

Les Innovations Organisationnelles en Santé : quelles spécificités ?

Grandclaude Sabrina, EM Strasbourg Business School, Université de Strasbourg, HuManiS (EA7308), 61 avenue de la Forêt Noire, 67000 Strasbourg, sabrina.grandclaude@outlook.fr

Nobre Thierry, EM Strasbourg Business School, Université de Strasbourg, HuManiS (EA7308), 61 avenue de la Forêt Noire, 67000 Strasbourg thierry.nobre@em-strasbourg.eu

Résumé :

Les Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) sont régulièrement appréhendées dans la littérature académique à travers le prisme des innovations organisationnelles appliquées dans le champ des organisations de santé. Cette approche ne prend donc pas en compte l'ensemble des spécificités des IOS. Cette recherche vise à mettre au jour ces éléments à partir de l'analyse des documents institutionnels de 96 Innovations Organisationnelles en Santé et de 52 entretiens menés auprès des porteurs de projet de ces innovations. Nos résultats permettent d'identifier les spécificités des Innovations Organisationnelles en Santé et, par conséquent, de proposer une définition des IOS qui souligne l'ensemble de leurs spécificités.

Mots clés : Collaboration/mutualisation de tous les acteurs des systèmes de soins ; Innovation Organisationnelle en Santé (IOS) ; Innovation organisationnelle ; Article 51 ; Pluriprofessionnalité ;

En dépit d'une importance fondamentale pour les systèmes et les organisations de santé, les Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) n'ont pas encore fait l'objet de travaux conséquents (Damart, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016 ; Albert-Cromarias et Dos Santos, 2020). Lorsque des études sur les IOS sont néanmoins menées, elles ne considèrent pas les IOS comme un objet de recherche spécifique. En effet, ces travaux appréhendent l'IOS comme toute autre innovation organisationnelle ou managériale¹, reprennent les mêmes définitions que pour l'entreprise, et les appliquent au terrain des organisations de santé (Kimberly *et al.*, 2008 ; Damart, 2013 ; Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016). Par exemple Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas (2013) mobilisent la définition de l'innovation organisationnelle telle qu'elle est proposée dans le manuel d'Oslo (2018), relative au contexte de l'entreprise et l'appliquent au contexte de l'organisation de santé. Nobre (2013), puis Minvielle et Durand (2016), empruntent la définition proposée par Hamel (2008) de l'innovation managériale pour la mobiliser sur le terrain des organisations de santé : « *Ce qui modifie substantiellement la façon dont les tâches de management sont effectuées et/ou les structures traditionnelles de l'organisation lui permettant ainsi de mieux atteindre ses objectifs* ».

Cette mobilisation de définitions relativement généralistes et englobantes s'explique par le fait que les recherches sur les innovations organisationnelles demeurent relativement récentes et beaucoup moins nombreuses que pour les autres innovations, notamment technologiques (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Armbruster *et al.*, 2008 ; Crossan et Apaydin, 2010 ; Keupp *et al.*, 2012 ; Khosravi *et al.*, 2019). Les auteurs insistent donc sur la dynamique structurelle, organisationnelle et managériale de l'innovation, plutôt que sur le contexte dans lequel ces innovations sont implémentées. Pour autant, de nombreux travaux montrent également à quel point le secteur des organisations de santé est idiosyncratique et complexe. Souvent apparentées à des bureaucraties professionnelles, les organisations de santé sont marquées par la diversité de leurs activités, la densité de leurs relations inter-organisationnelles, leur caractère pluriprofessionnel et l'existence de cloisonnements (Minvielle, 1999 ; Glouberman et Mintzberg, 2001 ; Nobre, 2013 ; Auschra, 2018). L'ensemble de ces particularités, propres au secteur de la santé, ne semblent pas être prises en compte dans les définitions énumérées et mobilisées dans les travaux antérieurs, puisqu'aucune distinction ne paraît être identifiée entre une IOS et une innovation organisationnelle implémentée dans une entreprise, au sein d'un secteur économique.

Dans la lignée de ces réflexions, cette recherche vise, au contraire, à identifier les éléments caractéristiques des Innovations Organisationnelles en Santé. Elle pose ainsi la question suivante : quelles sont les spécificités de l'Innovation Organisationnelle en Santé ? Pour répondre à cette interrogation, la recherche emprunte deux voies méthodologiques principales. Les documents institutionnels de 96 projets d'Innovations Organisationnelles en Santé ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Par ailleurs, l'analyse de 52 entretiens, conduits avec les chefs de projets de ces innovations, a été menée. La communication se structure de la façon suivante. Dans une première partie est proposée une revue de littérature sur l'innovation organisationnelle en santé, avant d'exposer, dans une seconde partie, le dispositif méthodologique. Les résultats sont présentés dans une troisième partie, avant la discussion et la conclusion de la présentation de cette recherche.

1. L'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS), de quoi parle-t-on ?

Après une présentation des typologies qui montrent une distinction entre plusieurs catégories d'innovation, une définition de l'innovation organisationnelle précède l'analyse des travaux spécifiques aux organisations de santé.

¹ Les deux terminologies sont employées de façon interchangeable dans la littérature académique (Dubouloz, 2013 ; Adam-Ledunois et Damart, 2017)

1.1. Les différents types d'innovation

Les recherches portant sur l'innovation ont conduit à l'émergence de nombreuses typologies qui caractérisent les différentes formes d'innovation. Dans ce cadre, la typologie du manuel d'Oslo, décrite dans le tableau 1, centrée sur le secteur marchand, est l'une des plus mobilisée dans la littérature grise et académique.

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

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

D'autres travaux proposent des approches typologiques de l'innovation dans les services publics, domaine longtemps considéré comme le parent pauvre des recherches sur l'innovation (Hipp et Grupp, 2005 ; Djellal et Gallouj, 2012). Cinar *et al.* (2022) proposent, à la suite de De Vries *et al.* (2016), une analyse fouillée de l'innovation dans le secteur public. 7 types d'innovation sont identifiés et décrits dans leur travail de recherche, que nous adaptons sous la forme d'un tableau (Tableau 2). Ce tableau présente les principales catégories d'innovation dans le service public, en propose une définition et en recense les principaux auteurs.

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

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

Innovations systémiques	<i>Nouveaux procédés, ou procédés améliorés, pour interagir et collaborer avec d'autres organisations et formes d'organisations (ONG, Entreprises, Organisations publiques) dans la perspective de développer des services publics</i>	Windrum (2008)
Innovations sociales	<i>Concept large et intersectoriel visant à répondre aux besoins sociaux des groupes défavorisés et ciblant les raisons sous-jacentes des problèmes sociaux</i>	Mulgan (2006) ; Voorberg <i>et al.</i> (2015)

Ces travaux montrent qu'il existe plusieurs catégories d'innovation, notamment technologiques et organisationnelles. Avant de définir plus précisément l'innovation organisationnelle, un constat s'impose à propos des phénomènes stimulant l'innovation. Selon Rogers (1995 : 138), le processus de génération de l'innovation commence par la reconnaissance d'un besoin ou d'un problème. Cette identification stimule les activités de recherche et de développement pour créer une innovation apportant une solution et/ou une réponse à ce problème et/ou à ce besoin. Peu importe la nature de l'innovation, la question du problème qu'elle appréhende et qu'elle ambitionne de résoudre, est, ainsi, centrale.

1.2. L'Innovation Organisationnelle (IO)

Parmi les différents types d'innovation identifiés, plusieurs revues de littérature sur l'innovation montrent que l'innovation organisationnelle demeure beaucoup moins étudiée que l'innovation technologique (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Armbruster *et al.*, 2008 ; Crossan et Apaydin, 2010 ; Keupp *et al.*, 2012 ; Khosravi *et al.*, 2019). Une des particularités de l'innovation organisationnelle est de couvrir un ensemble multiple de terminologies. Cerne *et al.* (2016) analysent 482 articles publiés depuis 1975 et montrent qu'une dizaine de termes sont employés pour décrire l'innovation non technologique. En particulier et à propos de l'innovation organisationnelle, les termes « *innovation administrative* » (Evan, 1966 ; Damanpour, 1987), « *innovation management* » (Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Hamel, 2008) et « *innovation managériale* » (Kimberly, 1981 ; Damanpour, 2012a) sont mobilisés dans les recherches. Dubouloz (2014) analyse en profondeur chacune des définitions des concepts et montre que les terminologies peuvent être employées de façon interchangeable, puisque non seulement ces innovations partagent un point central commun, le fait d'être fondamentalement non technologiques, mais, en outre, leurs conceptualisations respectives se chevauchent clairement. A ce jour, la définition de l'innovation organisationnelle n'est pas stabilisée et de nombreux auteurs proposent des définitions distinctes. Schumpeter (1934) évoque la « *Réalisation d'une nouvelle organisation* ». Birkinshaw *et al.* (2008) suggèrent « *L'invention et l'implémentation d'une pratique, d'un processus, d'une structure ou d'une technique de management, qui sont nouveaux par rapport à l'état de l'art et qui sont introduits dans la perspective de mieux atteindre les buts de l'organisation* ». Plus récemment, pour Favoreu et Carassus (2019) « *L'innovation managériale peut être définie comme l'adoption de méthodes de management, organisationnelles et opérationnelles qui sont nouvelles pour l'organisation et qui visent l'amélioration de la performance organisationnelle* ». Quelle que soit sa définition, l'innovation organisationnelle est considérée par les chercheurs comme essentielle à l'atteinte de la performance de l'organisation (Mol et Birkinshaw, 2009 ; Leroy *et al.*, 2013 ; Volderba *et al.*, 2013 ; Khosravi *et al.*, 2019). Pour Birkinshaw *et al.* (2008), les effets de l'innovation organisationnelle sont ainsi de deux ordres : des aspects hard, c'est-à-dire une amélioration de la performance financière ; des aspects plus softs, portant sur la satisfaction et la motivation des collaborateurs par exemple.

1.3. L'Innovation Organisationnelle en Santé (IOS)

Le domaine des organisations de santé, par ailleurs rudement mises à l'épreuve durant la pandémie (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021 ; Riberolles *et al.*, 2021 ; Nobre et Husson, 2022) fait face à de nombreux défis : vieillissement de la population, accroissement de la prévalence des maladies chroniques, inégalités sociales et territoriales, nécessité de développer la prévention, révolutions numériques (Institut Montaigne 2018, Plan santé 2022). Dans ce cadre, mais également dans un contexte qui permet de tirer les enseignements de la pandémie (Nobre, 2020 ; Dumez et Minvielle, 2021) l'innovation organisationnelle est parée de toutes les vertus. En effet, l'évolution des besoins de santé, de la disponibilité des ressources, des

attentes des patients et des professionnels de santé appelle, et, entraîne, le développement de nombreuses innovations (Stevens *et al.*, 2022)

Les travaux précurseurs sur l'innovation organisationnelle ont été conduits dans le contexte spécifique des organisations de santé (Kimberly et Evanisko, 1981). Par la suite, ce n'est qu'à partir de 2010, qu'une dynamique de recherche accrue est observée sur les IOS, notamment dans un contexte francophone (Damart, 2013 ; Nobre, 2013 ; Minvielle et Durand, 2016 ; Albert-Cromarias et Santos, 2020 ; Grenier et Oiry, 2021). Dans ce cadre, les recherches mobilisent des études de cas et illustrent les innovations organisationnelles par des exemples et des expériences concrètes d'IOS implémentées. Ainsi, Nobre (2013) analyse 14 cas de mise en œuvre des innovations organisationnelles à l'hôpital. Reprenant les définitions de l'innovation organisationnelle, en l'espèce managériale, telles qu'elles peuvent être conçues et appréhendées dans les sciences de gestion, l'auteur distingue 4 formes d'innovation organisationnelle à l'hôpital : par la création de nouvelles entités organisationnelles, par le développement de nouvelles relations organisationnelles entre les acteurs, par le développement de nouvelles relations avec le patient, par la transformation organisationnelle. Dans une approche par les outils, Damart (2013) développe des cas d'innovations managériales visant à mieux gérer les absences, les compétences, la surchauffe organisationnelle et interroge la posture du manager dans les organisations de santé. Minvielle et Durand (2016) s'appuient sur des témoignages d'équipes hospitalières et évoquent des cas d'innovations managériales dans l'approche stratégique et l'étude des process organisationnels, dans les modes d'intervention du changement organisationnel, dans une approche centrée sur les acteurs et dans les services aux patients et à son entourage. Pour Minvielle et Durand (2016 : 11) l'innovation organisationnelle se définit comme les modifications substantielles des pratiques de management des structures organisationnelles permettant de mieux atteindre les objectifs. Crosmarias et Dos Santos (2020) analysent la façon dont une innovation organisationnelle peut être contributrice à la construction de sens. Ils mobilisent les définitions de Birkinshaw *et al.* (2008), de Leroy *et al.* (2013) de l'innovation organisationnelle et s'appuient sur les travaux de Nobre (2013) pour catégoriser les types d'innovation organisationnelle. Dans un contexte anglophone, certains travaux analysent les déterminants des IOS (Merono-Cerdan et Lopez-Nicolas, 2013). Ces auteurs reprennent la définition de l'innovation organisationnelle du manuel d'Oslo et montrent, entre autres, que l'innovation organisationnelle influence l'adoption des innovations technologiques. D'autres approches affinent la catégorie des IOS pour en étudier seulement une composante. Par exemple, certains travaux récents appréhendent les pratiques de design thinking dans le contexte particulier des organisations de santé (Oliveira *et al.*, 2021). Dans une même veine, les innovations organisationnelles se concentrant sur les ressources humaines, dans le contexte spécifique des organisations de santé, sont étudiées (Kessler *et al.*, 2017).

Plusieurs constats peuvent être établis par rapport à la littérature relative aux IOS. En premier lieu, certains travaux étudient l'innovation organisationnelle dans le contexte des organisations de santé, mais sans nécessairement la définir, ou en la définissant succinctement. Ensuite, les IOS ne sont pas considérées comme un objet de recherche en soi, avec un ensemble de caractéristiques distinctives et d'éléments constitutifs propres à observer. Les recherches académiques étudient effectivement l'objet innovation organisationnelle, tel qu'il a été défini et conceptualisé, en amont, dans le contexte particulier des organisations de santé. L'organisation de santé est ainsi un simple terrain de recherche pour l'étude de l'innovation organisationnelle et l'innovation organisationnelle en santé demeure donc peu étudiée en soi. Par conséquent, et à notre connaissance, l'innovation organisationnelle en santé ne bénéficie pas d'une conceptualisation et d'une définition qui lui est propre, tenant compte de l'ensemble de ses spécificités.

2. Dispositif méthodologique

La présentation du terrain de recherche précède la méthode de collecte et d'analyse des données.

2.1. Le terrain de recherche : les innovations développées dans le cadre de l'article 51

Le ministère de la santé français introduit au sein du plan de santé 2018-2022 la nécessité d'innover en santé en prenant en compte le patient « *Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant le place des usagers* » (Plan de santé 2018-2022, page 32). Cette dynamique d'innovation contribue à ce que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2018 (loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017) introduise un dispositif favorisant l'innovation organisationnelle en santé : l'article 51. Ce dispositif est, en soi, innovant car historiquement, l'innovation en santé était souvent une initiative descendante, prise par les instances et par catalyse réglementaire (Nobre, 2013). L'objectif de ce dispositif est de faire émerger des innovations en santé par les acteurs de terrain, l'innovation est donc initiée de façon ascendante et non descendante. L'article 51 est ouvert à l'ensemble des acteurs, sur une durée maximale de 5 ans. Qu'ils soient professionnels de santé de ville (libéral), professionnels de santé hospitalière (public ou privé), acteurs d'une structure privée (entreprise, startup), acteurs du domaine associatif (associations de patients), tous peuvent engager une démarche d'innovation. Les projets expérimentés sont nouveaux, pour leurs modes de financement, au forfait (financement à la séquence de soins) et/ou via un module d'intéressement à la performance. Ils sont également nouveaux parce qu'ils favorisent l'autonomie du patient afin de le rendre acteur de sa santé. L'ensemble des expérimentations doivent contribuer à améliorer « *le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé* »². L'article 51 n'est pas une spécificité nationale mais s'inscrit dans une dynamique plus globale de confiance accordée aux acteurs. Plusieurs pays ont en effet mis en œuvre, dans la période récente, des organisations et des fonds spécifiques. Ces organisations cherchent à créer un cadre favorable à l'émergence, mais aussi à la diffusion des formes innovantes d'organisation des soins, en partant du même constat de la difficulté des systèmes à les intégrer de manière assez rapide, assez agile, et surtout à les déployer à grande échelle (Lemaire *et al.*, 2020 ; Obled *et al.*, 2020).

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

2.2. Collecte des données

L'ensemble des IOS de l'article 51 sont disponibles sur le site du ministère de la santé et de la prévention³. 96 d'entre elles sont appréhendées en profondeur dans le cadre de cette recherche. Sur le site du ministère de la Santé et de la Prévention, les IOS sont proposées avec leurs éléments constitutifs. En effet, chaque innovation contient un onglet permettant l'accès au cahier des charges définitif, validé au Journal Officiel, à l'avis du Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS) et à une carte synthétisant brièvement le projet. Les cahiers des charges et les avis CTIS constituent donc la base de la collecte des données secondaires.

Le cahier des charges décrit de manière approfondie l'IOS. Il est composé de 15 rubriques, dont la description du porteur, la présentation des expérimentateurs et des partenaires, le contexte et constats, les objectifs et les effets attendus, la description du projet.... L'ensemble de ces rubriques permettent de décrire précisément

³ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

le projet d'expérimentation. Lorsque le cahier des charges est suffisamment abouti, il est transmis pour avis au CTIS qui peut demander des modifications, ce qui implique que différentes versions du cahier des charges peuvent être réalisées au cours de cette phase d'instruction.

Les 96 IOS représentent un volume important de matériau de données secondaires. En effet, les 96 IOS représentent 353 pages d'avis CTIS et 4 746 pages de cahiers des charges, soit un total de 5 099 pages qui sont appréhendées dans le cadre de cette recherche.

A partir des 96 projets analysés, nous conduisons également 52 entretiens. 50 entretiens sont menés avec des porteurs de projet d'IOS initiés par les acteurs. 1 entretien est conduit auprès d'un chef de projet d'une expérimentation ministérielle. Cet entretien n'était pas ciblé initialement mais apporté par bouche à oreille. 1 entretien est conduit auprès d'un référent article 51 institutionnel. Les 52 entretiens conduits représentent une durée totale de 56h10 pour une durée moyenne de 65 mn (Annexe 1). Compte tenu de l'éparpillement géographique des projets et de leurs porteurs, la plupart des entretiens ont été conduits à distance via des moyens dédiés (Zoom, Teams ou des logiciels de visioconférence internes aux organisations de santé). La pandémie ayant accéléré et facilité les relations et la communication digitales, les porteurs de projet ont répondu favorablement. Par ailleurs et sur le plan de la rigueur scientifique méthodologique, l'exercice d'entretiens par visioconférence, s'il pose un problème pour les approches ethnographiques (Howlett, 2022), est considéré comme particulièrement utile pour l'enquête qualitative par entretiens. La nature « en temps réel » de la conduite d'entretiens vidéo offre une même honnêteté que les entretiens sur sites, en préservant la qualité des interactions, la spontanéité des répondants, l'accès aux signaux verbaux et aux signaux non verbaux (Sullivan, 2012 ; O'Connor et Madge, 2017). L'expérience procurée est ainsi tout aussi authentique que pour celle des entretiens en personne (Howlett, 2022). Chaque entretien est enregistré et retranscrit. Le matériau de cette retranscription représente 1478 pages. Pour être tout à fait transparent, la démarche a été facilitée par l'utilisation du logiciel Sonix, dont les résultats, souvent approximatifs, nécessitent d'être réécoutés puis corrigés pour produire une transcription exploitable.

2.3. Analyse des données

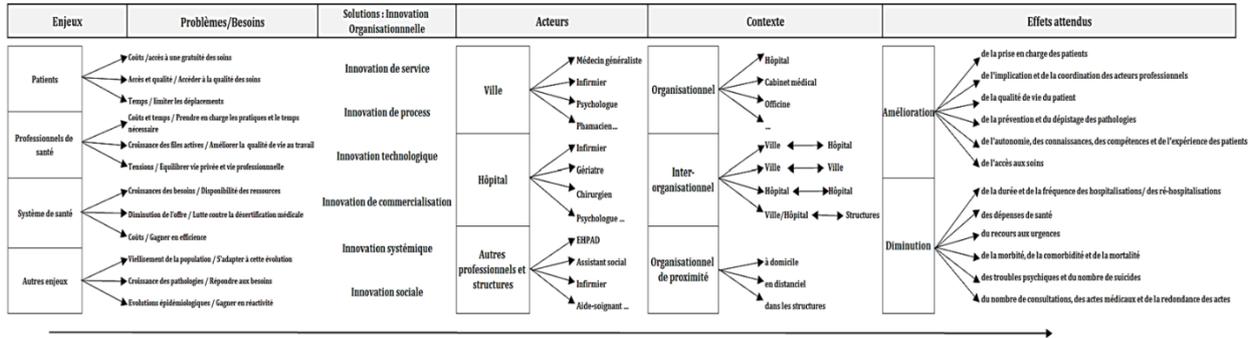
La première étape d'analyse commence par la réduction de la base de données, c'est-à-dire les 5099 pages de cahier des charges et d'avis CTIS qui ont été mentionnées précédemment. Dans cette perspective et conformément aux préconisations de Miles et Huberman (2010 : 134, 428), l'ensemble des données sont analysées à partir d'une démarche de construction de matrices, dont l'intention est descriptive, de façon à voir « *ce qui se passe* » (Miles et Huberman, 2010 : 429). Partant de ce principe, une première matrice fondatrice, parce qu'elle initie l'ensemble de la démarche d'analyse, est constituée. Cette première matrice, qui vise à décrire le contenu des IOS, est fondée sur un codage générique (Miles et Huberman : 119). Cette première étape de création de matrices de synthèse des projets, orientées par cas, permet de mieux comprendre le contenu de chaque projet. Par la suite, de nombreuses matrices sont constituées. Par exemple, la matrice de synthèse permet d'effectuer des catégorisations et des tris qui mettent l'accent sur le problème de santé adressé. Un second exemple pourrait consister en une analyse des catégories de professionnels impliqués.

Pour les entretiens, une liste de codes est établie (Miles et Huberman, 2010). Cette liste est constituée de six catégories qui permettent de mieux appréhender les contours de l'IOS : les enjeux, les problèmes et les besoins, les solutions proposées, les acteurs impliqués, le contexte organisationnel, les effets attendus.

3. Résultats

La figure 1 présente les spécificités des IOS.

Figure 1 : Spécificités des IOS



Enjeux, Problèmes et Besoins

Nos résultats montrent à quels points, dans le cadre des IOS, les enjeux, problèmes et besoins sont multidimensionnels et interdépendants. Le problème résolu ou visé par les IOS est relatif au patient, aux problèmes de santé, aux défis des systèmes de santé, à des évolutions de l'environnement qui sont particulièrement interdépendants. Nos résultats ont ainsi souligné à quel point le vieillissement de la population influençait les pathologies et le besoin de nouvelles organisations de prise en charge qui respectent les besoins propres du patient. Autrement dit, il ne s'agit pas simplement de traiter un problème individuel, mais un problème individuel, organisationnel, systémique et environnemental. Ce témoignage montre l'existence de pathologies individuelles, en lien avec des problématiques d'inégalités sociales, jusqu'alors non prises en charge par le système de santé : « *Le constat initial était de décréter que les enfants issus de la protection de l'enfance n'avaient pas les mêmes chances en santé que les enfants issus d'un milieu ordinaire, qu'il y avait une surreprésentation des handicaps, de l'obésité, des problèmes, des troubles de la santé mentale et que cette santé n'était pas prise en compte* » (Int. 10). Une première spécificité de l'IOS se situe donc la multiplicité et l'interdépendance de ces enjeux en cascade, de l'individu au système.

Solutions : Une vision intégratrice de l'Innovation Organisationnelle en Santé

Le contenu des IOS de l'article 51 montre à quel point il est difficile de catégoriser les IOS selon un type. Une IOS visant le financement d'un acte qui ne l'était pas précédemment pourrait être appréhendée sous l'angle d'une innovation de commercialisation, puisqu'elle implique un changement de tarification. Des IOS peuvent être catégorisées dans les innovations de service, puisqu'elles rendent disponibles de nouveaux services aux usagers, à l'image d'innovations portant sur des soins buccodentaires en Ehpad. Elles peuvent également revêtir une dimension d'innovation sociale, comme c'est le cas pour une IOS visant la traduction des consultations à destination des populations migrantes. La dimension technologique, notamment via la télémédecine et la télésurveillance est également très présente dans les IOS observées. Autrement dit, une seconde spécificité des innovations observées porte sur leur caractère hybride, organisationnel et technologique simultanément, et sur l'incapacité à associer l'IOS à un unique type d'innovation. Il semble donc fondamental de ne pas concevoir l'IOS dans une approche distinctive, mais de la considérer dans une vision hybride, intégratrice et combinatoire de l'innovation, déjà développée par plusieurs auteurs (Damanpour *et al.*, 2009 ; Damanpour, 2017 ; Dubouloz et Bocquet, 2013).

Acteurs impliqués

Dans une même perspective de multi dimensionnalité, il convient également de souligner la multitude et la diversité d'acteurs qui interviennent dans les IOS de l'article 51. Nos résultats sur le contenu des IOS,

montrent, qu'en outre, dans le cadre de la santé, les acteurs peuvent être, par leurs prestations, une partie de la solution elle-même d'innovation. Les figures 2 et 3 montrent la répartition des professionnels de santé de ville et hospitaliers qui sont impliqués dans les 96 projets observés.

Figure 2 : Répartition des professionnels de ville sollicités au sein des 96 IOS observées

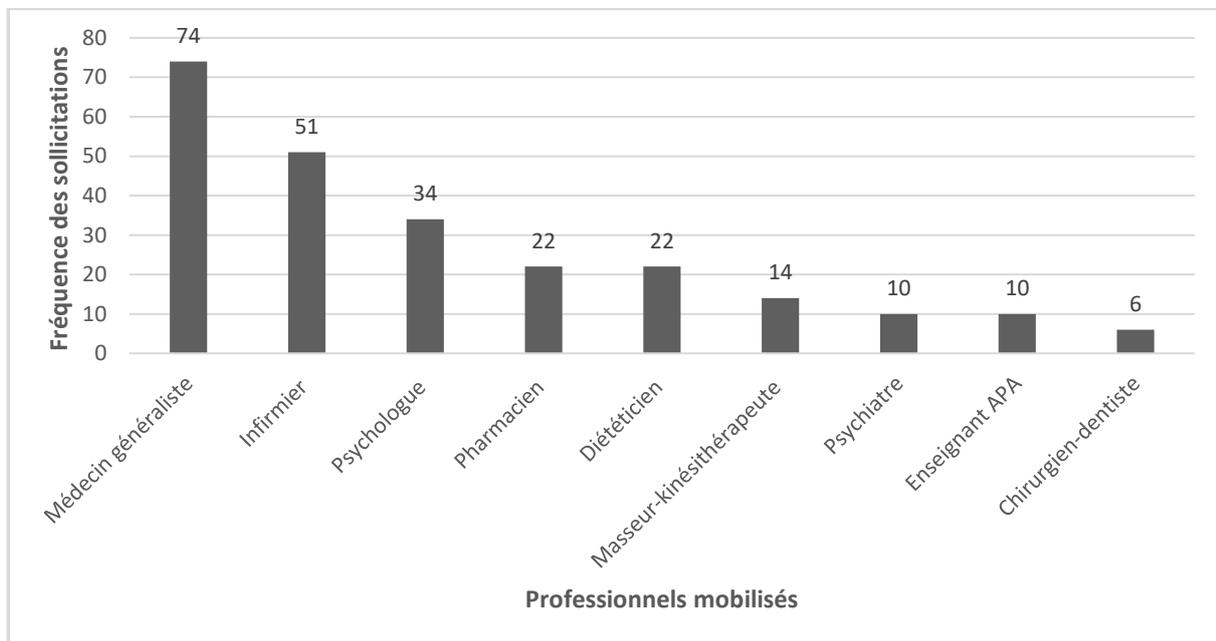
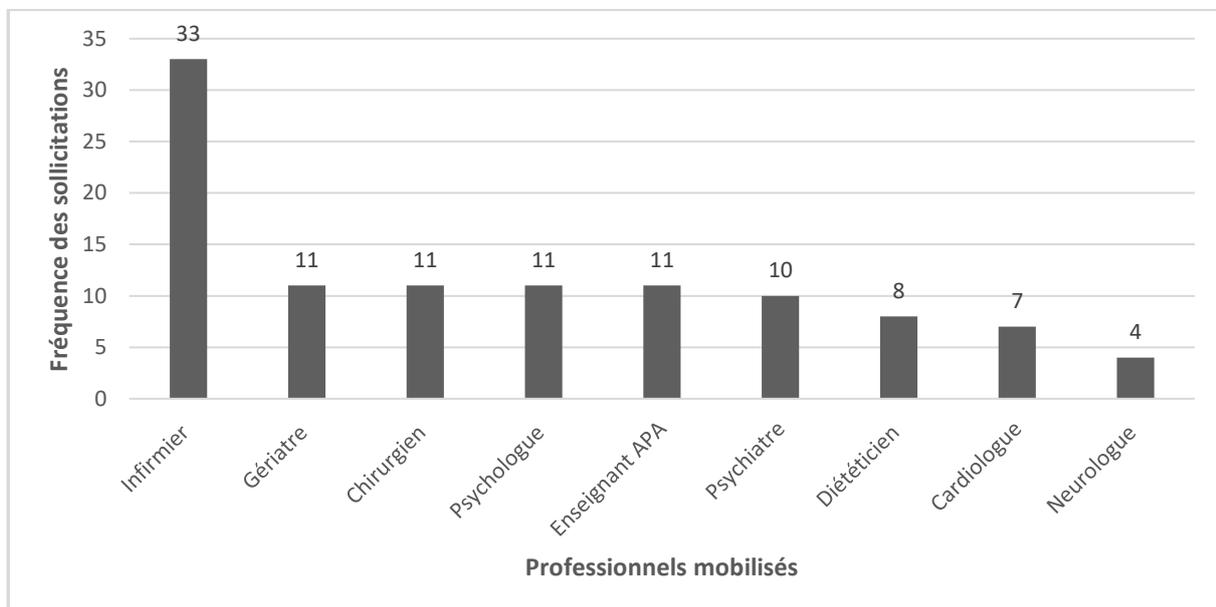


Figure 3 : Répartition des professionnels de ville sollicités au sein des 96 IOS observées



Ces figures permettent d'identifier une troisième spécificité de l'IOS. Ces innovations organisationnelles sont, par essence, pluriprofessionnelles.

Contexte organisationnel

Nos résultats soulignent la complexité des IOS puisqu'il n'y a pas un unique contexte organisationnel. Il peut être organisationnel, inter-organisationnel, organisationnel de proximité, inter-organisationnel de proximité, lorsque la ou les organisations sont décentralisées au domicile du patient. Ce témoignage montre l'existence

de cette complexité des contextes, qui marque également une spécificité des IOS : « Il y a vraiment pas mal d'obstacles pour les patients de devoir un peu de quitter le cocon hospitalier, un sentiment, un peu d'insécurité, de réticence aussi pour les patients de voir l'hôpital faire irruption à domicile aussi, avec des cartons, des perfusions, des trucs comme ça. Donc ce n'est pas toujours très simple... » (Int. 15).

Effets attendus

Finalement et concernant les effets attendus, un même constat que celui établi à propos des enjeux/problèmes/besoins peut être dressé. Il n'y a pas un effet attendu centré sur une unité d'analyse, comme l'individu, mais des effets attendus en matière d'amélioration (ou de diminution des problèmes) qui sont pluriels, individuels, organisationnels, systémiques et environnementaux. Les figures 4 et 5 montrent la diversité et l'étendue des effets attendus des IOS.

Figure 4 : Les effets attendus « plus » des IOS : les améliorations

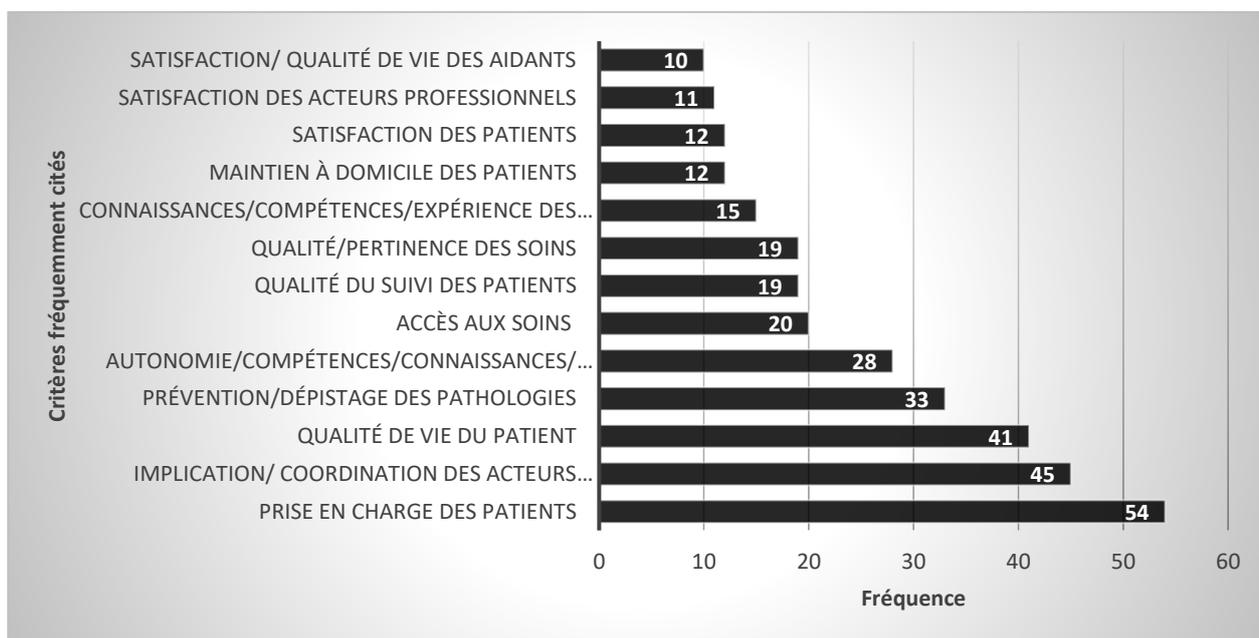
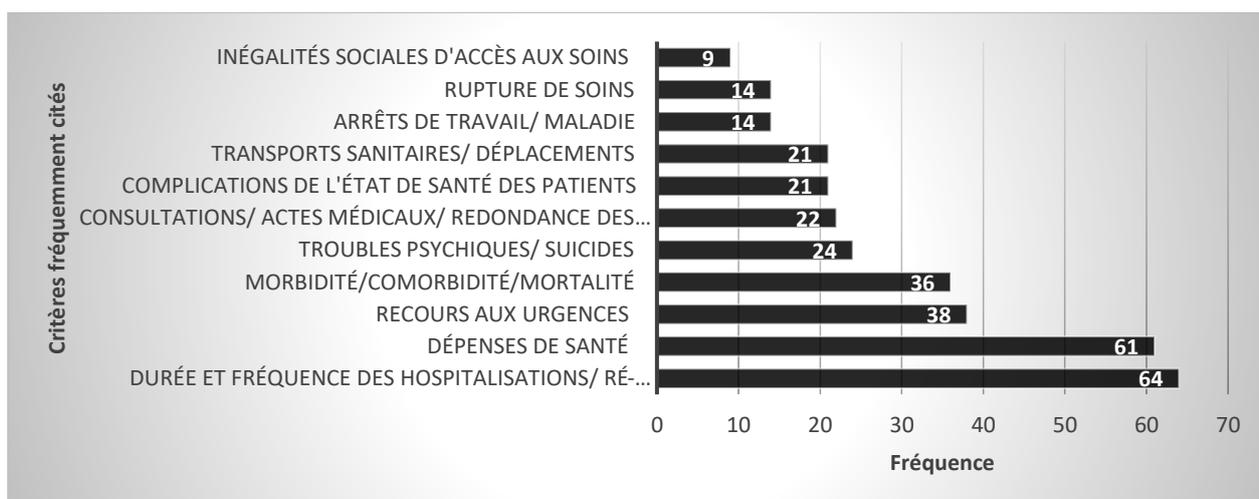


Figure 5 : Les effets attendus « moins » des IOS : les diminutions



Discussion et conclusion

Avant de proposer une définition propre à l'innovation organisationnelle en santé, une analyse de ses spécificités est proposée par rapport à la littérature sur l'innovation organisationnelle, telle qu'elle peut être entendue dans un contexte industriel et d'entreprise, mobilisée, à l'heure actuelle et comme nous l'avons indiqué en amont, dans le cadre de l'étude des innovations organisationnelles en santé.

La littérature relative à la génération de l'innovation indique qu'une innovation est générée en réponse à un problème ou à un besoin (Rogers, 1995 ; Damanpour, 2017). Dans le cadre des innovations organisationnelles, ces innovations peuvent, par exemple, consister à développer un nouveau service, mettre en place des processus de qualité, développer un nouveau procédé de fabrication, de financement, mettre en place une nouvelle ligne d'assemblage (Berggreen, 1992 ; Hounshell, 1992 ; Pezet, 1997 ; Zbaracki, 1998 ; Birkinshaw *et al.*, 2008). Dans la plupart des cas, l'innovation organisationnelle est introduite au sein d'une unique organisation, l'entreprise, et son enjeu demeure simplement organisationnel. Dans le cadre de cette recherche, nos résultats montrent que, dans le cadre des IOS, les enjeux sont multiples, portant sur des problèmes individuels, sociaux, relatifs au système de santé dans son ensemble. Au-delà de cette première spécificité, nos résultats soulignent également le caractère hybride des IOS. A l'opposé des visions selon lesquelles l'innovation serait soit organisationnelle, soit technologique, soit sociale, soit de service (Evan, 1966 ; Cinar *et al.*, 2022), les résultats observés dans cette recherche montrent la multiplicité et l'hybridité des types d'innovations intégrés au sein des IOS. Par ailleurs, nos résultats insistent sur le caractère exacerbé de la pluriprofessionnalité des IOS, ce qui lui est, là encore, spécifique, les exemples énoncés précédemment ne portant que sur des membres d'une organisations. Ils soulignent également la diversité des contextes au sein desquels les IOS sont implémentées. Les effets attendus coïncident avec les enjeux énumérés. Ils sont multiples et portent sur plusieurs unités d'analyse, individuelles, organisationnelles, systémiques. Par ailleurs, ces effets attendus dépassent les aspects de performance qui peuvent être décrits dans les travaux portant sur l'innovation organisationnelle (Birkinshaw *et al.*, 2008) puisqu'ils revêtent un caractère vital, pour les individus et fondamental, pour le système de santé.

Pour conclure, l'ensemble de ces considérations nous mène à proposer une définition de l'Innovation Organisationnelle en Santé. Cette définition en souligne la complexité, ses multiples dimensions et ses spécificités : « *Les IOS constituent des innovations intégratrices de multiples types d'autres innovations. Elles rassemblent les nouvelles pratiques managériales, stratégies, procédures, politiques et structures, mobilisant ou non une composante technologique, qui visent, grâce à la diversité des acteurs professionnels de santé impliqués, à résoudre des problèmes de santé individuels, d'organisation des soins, à répondre aux défis du système de santé, dans de multiples contextes organisationnels diversifiés* ».

Références bibliographiques

- Adam-Ledunois, S., & Damart, S. (2017). Innovations managériales, attrapons-les toutes ! -Design d'une méthodologie d'analyse critique des objets de management. *Revue française de gestion*, 43(264), p. 117-142.
- Albert-Cromarias, A., & Santos, C. D. (2020). Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale. *Recherches en sciences de gestion*, (2), p. 39-62.
- Armbruster, H., Bikfalvi, A., Kinkel, S., & Lay, G. (2008). Organizational innovation: The challenge of measuring non-technical innovation in large-scale surveys. *Technovation*, 28(10), p. 644-657.
- Auschra, C. (2018). Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: a literature review. *International journal of integrated care*, 18(1), p. 1-14.
- Berggren, C. (1992). *The Volvo experience : Alternarives to Lean Production*. Work Organization in the Swedish Auto Industry. Cornell ILR Press.
- Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. J. (2008). Management innovation. *Academy of management Review*, 33(4), p. 825-845.
- Černe, M., Kaše, R., & Škerlavaj, M. (2016). Non-technological innovation research: evaluating the intellectual structure and prospects of an emerging field. *Scandinavian Journal of Management*, 32(2), p. 69-85.
- Cinar, E., Simms, C., Trott, P., & Demircioglu, M. A. (2022). Public sector innovation in context: A comparative study of innovation types. *Public Management Review*, 1-29.
- Cinar, E., Trott, P., & Simms, C. (2021). An international exploration of barriers and tactics in the public sector innovation process. *Public Management Review*, 23(3), p. 326-353.
- Crossan, M. M., & Apaydin, M. (2010). A multi-dimensional framework of organizational innovation: A systematic review of the literature. *Journal of management studies*, 47(6), p. 1154-1191.
- Damanpour, F. (1987). The adoption of technological, administrative, and ancillary innovations: Impact of organizational factors. *Journal of management*, 13(4), p. 675-688.
- Damanpour, F. (2012). *Footnotes to research on managerial innovation*. In EURAM Mini-Conference on Management Innovation, 6th-8th June, Rotterdam.
- Damanpour, F. (2017). *Organizational innovation*. In Oxford research encyclopedia of business and management. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.19>.
- Damanpour, F., Walker, R. M., & Avellaneda, C. N. (2009). Combinative effects of innovation types and organizational performance: A longitudinal study of service organizations. *Journal of management studies*, 46(4), p. 650-675.
- Damart, S. (2013). *Innovations managériales en établissements de santé : Vers un management intégratif*. Éditions EMS: Caen.
- De Vries, H., Bekkers, V., & Tummers, L. (2016). Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda. *Public administration*, 94(1), p. 146-166.

Djellal, F., & Gallouj, F. (2012). L'innovation dans les services publics. *Revue française d'économie*, 122(2), p. 97-142.

Dubouloz, S. (2014). *L'innovation organisationnelle : antécédents et complémentarité : une approche intégrative appliquée au Lean Management* (Doctoral dissertation, Grenoble).

Dubouloz, S., & Bocquet, R. (2013). Innovation organisationnelle: S'ouvrir pour innover plus?. *Revue française de gestion*, (6), 129-147.

Dumez, H., & Minvielle, E. (2021). *Voyage au cœur du système de santé*. 100 témoignages pour apprendre à gérer avec la crise. Paris : Eska.

Evan, W. (1966). *Organizational lag*. *Human organization*, 25(1), p. 51-53.

Favoreu, C., & Carassus, D. (2019). *Dynamics of Managerial Innovation*. In: Farazmand, A. (eds) *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_3689-1.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56–89. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>.

Grenier, C., & Dutrieux, C. (2021). Innovation and Absorptive Capacity of Organizations in the Healthcare Field. *Altering Frontiers: Organizational Innovations in Healthcare*, 1, p. 169-186.

Grenier, C., & Oiry, E. (2021). *Les défis du décloisonnement : Innovations organisationnelles en santé* (Vol. 1). Londres : ISTE Group.

Hamel, G. (2008), "*The Future of Management*", *Human Resource Management International Digest*, 16 (6) <https://doi.org/10.1108/hrmid.2008.04416fae.001>.

Howlett, M. (2022). Looking at the 'field' through a Zoom lens: Methodological reflections on conducting online research during a global pandemic, *Qualitative Research*, 22(3), p. 387-402.

Hipp, C., & Grupp, H. (2005). Innovation in the service sector: The demand for service-specific innovation measurement concepts and typologies. *Research policy*, 34(4), p. 517-535.

Kessler, I., Heron, P., & Spilsbury, K. (2017). Human resource management innovation in health care: the institutionalisation of new support roles. *Human Resource Management Journal*, 27(2), 228-245.f

Keupp, M. M., Palmié, M., & Gassmann, O. (2012). The strategic management of innovation: A systematic review and paths for future research. *International journal of management reviews*, 14(4), p. 367-390.

Khosravi, P., Newton, C., & Rezvani, A. (2019). Management innovation: A systematic review and meta-analysis of past decades of research. *European Management Journal*, 37(6), p. 694-707.

Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational innovation: The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of management journal*, 24(4), p. 689-713.

Lemaire, N. ; Polton, D. ; Tajahmady, A. (2020). Article 51: expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter, *Les Tribunes de la sante*, 63(1), p. 35-42.

Kimberly, J., De Pourville, G., & D'Aunno, T. A. (Eds.). (2008). *The globalization of managerial innovation in health care*. Cambridge University Press.

Le Roy, F., Robert, M., & Giuliani, P. (2013). L'innovation managériale: Généalogie, défis et perspectives. *Revue française de gestion*, (6), p. 77-90.

Meroño-Cerdan, A. L., & López-Nicolas, C. (2013). Understanding the drivers of organizational innovations. *The Service Industries Journal*, 33(13-14), p. 1312-1325.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2010). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

Minvielle, E. (1999). Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel?. *Politiques et management public*, 17(4), p. 59-84.

Minvielle, E., & Durand, V. (2016). *À la découverte des innovations managériales hospitalières*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Mol, M. J., & Birkinshaw, J. (2009). The sources of management innovation: When firms introduce new management practices. *Journal of business research*, 62(12), p. 1269-1280.

Mulgan, G. (2006). The process of social innovation. *Innovations*, 1(2), p. 145-162.

Nobre, T. (2013). *L'innovation managériale à l'hôpital: 14 cas de mise en œuvre*. Dunod, Paris.

Nobre, T. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19: innovations, transformations et résilience: Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs*. Éditions EMS : Caen.

Nobre, T., & Husson, J. (2022). *Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19: Du volontarisme managérial individuel à la dynamique organisationnelle collective*. Éditions EMS : Caen.

Obled, L., Townsend, A. & Lemaire, N. (2020). Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale: quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain, *Revue française des affaires sociales*, (1), p.385-393.

O'Connor H., & Madge C. (2017). "Online interviewing". In FIELDING N, LEE R AND BLANK G (eds), *The SAGE Handbook of Online Research Methods*, London, SAGE Publications, p.416–434

OCDE/Eurostat (2019), Manuel d'Oslo 2018 : Lignes directrices pour le recueil, la communication et l'utilisation des données sur l'innovation, 4ème édition, Mesurer les activités scientifiques, technologiques et d'innovation, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/c76f1c7b-fr>.

Oliveira, M., Zancul, E., & Fleury, A. L. (2021). Design thinking as an approach for innovation in healthcare: systematic review and research avenues. *BMJ Innovations*, 7(2), p. 1-8.

Osborne, S. P. (1998). *Voluntary organizations and innovation in public services*. Routledge.

Pezet, A. (1997). The development of discounted cash flow and profitability of investment in France in the 1960s. *Accounting, Business & Financial History*, 7(3), p. 367-380.

Riberolles, C., Krohmer, C., & Baret, C. (2021, June). L'expérience du télétravail dans un hôpital public: Premiers enseignements pour la conduite du changement. In 9° Colloque Santé, Marseille, 22 et 23 juin 2021 L'expérience patients et professionnels: nouveaux regards sur l'innovation en santé.

Rogers E. (1995). *Diffusion of innovation*. Free Press, New York, 4th edition.

- Schumpeter, J.A., & Backhaus, U. (1934). *The theory of economic development*. In Joseph Alois Schumpeter: Entrepreneurship, Style and Vision (pp. 61-116). Boston, MA: Springer US.
- Stevens, N., Cambon, L., Bataillon, R., Robin, S., & Alla, F. (2022). Décrire l'innovation organisationnelle en santé publique pour favoriser sa dissémination; guide DINOSP (Description des innovations organisationnelles en santé publique). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(5), p. 215-221.
- Sullivan, J. R. (2012). Skype: An appropriate method of data collection for qualitative interviews?. *The Hilltop Review*, 6(1), Article 10.
- Walker, R. M. (2008). An empirical evaluation of innovation types and organizational and environmental characteristics: Towards a configuration framework. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), p. 591-615.
- Volberda, H. W., Van Den Bosch, F. A., & Heij, C. V. (2013). Management innovation: Management as fertile ground for innovation. *European Management Review*, 10(1), p. 1-15.
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J., & Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public management review*, 17(9), p. 1333-1357.
- Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. Innovation in public sector services: *Entrepreneurship, creativity and management*, p. 3-20.
- Zbaracki, M. J. (1998). The Rhetoric and Reality of Total Quality Management. *Administrative Science Quarterly*, 43(3), p. 602-636.

Annexe 1 : Grille des entretiens menés

N°	Fonction Interviewé	Numéro IOS	Intitulé IOS	Durée de l'entretien en minutes	Lieu
1	Directrice des opérations et de l'innovation XXXX	36	Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (Hospi Grand Ouest)	75	Nantes
2	Docteur -Cardiologue libéral	39	Structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques	96	Paris
3	Chirurgien-dentiste	72	EXPRESO - Prévention en santé orale	45	Paris
4	Chargée de la communication des centres experts XXXX	20	Passport BP - Parcours de soins pour patients bipolaires	52	Créteil
5	Professeur - Chef du service gériatrie XXXX	27	Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France	46	Amiens
6	Responsable développement métiers et petite enfance XXXX	31	Repérage des fragilités et prévention aggravation santé des seniors en Occitanie (ADMR)	55	Montpellier
7	Directeur Général délégué et Directeur des activités médicales-Docteur	56	PRIMORDIAL - Les soins primaires c'est Primordial	69	Paris
8	Président de l'entreprise	23	Diapason - Parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK	56	Colombelles
9	Pharmacien - Président de l'URPS pharmaciens XXXX	46	OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire	53	Pays de la Loire
10	Directrice Parcours territoire autonomie	3	Vabres - Parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés	50	Périgord
11	Docteur - Cardiologue CH	76	READ'HY - Programme de Réadaptation cardiaque connecté : le futur	47	Ile de France
12	Médecin généraliste - Médecin conseil chef de service de la CNAM	41	As du Cœur- Expérimentation d'activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires	88	Nice
13	Chirurgien-dentiste - Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes XXXX	80	Urgences Dentaires - Intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du SAMU Centre 15 - dimanches et jours fériés	49	Colmar
14	Médecin - Nutritionniste	2	EMNO - Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon et ses environs	57	Dijon
15	Docteur - oncologue thoracique XXXX	37	Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie (Centre	53	Lyon

			Léon Bérard) en Auvergne Rhône-Alpes		
16	Docteur -Chirurgien-CHRU	9	Domoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie	75	Montpellier
17	Assistante chef de projet	49	PASSCOG - Parcours Ambulatoire pour Seniors avec troubles COGNitifs	59	Paris
18	Médecin généraliste	35	SPADepress - Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie en Pays de la Loire	88	Angers
19	Docteur en physiopathologie- médecin expert obésité	13	PACO - Parcours chirurgie bariatrique en région PACA	64	Nice
20	Médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation	40	HandiConsult'34-Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en Occitanie	75	Montpellier
21	Gérante et co-fondatrice de la Société XXXX (fournisseur de solution technique de télésurveillance - Startup)	10	Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel	68	Paris
22	Chargée de mission	59	DNUT- Parcours personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile	56	Nantes
23	Docteur - Cardiologue XXXX	33	Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères en Ile de France	80	Paris
24	Présidente Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures XXXX	67	Microstructures post COVID	100	Strasbourg
25	Professeur (Cancérologue) et Président de l'association XXXX	61	THÉRAPIES ORALES - suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux	28	Lyon
26	Directeur général du GHT Cœur Grand Est	32	CoPa Coaching Parental en Grand-Est	46	Verdun
27	Docteur (allergologue) et coordinateur du Réseau d'Allergologie de Franche-Comté, CHRU	45	ANGELE - Allergies complexes : prise en charge Globale, diététique et environnementale	94	Besançon
28	Médecin- endocrinologue-diabétologue	74	PROXOB - Accompagnement familial à domicile et de PROXimité de l'OBésité infanto-juvénile	85	Clermont-Ferrand
29	Cheffe de projet + coordinatrice CSO/ diététicienne - CH	51	TOPASE - Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble Pédiatrique en Centre-Val de Loire	64	Orléans
30	Chef de l'exploitation	47	CATARACTE - Expérimentation de valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte dans les territoires de Nantes et Limoges	47	Paris

31	Cheffe de projet national- La Croix Rouge française	55	DRAD - Dispositifs Renforcés de soutien au Domicile pour les personnes âgées	71	Paris
32	Docteur (gériatre)	27	Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Hauts-de-France	57	Lille
33	Docteur en sciences du sport (spécialiste sport santé)	81	TIMÉO - Traitement Innovant Multi Évaluations de l'Obésité	65	Centre-Val-de-Loire
34	Pharmacien hospitalier- CHRU	78	AKO@dom/PICTO - Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie dans la région Grand Est	79	Nancy
35	Directrice de l'association Alliance Voltaire	62	PAP DOP - PAiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré-Opératoire des Patients	64	Paris
36	Chirurgien-dentiste et Président de l'URPS chirurgiens-dentistes	5	SBDM - Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy-de-Dôme	61	Lyon
37	Médecin- Pneumologue	83	RR TélÉDOM- réadaptation - Respiratoire à Domicile en présentiel (RRDom) couplée à la Télé réadaptation (TELERR)	84	Pérenchies
38	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral (IDEL)- Président de l'URPS	59	DNUT- Parcours personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile	58	Nantes
39	Pharmacien d'officine + pharmacien hospitalier	46	OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire	150	Rennes
40	Ingénieur Chef de Projet à la direction des opérations et de la performance	86	Parcours LYMPHORAC 51	64	Montpellier
41	Docteur (gérontologue)	60	Parcours Nutri'Age (PNA) - Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital en Haut de France	49	Lille
42	Référente filière cancérologie	65	APA - Parcours après cancer Activité physique adaptée connectée	55	Lille
43	Directrice déléguée au développement médical	48	CDS SOYAUX - Expérimentation du Centre de santé polyvalent Clinical de Soyaux	52	Soyaux
44	Chef de projet	43	TSLA OCCITANIE – Expérimentation relative aux Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages	77	Montpellier

45	Directeur général de l'entreprise TILAK HEALTHCARE (Startup)	93	OdySight - Favoriser l'accès aux soins ophtalmologiques avec une application médicale de télésurveillance permettant l'auto-évaluation des paramètres visuels.	49	Paris
46	Docteur- Psychologue	86	BASE- Besoin d'Attachement et Santé de l'Enfant	32	Floirac
47	Médecin - Gastro-entérologue et hépatologue	6	DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque	33	Perpignan
		7	Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables		
48	Médecin - endocrinologue/diabétologue- CHRU	52	Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance - Bretagne	37	Brest
49	Médecin généraliste -médecin spécialisé en santé publique et en médecine sociale	8	Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville en Bretagne	69	Rennes
50	Médecin-Endocrinologue et professeur de nutrition clinique - CHU	84	PRÉCIDIVE – Prévention de la récurrence de la maladie chronique sévère par un changement de l'alimentation et de l'activité physique	63	Toulouse
		63	BARIA UP - Parcours d'accompagnement du patient obèse opéré en amont et en aval de la chirurgie bariatrique par filière de suivi dédiée » dans les territoires de Lille, Lyon et de Toulouse		
Expérimentation ministérielle					
1	Docteur-chirurgien orthopédique	5	EDS - Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales	49	Paris
Référent Institutionnel					
1	Chargée de mission Innovation - Référente du dispositif Article 51 à l'ARS xxxx	Agence Régionale de Santé (ARS)	Direction de la Qualité, de la performance et de l'innovation	128	
Durée totale en minutes				3366	
Durée moyenne				65	
Temps d'entretien en heures				56,10	