

## Appel à recherches 2011 Handicap et perte d'autonomie – session 1 de l'Institut de Recherche en Santé Publique

### Rapport final

#### I. Renseignements administratifs

##### A. Identification du projet

Titre du projet	Gouvernance et Modèles d'innovation pour une Prise en Charge Innovante des Personnes Dépendantes.
Coordonnateur du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Corinne Grenier Professeur KEDGE BS Chercheur affilié au Cergam, EA 4225, Aix-Marseille Université
Autres équipes participantes <sup>1</sup> (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Département de Santé Publique, CHU Nice, université de Nice Directeur : prof. Christian Pradier
Référence convention/décision	HPA-2011-03
Période du projet (date début – date fin)	Date début : signature de la convention le 19 décembre 2012 Date fin : 31 mai 2016
Période faisant l'objet du rapport (date début – date fin)	Date début : décembre 2012 Date fin : 31 mai 2016
Rédacteur de ce rapport : nom	Grenier Corinne
téléphone	06 08 936 217
adresse électronique	<a href="mailto:corinne.grenier@kedgebs.com">corinne.grenier@kedgebs.com</a>
Date de rédaction du rapport	Septembre 2016

##### B. Le cas échéant, indiquer la liste des personnels recrutés (ou à recruter) par des établissements publics dans le cadre du projet

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Jolly	Charlotte	Doctorant	1 <sup>o</sup> février 2013	36 mois	CDD (AMU)
Hoareau	Charlène	Etudiante Master	1 <sup>o</sup> octobre 2015	4 mois	CDD (AMU)

<sup>1</sup> En cas de projet multi-équipes

### C. Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet pendant la période décrite par le rapport
Denis	Jean Louis	Professeur titulaire, PhD, titulaire de la Chaire de recherche GETOSS, ENAP, Montréal, Canada	10 %
Gambarelli	François	Doctorant, Cergam, EA 4225, Aix-Marseille Université (AMU)	100 %
Pradier	Christian	PUPH, Département de Santé Publique, CHU Nice, Université de Nice	10 %
Touati	Nassera	Professeur, PhD, ENAP, Montréal, Canada	5 % (*)
Valette	Annick	MCF, HDR, IAE Grenoble	10 %
<i>Pour information</i>			
Grenier	Corinne	Professeur, HDR, Aix-Marseille Université et KEDGE BS	30%
Jolly	Charlotte	Doctorante, Aix-Marseille Université	100%

(\*) Nassera Touati a été intégrée au projet de recherche en cours d'avancement de ce dernier.

Remarque par rapport à la composition des équipes indiquées dans le projet de recherche financé (sept. 2011)

Franck Leduff et Sandra Philippe-Guitton ont, durant cette première période, quitté leurs fonctions au titre desquelles ils étaient impliqués dans l'étude ou le soutien aux activités de l'EPSP.

### D. Donner brièvement une justification des dépenses réalisées au cours de la période décrite par le rapport

Le budget déposé et accepté pour les 3 ans est de : 149.030 euros

Le tableau ci-dessous présente le budget prévisionnel et le budget réalisé, sur la base des informations transmises par les services compétents de l'université d'Aix-Marseille (voir document joint).

	prévisionnel	réalisé	Ecart
<b>Dépenses totales de personnel</b>	94800	86660,47	-8139,53
<b>Fonctionnement (déplacement, petits matériels)</b>	42500	28387,05	-14112,95
<b>Prestation de service</b>	6000	0	-6000
<b>Equipement</b>		0	0
<b>Frais généraux</b>	5730	4601,9	-1128,1
<b>Total</b>	<b>149030</b>	<b>119649,42</b>	<b>-29380,58</b>

Les écarts s'expliquent de la manière suivante :

- quant aux dépenses totales de personnel : Charlotte Jolly ayant été en congé maternité pendant une période de son contrat de travail, le salaire correspondant a été pris en charge par la Sécurité Sociale.

- quant aux dépenses de fonctionnement : les frais de déplacement sur le terrain ont été moins importants que prévus. Par ailleurs nous n'avons eu la nécessité d'acheter un logiciel de traitement de données qualitatives, les chercheurs y ayant accès par leurs propres institutions.

- quant aux dépenses de prestation de service : ces dépenses devaient couvrir des frais de traduction d'articles, qui ont été pris en charge par l'institution d'un des chercheurs (KEDGE BS, Corinne Grenier).

La somme de 29.280,58 est reversée au financeur du projet de recherche.

### **E. Le cas échéant, indiquer les différents types d'aides complémentaires obtenues grâce à ce projet.**

Financement par l'ARS PACA pour l'organisation et l'animation des réunions du comité des programmes de l'EPSP, au titre des Actions Innovantes, et intitulé : « EPSP - Accompagnement au Changement du comité des Programmes ». Période de décembre 2010 à mars 2013 (rapport remis fin mars 2013).

---

## **II. Renseignements scientifiques**

### **1. Présentation du contexte et terrain de la recherche**

Le projet porte sur un cas unique, l'EPSP (Espace Partagé de Santé Publique), initié en 2005 et formalisé en 2007, à l'initiative et porté par le département de santé publique du CHU de Nice. Il vise à promouvoir des innovations en santé publique portées par un certain nombre de « principes directeurs » : prise en charge intersectorielle, action sur les déterminants de santé, parcours de vie, territorialisation de l'action et de sa gouvernance, capital social des usagers (ou empowerment plus largement). Bien que ces principes puissent avoir désormais une certaine apparence familière, tel n'était pas autant le cas en 2007, et dont leur performativité (i.e. capacité à soutenir le changement) et leur appropriation (dans de nouvelles pratiques professionnelles collectives) restent toujours questionnables.

L'EPSP est une structure d'action collective organisée à trois niveaux : un comité de pilotage, un comité des programmes et des groupes de travail ad hoc, plus ou moins formels, et constitués des acteurs (incluant souvent des acteurs non membres de l'EPSP) dédiés au pilotage des projets innovants (conception et expérimentation). Il est également le point focal d'un réseau dense de relations informelles entre ses membres, son promoteur (prof. Pradier) et l'environnement local, permettant d'importer /d'exporter des idées et de bénéficier de ressources diverses (lors de l'expérimentation / déploiement des innovations). Nous avons concentré notre analyse sur le rôle et fonctionnement de ces trois strates de l'EPSP décrites plus haut (voir plus bas : limites méthodologiques).

Dans le cadre de ce projet, nous avons plus particulièrement étudié quatre innovations pour les raisons suivantes : a) ce sont les innovations initiées dans les premières années de l'EPSP, ce qui nous a offert un temps pour observer leur élaboration, leur expérimentation (quand cela a été le cas) et leur diffusion sur d'autres territoires (id.) ; b) à l'origine, ces quatre innovations visaient la bonne santé des personnes âgées, cette focalisation (initiale) sur cette population nous ayant permis de suivre comment peu à peu l'EPSP a élaboré un modèle général d'intervention qui rend compte des principes qu'il cherche à promouvoir (voir annexe 1 : modèle général appelé « modèle du vieillissement en bonne santé »).

Ces quatre innovations plus particulièrement étudiées sont : le C3S (centre de soutien santé social) de Nice, les 30 recommandations pour un EHPAD innovant (Grenier et al., 2011), le parcours de marche 4S (Touboul et al., 2011), et le référentiel de compétences en gérontologie. Le périmètre d'intervention de

l'EPSP était la ville de Nice, puis le département des Alpes Maritimes (voir annexe 2 pour une description et chronologie des quatre innovations).

Désormais, ce qui est appelé la « méthode EPSP » (et que nous présentons et analysons ci-dessous) est un des éléments importants d'organisation d'un dispositif méthodologique étendu à l'ensemble de la région PACA (appelé EPRSP), à la demande de l'ARS, pour accompagner les acteurs publics et les opérateurs dans le déploiement innovant des orientations des politiques publiques en santé ou des innovations dites « par le bas ».

Ce cas unique et exemplaire nous a permis de questionner la capacité des acteurs et les conditions pour faire émerger, expérimenter et diffuser l'innovation et transformer potentiellement le système (local ou plus large) de santé de manière durable, système réputé difficile à changer car hautement institutionnalisé et cloisonné.

Le projet a donc pour ligne directrice principale l'analyse de nouvelles formes d'actions collectives en faveur de l'innovation réputée transformer durablement le système de santé. L'objectif général de recherche est formulé ainsi : « *Comprendre les processus d'innovation dans des environnements pluri-institutionnels et pluridisciplinaires au profit des personnes vieillissantes et en situation de handicap, en étudiant la gouvernance d'écologies favorables à leur prise en charge innovante* ».

## 2. Description du projet et des résultats de recherche

### 21. Objectif général de recherche

L'objectif général de recherche (tel que formulé ci-dessus) s'ancre dans deux postulats majeurs : a) il faut innover dans la gouvernance (i.e. espace d'action collective) pour innover dans les services (Moore et Hartley, 2008) ; b) il faut produire des efforts (de théorisation) pour construire l'innovation (Munir, 2005).

Dès lors, deux niveaux d'analyse ont structuré la recherche et guident la présentation des résultats : celui des innovations promues par l'EPSP et celui de cet espace lui-même, comme espace potentiellement favorables aux innovations qui peuvent transformer durablement le système de santé :

- la 1<sup>o</sup> question de recherche est relative à la conception, l'enrichissement et l'appropriation d'un « modèle pour une prise en charge innovante » permettant à une diversité d'acteurs professionnels et organisationnels de générer des innovations en faveur des personnes dépendantes ; ce « modèle » vise à offrir aux acteurs un nouveau paradigme pour inventer de nouveaux modes de prises en charge de ces personnes dépendantes, dans une logique pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle ;

- la 2<sup>o</sup> question de recherche est relative aux nouvelles formes de gouvernance d'écologies qui réunissent ces acteurs afin d'élaborer et de mettre en œuvre collectivement un « modèle pour une PEC innovante » au-delà des frontières disciplinaires et institutionnelles ; il s'agit de comprendre quelles sont les formes de gouvernance qui permettent à une diversité d'acteurs de progresser d'une étape de conception collective à la phase de déploiement (mise en œuvre) d'innovations puis à une phase de duplication sur d'autres territoires.

### 22. Calendrier et méthodologique de la recherche

#### Le calendrier de travail

Année 1 (2013)				Année 2 (2014)				Année 3 (2015-16)			
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12
Stabilisation du cadre théorique											
	Collecte de données secondaires et 1 <sup>o</sup> rédaction de l'histoire des 4 innovations										
		Collecte de									

				données primaires						
				Enrichissement des études de cas – analyse des données – restitution auprès du terrain (SemTe)						
						Approfondissement du cadre théorique				
						Collecte de données primaires				
						Enrichissement des études de cas – analyse des données				
							Séminaire de clôture (*)			
									Rédaction du rapport final de recherche	

(\*) Séminaire de clôture : 30 et 31 mai 2016. Voir annexe 3

### La méthodologie de la recherche

Nous avons mobilisé une démarche qualitative semi-inductive, fondée sur des allers retours constants entre terrain et théorie. Elle s’est appuyée sur un vaste matériau de données primaires (entretiens, observation non participante et participante, périodes de recherche-action) et de données secondaires (en particulier les écrits, CR et autres documentations produites par l’EPSP). Ainsi, la proximité avec le terrain, la participation aux réunions du comité des programmes, l’animation de certains séminaires et la production de travaux intermédiaires font que nous avons mis en place une démarche quasi-continue de collecte de données secondaires ou primaires. Notons que ces rencontres avec le terrain, et en particulier de quelques acteurs clés (dont notamment Prof. Pradier, membre du projet) permet d’avoir un retour (informel bien souvent, mais contributif) sur l’avancement du projet et de faire évoluer le cadre théorique et/ou les axes d’analyse.

Le traitement de ces données a été mené sur la base de différents plans de codage issus du cadre théorique.

### L’équipe projet : interactions pluridisciplinaires et ouverture internationale

Le tableau suivant permet de comprendre la pluridisciplinarité de l’équipe ainsi que de son ancrage international, permettant en enrichissement du traitement de la question générale de recherche au regard d’expériences similaires.

	<b>Approche disciplinaire</b>	<b>Orientation internationale</b>
Denis Jean-Louis	Perspective néo-institutionnelle Théorie des organisations Gouvernance Leadership Innovations institutionnelles Intégration	L’implication (à des degrés différents) des trois chercheurs sur un terrain similaire (l’IPCDC, Québec, Canada) permet : a) de suggérer des pistes d’interrogation dans l’instruction de la question générale de recherche du projet ; b) en particulier d’approfondir l’analyse de l’EPSP comme une écologie favorable aux innovations à partir d’un premier travail autour de ce cadre théorique réalisé sur l’IPCDC (Touati et al., 2016).
Grenier Corinne	Perspective néo-institutionnelle Sociologie de l’action organisée Théorie des organisations Gouvernance Théorisation Innovations sociales / institutionnelles Dissémination des innovations	
Touati Nassera	Perspective néo-institutionnelle Analyse des politiques publiques Innovations institutionnelles Gouvernance	
		Les travaux menés plus largement par J.L. Denis et N. Touati sur des dispositifs innovants (et leur gouvernance) au Canada ou dans

		d'autres pays permettent d'enrichir l'instruction du projet.
Gambarelli François	Perspective néo-institutionnelle Théorie des organisations Entrepreneuriat institutionnel (collectif)	
Jolly Charlotte	Perspective néo-institutionnelle Théorie des organisations Théorisation Innovations sociales / institutionnelles	
Pradier Christian	Santé publique Nouvelle santé publique	Nombreuses interactions avec des équipes de Santé Publique du Canada
Valette Annick	Théorie des organisations Innovations sociales	

### Difficultés rencontrées

Nous avons concentré notre analyse sur les trois strates de l'EPSP. Les efforts et ressources relationnels informels déployés par certains membres, et le promoteur de l'EPSP en particulier, constituent naturellement une dynamique informelle de toute action collective complexe (innovations) qu'une analyse par les réseaux sociaux, les réseaux d'innovation ont mis en évidence. Cependant, bien que souvent évoqués dans les entretiens, notre méthodologie de recherche ne nous a pas permis de collecter des données que nous aurions évalué comme exhaustives. Nous avons donc délaissé ce domaine d'analyse, pour nous concentrer sur l'EPSP lui-même, comme espace favorable à l'innovation. Pour autant, nous avons pris en compte, de manière « informative », ce ressort relationnel informel pour valider comment l'EPSP s'apparente bien à une organisation structurellement faible, mais forte car identifié pour son approche conceptuelle, méthodologique et relationnelle, et aux frontières poreuses d'un point de vue structurel mais fortes symboliquement (permettant d'isoler les membres des pressions et normes habituelles du secteur).

### **23. Le cadre théorique de la recherche**

Nous présentons brièvement les principaux concepts de notre recherche. Le cadrage théorique général est celui de la perspective néo-institutionnelle, qui permet de comprendre la capacité (*agency*) de certains acteurs à innover dans des environnements fortement institutionnalisés.

#### Le concept d'innovation sociale

L'innovation sociale concerne « *toute nouvelle approche, pratique, ou intervention, ou encore, tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou résoudre un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés* » (Dandurand, 2005, p. 380).

Ces innovations sociales sont fortement ancrées dans les valeurs, normes et pratiques des institutions (organisationnelles et professionnelles) qui structurent le champ de la santé publique. Dès lors innover signifie modifier les institutions en place, travailler à la frontière de plusieurs institutions (Alter, 2000 ; Zietsma et Lawrence, 2010).

#### Le concept de théorisation des innovations (sociales)

Nous nous appuyons sur les travaux de Munir (2005), Greenwood et al. (2002), et Lawrence et Suddaby (2004) pour analyser comment les acteurs « théorisent » les innovations pour soutenir des processus de changements institutionnels. La théorisation est définie comme « *le développement et la spécification de catégories abstraites, générales, et l'élaboration de chaînes de cause-effet* » (Greenwood et al., 2002, p. 61) ; elle permet aux acteurs de donner du sens et de justifier le changement mené, à travers deux activités principales (Greenwood et al., 2002 ; Maguire et al., 2004) : a) cadrer les problèmes (affirmer le besoin de changer) et justifier l'innovation (démontrer la valeur ajoutée apportée), et b) savoir mobiliser des alliés (internes ou externes) pour faciliter cette adaptation. Nous avons mobilisé également le concept de rhétorique adaptée (Jolly, 2016 ; Perelman et Olbrechts-Tyteca, 2008) pour analyser comment la production d'une théorisation est élaborée par différents acteurs selon les visées qu'ils poursuivent. On fait l'hypothèse que l'innovation serait d'autant plus appropriée qu'elle est soutenue par une « théorisation adaptée ».

### Le concept de l'entrepreneur institutionnel

Dans les années 80, les auteurs néo-institutionnalistes marquent un changement de paradigme en recentrant les questionnements autour de l'acteur, c'est à dire en questionnant son intentionnalité, ses habiletés et ses marges de manœuvre comme capacité stratégique à promouvoir des changements ou innovations institutionnels (Huault, 2004). DiMaggio (1988) introduit alors la notion d'« Entrepreneur Institutionnel » pour rendre compte de l'action de tel agent qui, ayant « *un certain intérêt dans un contexte institutionnel particulier, [peut] mobiliser des ressources en tant que levier pour créer de nouvelles institutions ou en transformer d'existantes* » (Maguire & al., 2004 : 657). De nombreux auteurs se sont saisis de ce concept, le plus souvent au travers d'études empiriques (Leca, 2008), mettant en exergue chez cet entrepreneur institutionnel son rôle pionnier, conquérant, talentueux (doté de compétences, *skills*, Fligstein, 1997) ou encore son action héroïque. Il fédère, défie son environnement, et voit ce que les autres ne voient pas. Sa capacité stratégique est donc soulignée, l'entrepreneur institutionnel rompt avec la dominante institutionnelle existante en instrumentalisant le changement, grâce notamment aux ressources qu'il a en sa possession ou qu'il peut mobiliser.

### La notion d'espace favorable à l'innovation

Nous mobilisons principalement trois concepts théoriques pour questionner l'espace favorable à l'innovation :

- la méta-organisation (Arhne et Brunsson, 2008) caractérisée comme structurellement faible mais douée d'efficacité, en raison notamment de la dynamique de mobilisation des acteurs autour d'objectifs compatibles et d'un secrétariat qui joue le rôle d'orienteur et de mémoire du travail mené ;
- le collectif créatif (CC, Simon, 2009) structuré autour d'une identité commune, des activités de partage des connaissances et est animé par un but commun, qui est de « faire contre » les normes et pratiques établies. Il se situe à un niveau dit « middle ground » entre un « underground », souvent invisible et informel, où agissent des acteurs imaginatifs, créatifs, innovateurs mais sans ressources pour porter ou mettre en forme les innovations, et un « upperground » constitué au contraire des acteurs légitimes qui valident ou mettent en œuvre ces innovations. Le CC joue ainsi ce rôle intermédiaire d'identifier ou attirer l'underground et de mettre en en forme / enrichir les innovations qui seront déployées par l'upperground ;
- les espaces expérimentaux (Zietsma et Lawrence, 2010) qui parviennent à réunir promoteurs et opposants à des innovations pour légitimer celles-ci et les déployer. Ceci est permis par un travail de frontières et sur les frontières, le premier aboutissant à créer des frontières (juridiques, symboliques...) qui protègent ces acteurs des pressions habituelles, le second permettant à différents ensembles d'acteurs de transcender ce qui les sépare (frontière) pour travailler ensemble.

### Le concept de gouvernance

Entendue largement, la gouvernance définit les règles et modalités de l'action collective (concertation, décision) en contexte multi-parties prenantes non juridiquement dépendantes (Pasquero). Nous avons alors mobilisé un vaste ensemble théorique pour saisir la spécificité de l'EPSP entendue comme un dispositif structurellement faible mais « fort » sur d'autres caractéristiques et qui lui permet de jouer ce rôle de terreau favorable à l'innovation : la notion de méta-organisation (Arhne et Brunsson, 2008), la notion de collectif créatif (Simon, 2009) et les travaux de Zietsma et Lawrence (2010) qui analysent comment se créent des frontières (procédurales notamment) autour de ces espaces qui leur permettent de protéger les acteurs qui y opèrent des normes, règles et pratiques habituelles.

## **24. Les principaux résultats de la recherche**

### **1. La notion de « socles d'innovation » pour analyser les principes transformateurs et la diffusion des innovations.**

Notre analyse des données selon une approche compréhensive et avec une visée d'actionnabilité (i.e. utile pour l'action, Avenier et Schmitt, 2007) nous a amené à élaborer la notion de « socles d'innovation ». Cette notion nous permet d'analyser plus finement les dynamiques d'innovation de l'idée au projet d'innovation (par enrichissement), du projet à l'expérimentation et de celle-ci à une diffusion plus large. Nous proposons ainsi un niveau d'analyse complémentaire.

Ainsi, nous décrivons l'innovation comme une dynamique (potentiellement transformatrice) au regard des trois socles suivants :

- *socle conceptuel* : les concepts ou catégories abstraites (Greenwood et al.,2002) qui décrivent la visée poursuivie (intersectorialité, parcours de vie, déterminants à la santé, intégration et graduation des services, empowerment des patients / usagers). Tous permettent de décrire chaque innovation, étant donné que chaque concept est plus ou moins central (ou important) dans une innovation donnée ;
- *socle méthodologique* : les méthodes déployées pour développer l'innovation. Nous avons mis en évidence que ces méthodes reposent sur :
  - . un effort plus ou moins intense pour enrichir l'idée initiale et concevoir l'innovation, en mobilisant (avec plus ou moins d'acceptabilité) les principes d'interventions de l'EPSP,
  - . un effort pour étayer le processus de conception / expérimentation par l'utilisation de données probantes en santé publique, ou autres données scientifiques issues d'autres disciplines (*evidence-based approach*), issues principalement des champs disciplinaires suivants : médecine, santé publique, épidémiologie, sociologie, management....
  - . une méthode de discussion en comité des programmes qui se veut ouverte à l'avis de tous, encouragés à faire de leur propre expériences ou interrogations. Cela est permis par un effort important déployé pour préparer les réunions du comité des programmes (voir ci-dessous).
- *socle social* : décrivant la variété des acteurs participant au processus d'innovation (décideur / opérateur, diversité des organisations du champ et hors champ de la santé...).

Ainsi, cette notion nous permet :

- de questionner ce qui est réellement élaboré, expérimenté et diffusé,
  - en dépassant le dilemme entre imitation (au risque d'une non-appropriation par le nouveau contexte d'implémentation) et contextualisation (au risque d'une dilution des idées et principes portées par l'innovation-mère) (Sahlin et Wedlin, 2008) analysé au niveau de chaque innovation.
- Ainsi, si certaines innovations paraissent ne pas se diffuser ou que très tardivement (les 30 recommandations), ou si certaines innovations se diffusent avec une impression d'affaiblissement méthodologique (le parcours 4S), on analyse que, dans le même temps, des éléments des socles qui les constituent, restent stables (pas d'appauvrissement par exemple), ou sont réappropriées dans d'autres innovations (et facilitent ainsi la dynamique d'innovation de l'EPSP) ;
- en comprenant comment une innovation peut contribuer à la transformation d'un système, à travers l'élaboration et la diffusion de ces éléments de socles d'innovation.
- Ainsi, quand nous examinons la question de la transformation du système, nous regardons dans quelle mesure une innovation a été institutionnalisée, à savoir qu'elle rentre (ou forme) dans un cadre réglementaire, normatif ou cognitif. En examinant le cheminement du projet 4S, et en analysant globalement cette innovation, on pourrait conclure à une non (ou faible) institutionnalisation (affaiblissement méthodologique important...). Or dans le même temps, le fait de rénover les quartiers de Nice en construisant des lieux de marche accessibles pour tous a été inscrit dans la politique publique de la Ville. On peut donc observer l'institutionnalisation de certains éléments des socles d'innovation (conceptuels et sociaux) qui ont été développés et expérimentés par l'EPSP (projet 4S).

Ainsi, et au-delà de chaque projet d'innovation, on analyse la capacité de l'EPSP à élaborer des socles d'innovations, qui manifestent les principaux d'intervention (conceptuels, méthodologiques et sociaux) qu'il souhaite promouvoir. Ces socles peuvent ainsi être recombinaison pour donner lieu à d'autres projets d'innovation, facilitant ainsi le travail des acteurs et pouvant contribuer à accélérer les dynamiques de projets, quand un projet innovant s'enrichit ou bénéficie de l'expérience acquise sur certains socles déjà déployés sur d'autres projets, Ils sont donc l'unité d'analyse pour comprendre ce qui se diffuse dans le système.

Nous avons alors pu décrire et analyser les trajectoires d'innovation (émergence de l'idée, enrichissement, expérimentation, diffusion) au regard du travail opéré sur ces socles, nous amenant à identifier trois trajectoires de diffusion d'une innovation :

- diffusion d'une innovation par approfondissement (enrichissement) d'un ou plusieurs socles (exemple : le référentiel),
- diffusion d'une innovation par déploiement du / des socles sur d'autres domaines d'intervention (exemple : 4S : marche, sport, autisme ; C3S : senior, handicap mental...)
- diffusion par recombinaison de socles (généralement sur un même territoire d'intervention) (exemple : ICP, château de la Causega...).



Au cours de ses trajectoires d'innovation, une question empirique a émergé du terrain, formulée par certains membres de l'EPSP ; « doit-on élaborer un label EPSP ? ». Cette question empirique est politique et est celle de savoir comment maintenir la référence au travail produit par l'EPSP, et ceci pour deux raisons :

- rester fidèle à la manière dont l'EPSP entend promouvoir des innovations,
- renforcer la légitimité de l'EPSP, considérant important le renforcement de cette légitimité pour capter (« attirer ») les idées et soutenir les acteurs à les enrichir et les déployer (voir ci-dessous : l'EPSP comme un collectif créatif, Simon, 2009).

Dans un contexte complexe (multiplicité des acteurs et de leurs intérêts à agir...), il est apparu qu'une manière de faire pour un collectif d'acteurs désireux d'innover est de construire sa légitimité par cette production de socles innovants. En quelque sorte, et au-delà des innovations, l'EPSP est l'espace où « l'on pense et l'on agit différemment ». Ce travail sur ces socles doit conduire l'EPSP à construire sa légitimité en démontrant :

- la force des concepts qu'il promeut (socle conceptuel)
- l'apport d'une méthodologie d'innovation originale (socle méthodologique),
- sa capacité à relier et mobiliser des acteurs variés (socle social).

## **2. La «force des socles» pour théoriser l'innovation (i.e. justifier, démontrer une plus-value, mobiliser des alliés).**

La littérature nous montre que la transformation d'un système institutionnalisé requière, notamment, de légitimer ce qui est fait, et cela pour deux raisons :

- l'une bien reconnue par la littérature : surmonter le poids des normes, règles et pratiques habituelles,
- la seconde mise en évidence sur notre terrain : « l'invisibilité » de ce qui est promu, voire déployé, dès lors, par exemple, que les différents acteurs utilisent leur vocabulaire habituel pour décrire l'innovation, quand une absence d'évaluation affaiblit la capacité à démontrer l'intérêt de celle-ci., ou encore quand le temps long à voir se produire des changements sur les déterminants de la santé affaiblit l'intérêt apparent de l'innovation.

Légitimer ce qui est fait demande un « travail de théorisation », à savoir un travail qui permet de construire l'intérêt à innover, en démontrer la plus-value et mobiliser des alliés pour ce faire.

Si la littérature se focalise sur la théorisation de l'innovation, notre entrée par l'espace (Moore et Hartley, 2008) et notre entrée par la notion de « socles d'innovation » nous ont permis de mettre en évidence que la force de la théorisation de l'innovation dépend de :

- la capacité à théoriser les socles constitutifs de l'innovation,
- la capacité à théoriser l'ESPS comme un mode original mais nécessaire pour innover.

En analysant le travail de théorisation mené sur l'EPSP, les innovations et les socles, nous avons mis en évidence un certain nombre d'éléments ayant permis (ou ayant limité) de légitimer (i.e. théoriser) cet espace et ce qu'il aura produit :

- la capacité à théoriser est facilitée par le mode structurellement faible (absence de hiérarchie formelle, promotion du consensus / partage plutôt que qu'imposition d'une logique décisionnelle) mais fort quant à la manière de conduire du « secrétariat » de l'EPSP (voir ci-dessus) de conduire le travail mené au sein de l'EPSP (Grenier et Denis, 2011) ;
- la capacité à fabriquer des preuves « que cela marche ». Disons à ce stade que ces preuves ont été (même partiellement élaborées, ou faiblement opératoires, voir ci-dessous) relatives aux trois domaines des socles : données probantes de toute nature disciplinaire (socle conceptuel), preuves relatives à la méthodologie pour innover et preuves relatives à la participation des acteurs (présence, contribution, variété).

Ainsi, ces preuves n'ont pas uniquement trait aux effets tangibles en termes de bonne santé, mais sont aussi relatives au processus d'innovation tels que la mobilisation constante des membres de l'EPSP, l'avancement (même lent) des projets d'innovation, aucun n'ayant été finalement stoppé une fois l'idée lancée (notion émergente de « *evidence-based* innovation »).

- une théorisation qui produit des éléments discursifs plus ou moins malléables (i.e. plus ou moins adaptables et donc appropriables par les acteurs selon leur propre visée à vouloir expérimenter ou transférer une innovation) et plus ou moins populaires (i.e. rendant compte des efforts à fournir pour la compréhension de l'innovation) ; la malléabilité a un impact sur le dilemme « fidélité / adaptation » (Ansari et al., 2010) tandis que la popularité du concept a un impact sur l'acceptabilité de l'innovation.

Nous avons cependant mis en évidence les éléments suivants qui ont affaibli la capacité à théoriser (et donc à légitimer) les innovations et l'EPSP lui-même :

- la théorisation repose sur un travail discursif. Nos données ont montré combien, dans le temps, les acteurs durant les réunions du comité des programmes, avaient acquis des habiletés discursives (et un socle discursif commun) pour « parler » des innovations et de l'EPSP. Mais certains acteurs nous ont dit combien ils leur étaient difficiles d'importer ce registre innovant (qui justifie et légitime ce qu'ils font) dans leurs propres organisations. Nous reviendrons sur ce résultat dans la partie 3 quand nous analyserons le pouvoir protecteur mais parfois limitant des « frontières » que l'EPSP a créé par rapport aux normes et pratiques habituelles de penser et faire dans le champ (local) de la santé ;

- pour autant nous avons pu observer combien certains acteurs avaient su développer une « rhétorique adaptée » (Perelman et Olbrechts-Tyteca, 2008), à savoir à enrichir, modifier partiellement... ce socle discursif partagé au sein de l'EPSP pour le faire sien d'une part et l'adapter en fonction des parties prenantes avec qui l'innovation devra être déployée (cas du parcours de marche déployée par l'acteur public Ville sur Nice, cas de ce parcours, de certaines recommandations et du référentiel repris sur Causega) ; une hypothèse est que ces acteurs disposent, soit de davantage d'autonomie par rapport à leur propre structure, soit font preuves d'habiletés entrepreneuriales spécifiques ;

- le faible renouvellement conceptuel et social, en raison d'un faible renouvellement des membres de l'EPSP et d'une très faible variété intersectorielle, aura conduit que certains registres discursifs, emprunts d'arguments relevant de différents champs disciplinaires et d'intervention, n'ont été que partiellement appropriés par les acteurs (voir également ci-dessous, point 3, sur cette question de l'intersectorialité) ;

- et finalement, l'équivocité du rôle de l'EPSP comme diffuseur (lui-même) ou « simple » soutien à la diffusion n'aura pas permis de produire une théorisation claire de ce que signifie « disséminer des innovations ».

Nous allons maintenant présenter les résultats spécifiquement relatifs à l'EPSP, considérant que l'innovation de services requière d'innover dans la gouvernance des dynamiques collectives qui les produisent.

### **3. L'EPSP comme une méta-organisation expérimentale et créative (MOEC)**

Nous avons élaboré l'acronyme MOEC pour questionner les caractéristiques et le rôle de l'EPSP dans sa (plus ou moins grande) capacité à favoriser des innovations et des socles d'innovations. Cet acronyme est construit autour de trois concepts clés, la méta-organisation (MO, Arhne et Brunsson, 2008), le collectif créatif (Simon, 2009), et l'espace expérimental (Zietsma et Lawrence, 2010).

#### **a) L'EPSP par la grille de lecture de la MO**

Avec ce, nous avons analysé comment et dans quelle mesure l'EPSP a maîtrisé l'ambivalence d'une MO d'être une organisation faiblement structurée mais pourtant douée d'efficacité :

- *quant à son secrétariat.*

Le secrétariat est un élément central pour résoudre cette ambivalence identifiée par la littérature (voir plus haut, partie théorique).

Au sein de l'EPSP, le secrétariat était composé de 4 acteurs : prof. Pradier, initiateur et largement « cheville ouvrière » du dispositif au quotidien, et largement impliqué dans le travail relationnel lors EPSP (pour déployer des expérimentations par ex.), prof. R., ancien ministre de la santé du Québec, et ayant lui-même initié une initiative similaire pour accompagner le changement au Québec (IPCDC, Touati et al., 2006), mde AV, directrice générale adjointe du CHU Nice et m. D., ancien DG d'une ARH.

Quant à son rôle, ce secrétariat a progressivement développé le rôle de « gardien de mémoire » en raison de la stabilité de ses membres et d'un travail méthodologique particulier : une traçabilité forte de ce qui se joue au sein des comités de programmes par une attention soutenue portée à ses CR de réunions. Cette traçabilité

soutient également une mémoire discursive qui permet aux membres de se réapproprier ce que les uns et les autres disent, construisant ainsi les éléments nécessaires à la théorisation que nous avons évoquée plus haut. Nous avons mis également en évidence le rôle particulier de la composition de ce secrétariat, qui est véritablement un « secrétariat distribué » (eu égard aux profils, compétences et parcours de ses quatre membres) qui présente certaines caractéristiques d'un entrepreneur institutionnel collectif (EIC, Fligstein, 1997 ; Gambarelli, 2014).

Le secrétariat est composé de 4 acteurs qui, chacun, représente une sphère spécifique (scientifique, organisationnelle, méthodologique et « politique ») leur permettant de porter cette quadruple légitimité caractérisant le secteur de la santé, et de relier l'EPSP auprès de ces quatre sphères.

- *quant à la gouvernance de la MO.*

Celle-ci repose principalement sur les principes de l'adhésion et du consensus. Aucune décision engageante n'est formellement actée durant les comités de programmes. Pour autant, les membres ayant progressivement acquis le sentiment d'appartenance à quelque chose de commun, peuvent se sentir « obligés » de ce qu'ils auront dit ou fait. En suivant la littérature dominante (Greenwood et al., 2002) qui ont mis en évidence la nécessité d'une gouvernance forte pour agir sur un système mature, nous avons été amenés à identifier ce qui pouvait constituer cette gouvernance forte de l'EPSP. Elle est de deux ordres : elle tient à la composition du secrétariat qui l'anime (voir ci-dessus) ; elle s'appuie sur la force (plus ou moins reconnue selon les acteurs) avec laquelle elle promeut et parvient à légitimer ce qui est désormais appelé la « méthode EPSP » (conceptuelle, méthodologique et sociale).

Dès lors l'enjeu de l'EPSP est de trouver un équilibre entre souplesse structurelle et solidité du triptyque concept – méthodologie – social.

#### b) L'EPSP par la grille de lecture du collectif créatif

Nous avons analysé dans quelle mesure l'EPSP avait les caractéristiques et jouait le rôle de « middleground » :

- les caractéristiques d'un CC (identité commune, partage de connaissance, but commun) ont progressivement émergé. On pourrait évoquer une certaine lenteur, l'initiative ayant débuté en 2007 pour connaître un accroissement des projets portés à partir de 2012/2013 en raison de : temps nécessaire à l'interconnaissance et l'intercompréhension, lent déploiement des innovations, retour d'expériences (ou évaluations) non immédiat ;

- quant au rôle de l'EPSP comme CC, il joue ce rôle attracteur auprès d'acteurs qui souhaitent bénéficier de l'appui conceptuel, méthodologique et social (i.e. les socles) pour mener à bien leur projet. Ainsi parmi les innovations étudiées, trois ont été apportées par des acteurs membres de l'EPSP, qui avaient commencé à ébaucher l'idée dans leur propre structure.

Cependant ce rôle attracteur est encore actuellement limité aux acteurs appartenant à la sphère « naturelle » gravitant en santé publique (faible intersectorialité de la composition de l'EPSP).

Ce qui nous conduit à questionner le rôle parfois limitant des frontières protectrices que l'EPSP a peu à peu construites.

#### c) L'EPSP par la grille de lecture de l'espace expérimental

De par son histoire (mobiliser des acteurs désireux d'innover), l'EPSP réunit (toujours) des acteurs « pour », peu d'acteurs « contre », ceux-ci restant à l'extérieur de l'Espace, ou quand ils sont membres du comité des programmes, s'expriment finalement peu.

Une première observation est la difficulté de ce type d'espace d'être un lieu où s'élaborent et se discutent des controverses. Une conséquence est que ces acteurs « contre » ou finalement peu convaincus ont souvent gêné ou compliqué l'expérimentation de certaines innovations (4S, les 30 recommandations).

*A contrario*, le Référentiel a connu un déploiement aisé car la cible et les acteurs de ce déploiement (upperground) appartenait à la même sphère professionnelle (ou sphère proche) que celle des acteurs ayant participé à son élaboration.

Un premier résultat est de montrer que la frontière de l'EPSP (conceptuelle, méthodologique et sociale) protège les acteurs de leurs habitudes et de leurs institutions / organisations pour enrichir des idées et les mettre en forme en projet ; mais cette frontière crée une certaine imperméabilité avec l'extérieur quand il

s'agit d'aller sur le terrain au contact d'autres acteurs ; ce même dilemme (protection / perméabilité) se pose quant à la diffusion d'innovation (déploiement sur d'autres territoires). Pour certaines innovations (les 30 recommandations), la frontière protectrice a fortement gêné la diffusion de l'innovation.

Un second résultat sur cette question de la frontière concerne la difficulté de l'EPSP à réunir des acteurs appartenant à différents secteurs d'intervention (intersectorialité) pour être en correspondance avec l'un des principes généraux prônés par la nouvelle santé publique et défendue par l'Espace. Une grande variété d'acteurs « tourne » autour de l'EPSP à travers notamment les groupes de travail qui ont été créés pour soutenir concrètement le déploiement ou l'expérimentation des innovations (et par ex. récemment sur l'expérimentation du baluchonnage, en relation avec Pôle Emploi). Or ces occasions de travailler ensemble et d'approcher l'EPSP ne se sont pas transformées en une intégration de ces acteurs hors de la sphère habituelle de la santé (ou santé publique) au sein de l'EPSP. Plus largement les projets apportés à l'EPSP sont apportés par des organisations de cette sphère habituelle et non pas d'autres secteurs d'intervention. On doit cependant noter que des tentatives ont été opérées, notamment quand l'EPSP a commencé à embrasser la question de la santé mentale, et plus récemment avec les acteurs du sport, ou un représentant de l'éducation nationale. L'EPSP est ainsi marqué par une faiblesse intersectorielle. De par son histoire, ses promoteurs (secrétariat), son adossement au CHU Nice (nécessaire dans le même temps), l'EPSP reste identifié comme un « lieu pour médecins et professionnels de santé / social ».

Nous pouvons considérer qu'il aurait manqué au sein du secrétariat un cinquième acteur, ou une figure particulière, qui jouerait le rôle d'acteur frontière (Bergeron et al., 2013) avec d'autres secteurs d'intervention. Nous confirmons d'autres travaux récents sur des espaces similaires selon lesquels l'orchestration de savoirs variés requiert d'être portée par un collectif d'acteurs d'une variété similaire (Touati et al., 2016).

Nous posons aussi la question de la place périphérique de ces espaces voulus pour transformer un système institutionnalisé. Une part de la littérature considère que l'innovation ne peut être portée que par des acteurs périphériques, mais au risque de ne pas trouver ou construire la légitimité (et les ressources) nécessaire pour agir. Ce sont davantage ces situations qui ont été étudiées dans la littérature. Cette recherche offre à l'analyse une question différente : comment et quand un espace soutenu par un acteur central du système peut acquérir une « autonomie » par rapport à cet acteur, pour être mieux à même d'innover plus radicalement.

Dès lors, au regard de l'ensemble de ces résultats, nous sommes amenés à proposer plusieurs hypothèses :

- un espace qui acquière les caractéristiques d'une MOEC favorable à l'émergence de l'innovation peut créer des frontières limitant l'expérimentation et/ou la diffusion ;
- un espace souhaitant être à la fois expérimentateur et diffuseur devrait se structurer selon les principes organisationnels d'une organisation dite ambidextre (O'Reilly & Tushman, 2004) ; l'EPSP avait évoqué la création d'une cellule appelée alors cellule d'essaimage, idée non aboutie ;
- pour autant, ces ambivalences observées entre émergence – expérimentation – diffusion ont été en partie levées dès lors que l'EPSP a acquis une légitimité forte lui permettant d'attirer les acteurs désireux d'expérimenter ou de déployer sur leurs propres territoires ;
- la reconnaissance de l'EPSP comme un espace conceptuel-méthodologique-social, promouvant une « méthode » offre potentiellement aussi les ingrédients pour le différencier des organisations existantes dans le champ, et notamment des organisations professionnelles (hôpitaux...) ou institutionnelles (CR, CD...). Il est ainsi en marge et peut ne pas apparaître comme directement concurrent. Il est un capteur d'idée, un générateur d'enrichissement et un méthodologue pour soutenir l'expérimentation, voire la diffusion.

*In fine*, nous émettons deux pistes de questionnement futur :

- comment l'EPSP pourrait se structurer et se positionner comme le coordinateur d'un réseau de pratiques innovantes (Agterberg et al., 2010 ; Goglio-Primard et Grenier, 2014), i.e. structurant et animant la mise en relations entre acteurs porteurs de pratiques innovantes et acteurs désireux de s'appropriier ces pratiques ?
- comment l'EPSP pourrait développer des pratiques et ressources pour soutenir ses membres à transformer plus durablement leur propre organisation ?

## Références citées

- 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*, vol. 47 no. 1, pp. 85-108
- Ahrne, G. et Brunsson, N. (2008), *Meta-organizations*, Edward Elgar Publishing Ltd
- Alter N., (2000). *L'innovation ordinaire*, Presses Universitaires de France (Sociologies), (1ère édition 2000) 3ème édition (2010).
- Avenier MJ et Schmitt C. (2007), « Elaborer des savoirs actionnables et les communiquer à des managers », *Revue Française de Gestion*, n° 174, p. 25-42
- Bergeron H., Castel P. et Nouguez E. (2013). « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, vol. 2, n° 54, p. 263-302
- Dandurand, L. "Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative", *Revue française d'administration publique*, 2005/3 n°115, p. 377-382.
- DiMaggio, P. J. (1988), Interest and Agency in Institutional Theory. In L. Zucker (Ed.), *Institutional Patterns and Organisation: Culture and Environment*, Cambridge, Ballinger Publication, 3-22.
- Fligstein N., (1997), « Social Skills and Institutional Theory », *American Behavioral Scientist*, 40(4), 397-405.
- Gambarelli F., (2014), *L'Entrepreneuriat Institutionnel Collectif : Action Collective Organisée en Faveur d'un Changement Institutionnel - Le Cas de l'Espace Partagé de Santé Publique*, Nice ; thèse de doctorat (directeur de thèse : Corinne Grenier), AMU, laboratoire CERGAM
- Goglio-Primard K. et Grenier C., (2014) « Les réseaux de pratiques pour soutenir la dissémination d'innovations sociotechniques dans le champ médico-social : Proposition du modèle MERPI », in Meyer V. (coord), « Les « technologies numériques »... au service des usagers ... au secours du travail social ? », Editions Hospitalières, p. 261-274
- Greenwood, R., Suddaby, R. and Hinings, C. R. (2002), "Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields", *Academy of Management Journal*, 45 (1), pp. 58-80
- Grenier C., Denis JL, (2011), « Institutional renewal and innovation process: the role and practices of institutional entrepreneurs », paper presented at the *Sixth Organization Studies Summer Workshop: "Bringing Public Organization and Organizing Back In"*, Paris, May,
- Grenier C., Gambarelli F., Pradier C. et al. (2011), « Innover pour un EHPAD du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes », *Revue de Santé Publique*, vol 23/4, p. 329-337
- Huault, I. (2004), *Institution et organisation : quels points de rencontre ?* In I. Huault (Ed.), *Institutions & gestion*, Paris, Vuibert.
- Jolly C. (2016, à venir), *La théorisation des innovations au sein de la Méta-Organisation Expérimentale et Créative (MOEC). Etude de cas dans le champ de la santé*, thèse de doctorat (directeur de thèse : Corinne Grenier), AMU, laboratoire CERGAM
- Lawrence B., Suddaby R., (2006), « Institutions and Institutional Work », in Clegg S., Hardy C., Nord W.R., Lawrence T., *Handbook of Organizations Studies*, Londres : Sage.
- Leca B., (2008), "Façonner les règles du jeu: la mise en place par un entrepreneur institutionnel d'un changement radical dans un champ fortement structure", Thèse de Doctorat, Lille.
- Maguire S., Hardy C. et Lawrence B., (2004), « Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada », *Academy of Management Journal*, vol. 47, n° 5, p. 657-679.
- Moore, M., & Hartley, J. (2008). Innovations in governance. *Public Management Review*, 10(1), pp. 3-20.
- Munir, K. (2005). 'The social construction of events: A study of institutional change in the photographic field', *Organization Studies*, 26 (1), pp. 93-112
- O'Reilly C. & Tushman M. (2004), "The Ambidextrous Organization", *Harvard Business Review*, april, 74-81
- Perelman, C., et Olbrecht-Tyteca, L., *Traité de l'argumentation. La nouvelle rhétorique*. 6eme edition. Editions de l'Université de Bruxelles. Bruxelles. 2008.
- Sahlin K. et Wedlin L. (2008), « Circulating ideas : imitation, translation and editing », chap 8, in Greenwood R., Olivier C., Suddaby R. Sahlin K. (eds), *the Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, p. 218-242
- Simon L. (2008). Underground, upperground et middle-ground: les collectifs créatifs et la capacité créative de la ville, *Management International*, Vol. 13, Numéro spécial

- Touati N., Denis J.L., Grenier C., and Smits P. (2016), "Implementing spaces to favor the emergence of ecologies of complex innovation in the public health sector: an empirical analysis", *Administration and Society*, July (pre-publication on line)
- Touboul P., Valbousquet J., Pourrat-Vanoni I., Alquier MF, Benchimol D. et Pradier C. (2011), « Comment adapter l'environnement pour favoriser la marche des seniors ? Une étude qualitative », *Revue de Santé Publique*, n° 5/23, p. 385-399
- Zietsma, C. and Lawrence, T. (2010), "Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work", *Administrative Science Quarterly*, 55, pp. 189-221.

---

### III. Valorisation

#### Thèses de doctorat

- . François Gambarelli, « L'Entrepreneuriat Institutionnel Collectif : Action Collective Organisée en Faveur d'un Changement Institutionnel - Le Cas de l'Espace Partagé de Santé Publique, Nice », thèse soutenue en décembre 2014, Aix-Marseille Université (directeur de thèse : Corinne Grenier)
- . Charlotte Jolly, « La théorisation des innovations au sein de la Méta-Organisation Expérimentale et Créative (MOEC). Etude de cas dans le champ de la santé », soutenance le 15 décembre 2016, Aix-Marseille Université (directeur de thèse : Corinne Grenier)

#### Articles et communications publiées

- Ces publications soit concernent le terrain même de l'EPSP, soit concernent d'autres terrains, mais à partir de cadres théoriques ou enseignements tirés des travaux menés dans le cadre de ce projet de recherche.
- . Gambarelli F., Grenier C. et Denis JL (2012), « Collective Institutional Entrepreneurship in organized Ecologies: how entrepreneurs collectively work to design Social Innovation? », 28th EGOS Colloquium, Helsinki
- . Grenier C., Gambarelli F., Pradier C. et al. (2011), « Innover pour un EHPAD du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes », *Revue de Santé Publique*, vol 23/4, p. 329-337
- . Touboul P., Valbousquet J., Pourrat-Vanoni I., Alquier MF, Benchimol D. et Pradier C. (2011), « Comment adapter l'environnement pour favoriser la marche des seniors ? Une étude qualitative », *Revue de Santé Publique*, n° 5/23, p. 385-399
- . Touati N., Denis J.L., Grenier C., and Smits P. (2016), "Implementing spaces to favor the emergence of ecologies of complex innovation in the public health sector: an empirical analysis", *Administration and Society* (Published online before print, July 21, 2016, doi: 10.1177/0095399716659734)
- . Grenier C. et Ibrahim R. (2016), « La gouvernance auscultée : entre une gouvernance technique qui prescrit et une gouvernance comme espace de renouvellement des relations et des habiletés à innover », *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol 33, b° 6, p. 327-334
- . Grenier C. (2014), « Proposition d'un modèle d'espaces favorables aux habiletés stratégiques », *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* ; vol 32/1, p. 3-11

#### Articles à venir (en cours d'évaluation ou d'envoi à des revues)

- Grenier C., Denis JL et Valette A., « Theorizing space enabling innovations for theorizing innovations – an French innovative experimentation in public health » (dans une revue anglosaxonne)
- Grenier C., Denis JL, Jolly C., « La théorisation des innovations: la force du concept? – étude de cas en santé publique » (dans une revue francophone)
- Grenier C., « L'entrepreneur institutionnel collectif pour animer un espace dédié aux innovations – étude de cas en santé publique » (dans une revue francophone ou anglosaxonne)
- Grenier C. et Denis JL, « La diffusion des innovations en environnement fortement institutionnalisées : le rôle de l'espace promoteur d'innovations socles » (dans une revue francophone ou anglosaxonne)

#### Actions d'accompagnement

Durant la mise en œuvre du projet, Corinne Grenier a déployé des sessions d'animation spécifiques durant les réunions du comité des programmes de l'EPSP (voir rapport de recherche). Cela a donné lieu à un rapport en janvier 2014 intitulé : « Accompagner les partenaires réunis au sein du Comité Programmes de

l'Espace Partagé de Santé Publique dans une démarche de changement pour, notamment, encourager l'échange de connaissances et d'expériences, promouvoir et réaliser des expérimentations ». Ce rapport a été remis à l'ARS PACA.

### **Séminaire de clôture / ouverture**

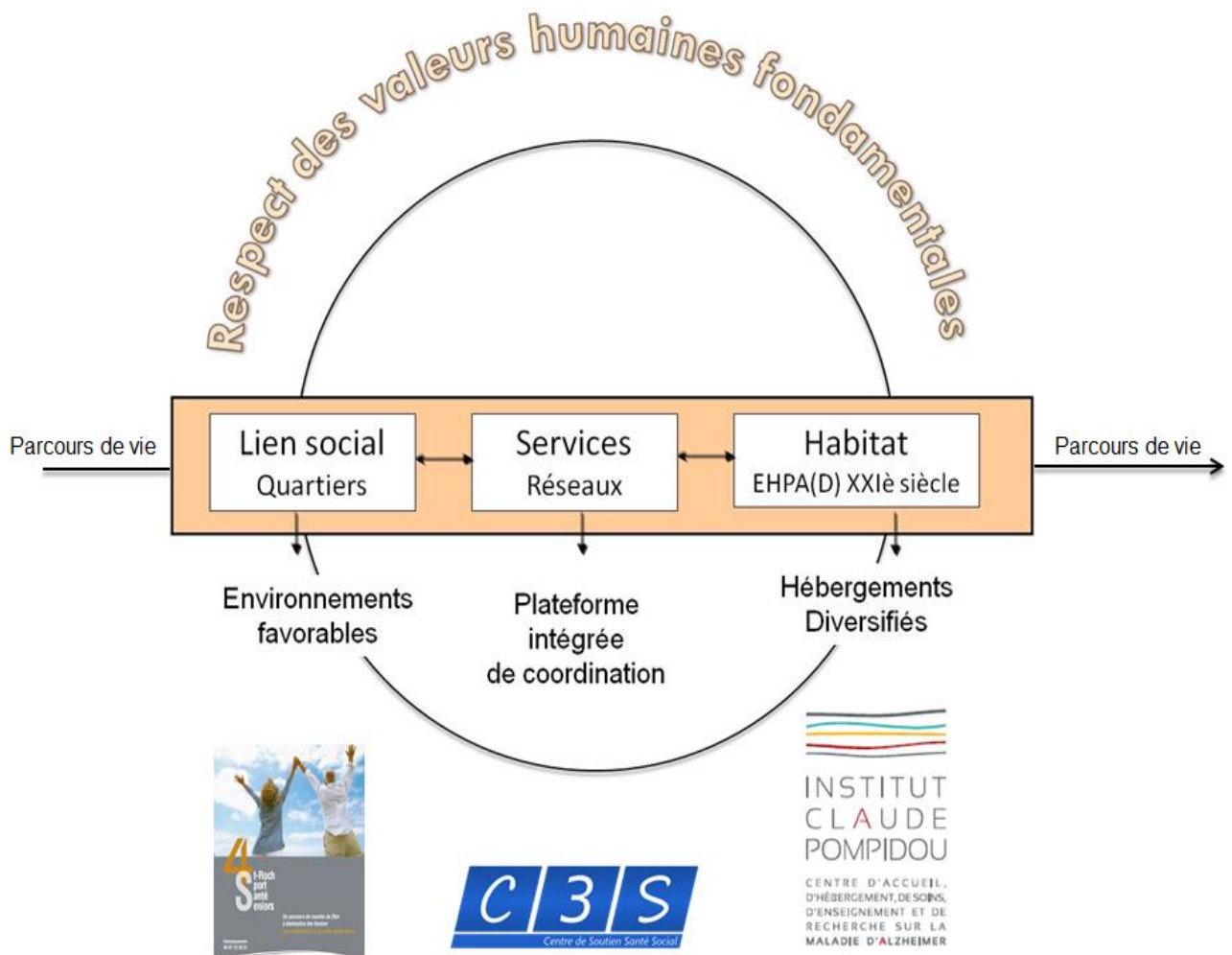
Un séminaire a été organisé en mai 2016 et poursuivant deux objectifs : rendre compte des résultats de recherche et confronter ces résultats avec d'autres expériences et travaux. Le thème général était celui des espaces favorables à l'innovation en santé : « *Les espaces favorables à l'innovation dans le champ de la santé : Comment des espaces peuvent favoriser l'émergence, la pérennisation et la diffusion des innovations ? Comment des espaces peuvent favoriser la transformation du système de santé ?* »

Voir annexe 3

### **Autre forme de valorisation**

L'EPSP est désormais déployé sur l'ensemble de la région PACA, désormais appelé EPRSP, soutenu par l'ARS. Christian Pradier est « partie prenante » de l'instance collégiale régionale qui pilotera l'EPRSP et Corinne Grenier participera à certains éléments de réflexion, en particulier à travers un encadrement doctoral.

Annexe 1 : modèle général de l'esp appelé « modèle du vieillissement en bonne santé »





## Annexe 2 – Description des quatre innovations de l’EPSP étudiées

Nous présentons ci-dessous les quatre innovations que nous avons plus particulièrement étudiées:

- la création d’un guide de compétences pour une meilleure prise en charge des personnes âgées (vivant en EHPAD ou à domicile) ; ce guide a servi de base à de nombreuses formations de professionnels sur Nice et le département des Alpes Maritimes ;
- la conception et l’implantation dans deux quartiers de Nice d’un « parcours de marche » (projet 4S) visant à restaurer les capacités relationnelles, physiques et cognitives des personnes âgées et dépendantes, par l’exercice physique et un coaching à la fois collectif et individuel ; de nouveaux déploiements du concept « 4S » sont en cours sur d’autres territoires du Département ;
- la rédaction d’un guide de 30 recommandations pour un EHPAD innovant, davantage respectueux de la personne âgée hébergée et du travail des professionnels ; ce guide est actuellement pris en compte dans la création d’un nouvel EHPAD sur Nice ;
- le C3S : le Centre de Soutien Santé Social est une plateforme polyvalente d’appui aux professionnels de premier recours conçue pour répondre aux problèmes de prises en charge des personnes en perte d’autonomie, en situation complexe ou nécessitant une continuité dans la prise en charge (reposant sur les principes d’intégration, de réponse d’intervention graduée, animée par un pilote et des gestionnaires de cas).

	<b>Guide for Competency Development in Gerontologic Activities</b>	<b>4S Project</b>	<b>Recommendations for Innovative Retirement Homes</b>	<b>C3S</b>
<b>Description</b>	A reference guide of necessary competencies in gerontology to promote a new way of intervening with the elderly.	A walking path for the elderly in the Saint Roch area of Nice, offering collective and individual coaching to encourage the elderly to get out of their home, use the walking path and meet other people.	A set of 30 innovative proposals for retirement homes.	Mise en œuvre d’une plateforme polyvalente d’appui aux professionnels de santé promue au nom des politiques publiques  Collaboration d’une pluralité d’acteurs pour répondre aux problèmes de prises en charge des personnes en perte d’autonomie, subissant des soins palliatifs, de la douleur ou une maladie chronique
<b>What the innovation consists of (versus prevailing)</b>	Promoting a care and social approach versus the prevailing treatment approach for the elderly.  Training all actors (including informal caregivers and social	Restoring the physical, cognitive and relational abilities of the elderly in an integrated way versus interventions restoring one or the other abilities.  Attention to relational abilities versus	Promoting a social and open environment versus socio-medical (and more and more treatment) and a closed environment for the elderly.	Développer une interface dans un système de santé complexe. La visée de la plateforme est d’informer, d’orienter et de réguler les personnes à prendre en charge vers les « bons » intervenants. Il s’agit aussi de gérer

<b>institutions)</b>	workers) versus the habit of training medical and socio-medical staff.	the dominant focus on only cognitive and physical abilities.		les cas complexes.
<b>Theorization</b>	<p>Wellbeing rests on promoting the autonomy of elderly people, promoting care and not only treatment, and ensuring their dignity.</p> <p>Developing new competencies to restore the wellbeing of the elderly not only concerning the medical but any professional (socio-medical and social workers, managers of specialized establishments).</p>	<p><u>First 4S project</u></p> <p>Enhancing the relational, physical and cognitive capital of the elderly to restore their health.</p> <p><u>The disseminated 4S walking paths</u></p> <p>Wellbeing of disabled people.</p> <p>Walking path contributing to improving the urban environment.</p>	The need to make retirement homes more open to their local environment, more social activity oriented (vs. tendency to medicate) and more ethical.	<p>Aider les professionnels dans la prise en charge des patients, notamment la gestion de cas complexes.</p> <p>Aussi, il s’agit de permettre la continuité de la prise en charge du patient et d’assurer le lien entre l’hôpital et la ville.</p>
<b>Main chronology</b>	<p>2007 (end): Launch the design process within the PsC.</p> <p>2009: Elaborate communication plans (Ministry of Health, professional organization departmental delegations).</p> <p>2009-2011: Discuss the organization of training sessions.</p> <p>2011: Choose a training company.</p> <p>2012: Organize the first training sessions for EPSP member organizations (Nice CCAS, Nice CHU and retirement home).</p> <p>2016 :le bilan précise que 1200 agents ont été formés sur le département 06. Les agents sont très satisfaits. (bilan réalisé en mars 2016).</p> <p>2016 : Incitation à la poursuite des formations en développant une</p>	<p>2009: Nice CCAS project to launch an experiment to encourage physical activities for the elderly.</p> <p>2009 (October): Present a general framework to the PsC.</p> <p>2010–2011: Present in-progress projects and discuss; cooperation of municipality and state services involved in urban rehabilitation and research laboratories in cognitive and sport sciences.</p> <p>2010 (June): Present a working schedule, with implementation in the Saint Roch area; focus groups of citizens and merchants to define the walking path; recruit and train coaches.</p> <p>2011: Elaborate the implementation plan.</p> <p>2012: Inaugurate the walking path,</p>	<p>2009: Launch the design process within the PsC.</p> <p>Mid-2009 to mid-2010: Open a shared online group and encourage members to make proposals.</p> <p>December 2010: Elaborate first version of Recommendations, later enriched in an open seminar.<sup>2</sup></p> <p>2011: Formalize the 30 Recommendations.</p> <p>Since mid-2011: Diffuse the Recommendations to the professional and academic communities (articles in scientific journals; but failure of communication actions to ensure adoption of the Recommendations.</p> <p>Mid-2012: Identify two places in Nice for forthcoming deployment (opening in 2014).</p> <p>2014: les 30 recommandations sont</p>	<p>2008: Création de l’association « Centre de Soutien aux Réseaux de Santé ».</p> <p>2010 : La plateforme CSRS vise à soutenir méthodologiquement et logistiquement les réseaux de santé (initialement en région PACA).</p> <p>2012 : modélisation du CSRS. Il s’agit de mettre en place des espaces de concertation entre professionnels en bâtissant à leur intention des procédures et outils communs.</p> <p>2013 : Naissance de C3S : Centre de Soutien Santé Social. Il s’agit de poursuivre les activités du CSRS mais de prendre en considération l’accroissement du nombre de patients pris en charge.</p> <p>2014 : il s’agit d’élargir l’offre de prise en charge à d’autres pathologies, d’élargir le territoire</p>

<sup>2</sup> Where managers of retirement homes and other professionals concerned with services for the elderly participated in the seminar even if they did not belong to the EPSP.

	<p>communication autour du référentiel et de ses résultats (personnel très satisfaits et enthousiaste).</p>	<p>with evaluation in progress and identification of a second area for forthcoming replication.</p> <p>Mid-2012: Creation of a working group to disseminate the 4S project in another area of Nice (around the ICP hospital); the walking path will be called “4S: Seniors, Sport, Solidarity, Health”</p> <p>2014 : l’innovation « 4S » est présentée à Paris lors des journées de la prévention de l’INPES. De même, l’EPSP présente « 4S » auprès du Réseau français des Villes-Santé de l’OMS, à Paris.</p> <p>Le projet « MOUV » (Marche Optimale dans le Vert-Urbain) s’est inspiré du parcours de marche « 4S » et vise le bien-être en ville.</p> <p>2015 : l’association « la maison du bonheur » duplique « 4S » en trois parcours sportifs au sein du château de la Causéga à Fontan.</p>	<p>mises en œuvre au sein de l’ICP.</p> <p>2015-2016 : les 30 recommandations peinent à se diffuser car le moyen de communication n’est pas optimal.</p>	<p>d’actions, de permettre la continuité du parcours du patient, de réaliser un accompagnement pluridisciplinaire ainsi qu’un accompagnement adapté au patient.</p> <p>2015 : expérimentation régionale de la CTA. Il s’agit de répondre aux besoins des professionnels et de la population ainsi que de développer des services d’appui pour faciliter une prise en charge de proximité, en soutien au premier recours (informer, orienter et expertiser).</p> <p>2016 : le C3S va être dupliqué en une plateforme « autisme ».</p>
--	---	--	--	--

## **Annexe 3 – Séminaire de clôture**

A été organisé les 30 et 31 mai 2016 un séminaire de recherche qui poursuivait trois objectifs :

1. Rendre compte des résultats de la recherche GMI-PECI-PD et confronter ces résultats avec d'autres travaux portant sur le champ de la santé mais également sur d'autres champs d'intervention ou d'activités réputées également institutionnalisés, avec d'autres chercheurs mais aussi des acteurs professionnels du champ de la santé ;

=> voir la liste des participants ci-dessous. En plus de 3 communications de présentations des résultats du projet, 11 autres communications ont été présentées, permettant d'enrichir notre compréhension des espaces favorables aux innovations dans des contextes fortement institutionnalisés et cloisonnés.

2. Présenter et affiner un second projet de recherche, appelé EFICIS, qui aura fait l'objet d'une lettre d'intention auprès de l'IRESP (dans le cadre des AAP 2016) et insuffler une dynamique de recherche prenant la forme d'une communauté de chercheurs et d'acteurs professionnels désireux de travailler sur ces questions relatives à l'innovation et les espaces favorables à l'innovation ;

=> la demande d'intention a été refusée.

3. Réaliser un numéro thématique dans la revue Politiques et Management Public à partir des communications qui auront été présentées lors du séminaire, ou à partir de propositions issues des discussions lors du séminaire (à paraître courant 1<sup>o</sup> semestre 2017).

=> l'appel à contribution pour le numéro thématique a été lancé en septembre 2016. Le retour des propositions est attendu pour décembre suivant, avec une parution du numéro spécial pour le 3<sup>o</sup> trimestre 2017.

### **Participants Membres de l'équipe de recherche du projet**

Denis Jean-Louis Denis, professeur, ENAP, Montréal

Grenier Corinne, professeur, KEDGE BS

Jolly Charlotte, doctorante, AMU

Pradier Christian, PUPH, Département de Santé Publique, CHU Nice, Univ. Nice),

Touati Nassera, professeur, ENAP, Montréal

Valette Annick, MDC HDR, IAE Grenoble

### **Autres participants**

Baret Christophe, professeur, laboratoire LEST, AMU

Barrière François, médecin, animateur du collectif MAIA

Beaucourt Christelle, MDC, HDR, IAE Lille

Belzile Louise, doctorante, centre de recherche sur le vieillissement, Univ. Sherbrooke, Canada

Bibas Félicia, docteur, vice-présidente URPS Pharmacie PACA

Boiteau Karine, docteur, laboratoire LEST, AMU

Couturier Yves, professeur, centre de recherche sur le vieillissement, Univ. Sherbrooke, Canada

Goglio-Primard Karine, KEDGE BS

Hoareau Charlène, doctorante (inscription en cours), AMI

Hudebine Hervé, MDC, université de Brest

Ibrahim Rym, doctorante

Nabet Norbert, DGA, ARS PACA

Pauget Bertrand, professeur, EBS Paris

Roux Christelle, MDC, IAE Lille

De Saint Julien Odile, KEDGE BS