .	126
6.2.1. L'impact de la précision des interventions sur les capacités d'apprentissage . . . . .	126
6.2.2. L'impact des évaluations sur les capacités d'apprentissage . . . . .	127
6.3. Illustration du cadre d'analyse : les processus réflexifs liés à l'implantation des groupes de médecine de famille au Québec . . . . .	129
6.3.1. Méthode et contexte de l'étude . . . . .	129
6.3.2. Résultats de l'analyse . . . . .	130
6.4. Discussion . . . . .	134
6.4.1. Une théorie de l'intervention peu détaillée . . . . .	135
6.4.2. Des évaluations visant à soutenir plutôt qu'à questionner . . . . .	135
6.4.3. Des évaluations peu intégrées à la politique GMF . . . . .	136
6.4.4. Des améliorations pour accroître le potentiel d'apprentissage lors des réformes des soins primaires . . . . .	137
6.5. Conclusion . . . . .	137
6.6. Bibliographie . . . . .	138

**Chapitre 7. Variété et performance de structures organisationnelles  
innovantes : l'émergence des plateformes territoriales d'appui . . . . . 143**

Matthieu SIBÉ, Sandrine CUEILLE et Tamara ROBERTS

7.1. Introduction . . . . .	143
7.2. Contexte et questionnements . . . . .	146

7.2.1. Les formes organisationnelles pour la prise en charge et l'accompagnement des patients complexes : apports de quelques cadres d'analyse en sciences sociales . . . . .	146
7.2.2. Les plateformes territoriales d'appui : un nouveau modèle organisationnel dans le système de santé français . . . . .	148
7.2.3. Contexte de réalisation de l'étude et observations empiriques : regard sur la variété des formes d'organisation et la performance des PTA . . . . .	148
7.3. Cadre conceptuel . . . . .	150
7.3.1. Cadre d'analyse et concepts issus de la théorie de la contingence structurelle . . . . .	150
7.3.2. La configuration structurelle adhocratique : une forme organisationnelle innovante face à des besoins complexes et à un environnement instable . . . . .	151
7.4. Analyse empirique . . . . .	154
7.4.1. Analyse des facteurs de contingence (éléments situationnels) des cinq PTA et forme organisationnelle attendue des PTA . . . . .	154
7.4.2. Congruence organisationnelle et performance des PTA . . . . .	162
7.5. Conclusion . . . . .	167
7.6. Bibliographie . . . . .	168

### **Partie 3. Regards réflexifs sur les innovations organisationnelles en santé . . . . .**

171

### **Introduction de la partie 3 . . . . .**

173

### **Chapitre 8. Propositions pour de nouvelles approches d'évaluation contributive des parcours de santé à partir des organisations d'interface . . . . .**

177

Jessica GHELLER, Christian BOURRET et Gérard MICK

8.1. Introduction . . . . .	177
8.2. Contexte et questionnements de recherche . . . . .	178
8.2.1. Contexte . . . . .	178
8.2.2. Positionnement pour la méthode . . . . .	180
8.2.3. Méthodologie . . . . .	181
8.3. Cadre d'analyse des processus de diffusion des innovations organisationnelles : définition et principes (cadre conceptuel) . . . . .	182

8.4. Illustrations empiriques des processus de diffusion de l'innovation soutenus par les plateformes de coordination . . . . .	184
8.4.1. Une communauté d'acteurs « experts », issus de processus dynamiques de construction territoriale . . . . .	184
8.4.2. Territoire de pratiques comme cadre d'intelligibilité des processus de diffusion des innovations organisationnelles . . . . .	187
8.4.3. Processus d'apprentissage . . . . .	189
8.4.4. Processus de construction de normes collectives . . . . .	192
8.5. Conclusion . . . . .	195
8.5.1. Enseignements . . . . .	195
8.5.2. Perspectives . . . . .	196
8.6. Remerciements . . . . .	197
8.7. Bibliographie . . . . .	197

**Chapitre 9. Innovation et capacité d'absorption des organisations dans le champ de la santé . . . . . 199**

Corinne GRENIER et Christine DUTRIEUX

9.1. Introduction : absorber pour innover . . . . .	199
9.2. Contexte et questionnements : le défi de l'ouverture . . . . .	200
9.3. Cadre théorique : la notion de capacité d'absorption organisationnelle . . . . .	202
9.4. Des réponses aux trois écueils de la CAO : illustrations . . . . .	205
9.4.1. L'entrée dans la démarche d'absorption . . . . .	205
9.4.2. La qualité de ce qui est absorbé . . . . .	208
9.4.3. Le passage du potentiel au réalisé . . . . .	211
9.5. Conclusion . . . . .	213
9.6. Bibliographie . . . . .	214

**Chapitre 10. La gestion de la qualité à l'hôpital : les deux visages de la rationalisation par les indicateurs . . . . . 219**

Hugo BERTILLOT

10.1. Introduction : les indicateurs de qualité, une innovation managériale ? . . . . .	219
10.2. Contexte et enjeux . . . . .	220
10.2.1. Une réponse institutionnelle dans un contexte de crise de confiance . . . . .	220
10.2.2. Des indicateurs prudents aux usages équivoques . . . . .	221

---

10.3. Outils de gestion et dynamiques de rationalisation des organisations . . . . .	222
10.3.1. Quelle rationalisation des organisations professionnelles ? . . . . .	222
10.3.2. Enquêter sur la rationalisation induite par les indicateurs de qualité. . . . .	223
10.4. Une dynamique de rationalisation professionnelle ? . . . . .	224
10.4.1. La normalisation des pratiques professionnelles . . . . .	224
10.4.2. La traçabilité des activités hospitalières . . . . .	226
10.4.3. L'enracinement local de l' <i>evidence-based medicine</i> . . . . .	228
10.5. Une dynamique de rationalisation managériale ? . . . . .	230
10.5.1. Contrôle et concurrence . . . . .	230
10.5.2. Rationalisation et bureaucratisation . . . . .	232
10.5.3. Un certain désenchantement du monde hospitalier . . . . .	234
10.6. Conclusion : rationaliser par les indicateurs, pour rationaliser en douceur . . . . .	235
10.7. Bibliographie . . . . .	237
<b>Liste des auteurs</b> . . . . .	<b>239</b>
<b>Index</b> . . . . .	<b>241</b>