

Table des matières

Préface de Jean-Louis Denis. Adaptation, confiance et méthodologie	1
Préface de Norbert Nabet. Les défis du décroïsonnement : pour d'autres approches plus collaboratives.	7
Introduction. Les défis du décroïsonnement : les multiples facettes des frontières à traverser et à articuler	11
Corinne GRENIER et Ewan OIRY	
Partie 1. Les innovations au regard des acteurs.	21
Introduction de la partie 1.	23
Chapitre 1. Reconnaissance des savoirs expérientiels des patients et coproduction de savoirs de soins avec les patients et les citoyens au XXI^e siècle	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 gériatologique : cas d'une CoP de bénévoles en gériatologie 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 gériatologie	78

3.5. Conclusion	81
3.6. Bibliographie	82
Partie 2. Les innovations du côté des collectifs	85
Introduction de la partie 2.	87
Chapitre 4. Passer du cloisonnement à la transversalité dans les blocs opératoires utilisant la chirurgie robot-assistée . . .	91
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
Chapitre 5. Les pôles d'activités, une opportunité pour de nouvelles coopérations entre les acteurs ? Le cas d'un établissement hospitalier	107
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
Liste des auteurs	239
Index	241