



HAL
open science

FAIRE EVOLUER A CULTURE ORGANISATIONNELLE A L'HOPITAL A PARTIR DE LA PARTICIPATION DU PATIENT A UN DISPOSITIF DE REDESIGN DE SERVICES

Rochette Corinne, François Cassière

► **To cite this version:**

Rochette Corinne, François Cassière. FAIRE EVOLUER A CULTURE ORGANISATIONNELLE A L'HOPITAL A PARTIR DE LA PARTICIPATION DU PATIENT A UN DISPOSITIF DE REDESIGN DE SERVICES. 5ème journée Internationale du marketing de la santé, Jun 2018, Lille, France. hal-04918457

HAL Id: hal-04918457

<https://uca.hal.science/hal-04918457v1>

Submitted on 29 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

**FAIRE EVOLUER A CULTURE ORGANISATIONNELLE A L'HOPITAL A PARTIR DE LA
PARTICIPATION DU PATIENT A UN DISPOSITIF DE REDESIGN DE SERVICES**

Corinne Rochette *

IAE Auvergne, CRCGM - EA 3849

Corinne.rochette@uca.fr

François Cassière

IAE Auvergne, CRCGM - EA 3849

Francois.cassiere@uca.fr

* Auteur de correspondance : **Corinne Rochette**

IAE Auvergne, 11, boulevard Charles De Gaulle, 63000 Clermont Ferrand

Tel : 04.73.17.77.32.

Résumé :

L'hôpital est une bureaucratie professionnelle dans laquelle la relation du médecin au patient est largement marquée par une asymétrie d'informations confinant traditionnellement le patient dans une relation passive. Le mouvement de démocratie participative s'est traduit dans le monde de la santé par l'association progressive du patient à la gouvernance des structures de santé (démocratie sanitaire), à la décision médicale (décisions thérapeutiques) donnant un rôle plus actif aux patients. Dans leur fonctionnement les organisations hospitalières restent très marquées par les représentations du médecin et un mode de fonctionnement bâti sur un patient peu actif. Cependant comme le montre l'observation du fonctionnement d'un comité de pilotage des parcours patients, le processus de prise en charge évolue vers une approche plus servicielle ou le patient à un rôle de plus en plus actif à jouer et les compétences issues de son expérience sont reconnues.

Mots clef : culture organisationnelle ; patient ; participation ; service, hospital

**THE EVOLUTION OF ORGANISATIONAL CULTURE AT THE HOSPITAL : THE PLACE OF PATIENT
PARTICIPATION IN A SERVICE RE-DESIGN PROCESS**

Abstract :

The hospital is a professional bureaucracy in which the physician-patient relationship is largely marked by information asymmetry that traditionally confines the patient to a passive relationship. The movement of participatory democracy has been reflected in the world of health by the gradual association of the patient with the governance of health structures (health democracy), the medical decision (therapeutic decisions) giving a more active role to patients. In their functioning, hospital organizations are heavily influenced by the representations of the physician and a mode of operation built on a little active patient. However, as shown by the observation of the functioning of a steering committee for patient care, the care process evolves towards a more serviceable approach where the patient has an increasingly active role to play and the skills derived from experience are recognized.

Keywords : organizational culture ; patient ; participation ; service, hospital

FAIRE EVOLUER A CULTURE ORGANISATIONNELLE A L'HOPITAL A PARTIR DE LA PARTICIPATION DU PATIENT A UN DISPOSITIF DE REDESIGN DE SERVICES)

Introduction

L'hôpital n'échappe pas au marketing (Crié et Galopel-Morvan, 2015), mais sa transposition à un univers non marchand où le bénéficiaire est en situation de fragilité reste très controversé et sujet à débat depuis l'affirmation de Kotler et Levy (1969) que le marketing peut s'appliquer à toutes formes d'organisations dont celles publiques. Les recherches conduites sur le marketing hospitalier s'articulent autour de l'approche conceptuelle (le marketing est-il conciliable avec l'éthique et les valeurs portées par l'hôpital ?), l'identification de situations pouvant donner lieu à une transposition des démarches et des outils issus du marketing (évaluation de la satisfaction, différenciation de l'offre de services). Elles explorent la portée et les effets du développement d'une approche marketing sur la performance organisationnelle (Gruca et Nath, 1994 ; Wrenn, 1996, 2002 ; Bhuian et Abdul-Gader, 1997) sur l'expérience du patient et le comportement des personnels (Kim et *al.*, 2012). La diffusion progressive du marketing dans l'univers hospitalier est stimulée par l'évolution de la discipline d'une logique transactionnelle vers une approche plus relationnelle et servicielle (Langeard et Eiglier, 1994 ; Lovelock, 2011 ; Vargo et Lusch, 2006) rendant le marketing plus acceptable, plus « présentable ». Une évolution qui en atténue en partie la dimension mercantile à laquelle il était exclusivement associé. On constate ces dernières années le développement d'un marketing plus respectueux des fragilités de ces cibles en même temps que se transforme la relation entre les offreurs et les demandeurs sous l'effet de la digitalisation, de la désintermédiation des liens entre les producteurs et les bénéficiaires (consommateurs) et que s'affirme un mouvement plus général de participation marquée des consommateurs à la production et la prestation mais aussi à des orientations d'ordre stratégique (accompagner ou infléchir les décisions de l'entreprise). Cette tendance d'inscrit de manière plus large dans le mouvement de démocratie participative que connaissent nos sociétés. Ces évolutions interrogent la place de chacun des acteurs du système d'échange (prestataires, bénéficiaires), la nature et la valeur de leurs savoirs et de leurs compétences sur la base desquelles se construisent de nouveaux modèles organisationnels et de fonctionnement.

S'il est un domaine où l'asymétrie d'information est particulièrement marquée c'est bien celui de l'hôpital où le médecin face à son patient reste le détenteur du savoir, et de l'un des plus importants pouvoirs qui soit : celui de soigner. Le mouvement de démocratie sanitaire des années 1980-1990 a consacré le patient comme un décideur et contribue lentement depuis plus de 20 ans à rééquilibrer les pouvoirs mais il questionne toujours autant sur la réalité d'une coopération véritablement symétrique (Routelous, 2008). Les recherches sur la participation des patients se concentrent au niveau macro sur les pratiques et les dispositifs de participation des patients destinés à leur donner la parole, les consulter et les associer à la définition des décisions et des orientations en matière de santé publique et au niveau micro sur leur participation à la décision médicale (droit à l'information, consentement, autodétermination, refus de soins). Peu de recherches abordent la participation du patient sous un angle plus organisationnel. Quelques études ou expérimentations en particulier anglo-saxonnes mettent en avant le développement d'une nouvelle culture organisationnelle à l'hôpital centrée sur le patient qui conduit à repenser les processus de servuction avec et autour du patient. En revanche le processus qui conduit à l'évolution d'une culture organisationnelle largement marquée par la bureaucratie professionnelle décrite par Mintzberg, où l'expert concentre le pouvoir vers une culture organisationnelle fondée sur la reconnaissance de compétences et une action partagée, reste à explorer. Dans un contexte de culture organisationnelle centrée sur l'asymétrie d'information

et une expertise médicale reconnue les processus de prise en charge des patients et l'offre de services de soins sont des constructions fondées sur les représentations du monde médical. Dans ce contexte, comment le patient acquiert le pouvoir de transformer l'organisation et conduit à repenser la performance des services offerts ? Nous verrons donc que le rôle du patient se transforme. Il est le pivot de l'organisation d'une activité extrêmement complexe, la culture dominante est encore celle d'un patient passif abandonné à l'expertise médicale des professionnels mais sa participation dépasse de plus en plus le cadre thérapeutique (partie 1). Nous analyserons ensuite comment, à partir de l'étude du fonctionnement d'un comité de pilotage du parcours patient d'un centre de lutte contre le cancer, l'expérience du patient devient une compétence reconnue et sa participation est instituée pour un processus de servuction plus performant voire innovant (partie 2).

1. Le patient : une ressource à mobiliser pour innover

Dans le domaine de la santé, l'évolution du cadre législatif et réglementaire ces 20 dernières années, s'est traduite par le développement de dispositifs et de pratiques de participation. Divers modes opératoires ont été adoptés tels que les Etats Généraux de la Santé de 1998, ou les jurys et forums citoyens. Ce mouvement dans le secteur de la santé fait écho aux principes de démocratie participative reposant sur l'implication de citoyens ordinaires dans la prise de décisions publiques (Blondiaux, 2005, 2017). Elle constitue selon certains un nouveau paradigme de l'action publique (Bacqué et *al.*, 2005) et affirme la co-production comme un pilier essentiel des réformes des politiques publiques engagées sur la planète (Osborne et *al.*, 2016). Des travaux ont cherché à caractériser la participation des usagers-patients selon la nature et les niveaux de participation (Carman et *al.*, 2013 ; Pomey et *al.*, 2015). La participation peut se situer au niveau macroéconomique (élaboration de politiques de santé, organisation de la gouvernance), microéconomique (co-construction avec le médecin de son parcours de soin, participation à la décision thérapeutique) mais aussi méso-économique (patient formateur désireux de faire partager sa connaissance de la maladie, inclusion dans les essais thérapeutiques). Si la participation du patient est abordée principalement dans les recherches sous l'angle médical et de la gouvernance des organisations de santé, elle s'exprime aussi sous un angle plus gestionnaire, d'utilisation des compétences du patient (enrichissement de la connaissance, contribution à l'innovation) renvoyant à la notion de co-production (Vennik et *al.*, 2016). Le patient devient une ressource organisationnelle dynamique capable de produire une transformation voire une innovation et constitue une source de performance (qualité des soins, réduction des coûts) (Bate et Robert, 2007). Les travaux encore trop peu nombreux sur la place tenue par les clients dans l'amélioration de la performance des services et l'innovation en matière de prise en charge mettent en évidence la nécessité pour les organisations de santé de faire évoluer leur culture, leurs structures et processus organisationnels pour donner au « client actif » toute sa place (Carman et *al.*, 2013). Les approches de participation et de co-design ont fait leur irruption dans l'univers public, elles constituent une manière intéressante de transformer les processus et l'offre de services (Sørensen et Torfing, 2015). C'est au début des années 2000 que l'implication des patients dans l'amélioration des services par le *redesign* des processus de soins a été développée. Le *NHS Institute for Innovation and Improvement*, reconnu pour la qualité des services qu'il développe dans le système de santé anglais a développé l'*Experience-based design* qui vise le co-design des services de soins avec le patient à partir d'une méthodologie fondée sur les outils de co-création du design (Bowen et *al.*, 2013). Ainsi, apparaissent des dispositifs et initiatives s'inspirant de ces démarches. Parmi elles, les *livings lab* en santé et autonomie apparus récemment (3 en 2011, 30 en 2017) se positionnent comme des organisations innovantes dont l'objectif est de développer avec les usagers des solutions et des produits pour répondre aux nouvelles problématiques de santé. Ils reposent sur la mise en œuvre d'un mode de conception participatif pour développer des solutions adaptées aux besoins

des patients en s'appuyant notamment sur le développement de nouvelles technologies (e-santé, télémédecine, ...) (Berthou et Picard, 2017) et en s'intéressant à l'expérience des patients. Les laboratoires d'innovation tels que « La Fabrique de l'hospitalité » des hôpitaux universitaires de Strasbourg vise à faire travailler de manière collaborative les personnels hospitaliers et les patients pour parvenir à concevoir des outils et parcours innovants (Bay et al., 2015), s'inspirant des principes de l'*Open innovation* conceptualisée par Henry Chesbrough en 2003. Partant du principe que pour innover une organisation doit s'appuyer sur un certain nombre de ressources (ressources matérielles, compétences, expérience, etc.), le patient mais aussi citoyen est un acteur indispensable du processus d'amélioration de la performance de service mais aussi de l'évolution de l'offre et de la prise en charge. Dans un univers marqué par une forte domination de l'expertise de professionnels de la médecine, l'orientation patient naturellement adoptée sous l'angle thérapeutique comporte-t-elle pour les professionnels de santé (médecins, soignants, cadres de santé, ...) une dimension plus servicielle révélatrice de la manière dont l'hôpital envisage sa relation de service aux usagers, et révélatrice d'une approche plus marketing ?

2. Le cas du CoPil parcours patients d'un CLCC

La place donnée au patient a été étudiée à partir de l'observation du fonctionnement d'un comité de pilotage patient d'un CLCC. L'établissement hospitalier, EPSIC qui dispose des attributions et missions qu'un hôpital public est situé dans une métropole de 290.000 habitants, il est membre de la fédération Unicancer. Il représente 708 professionnels prenant en charge 27 681 patients par an. Il est l'objet d'un programme de recherche intervention initié en 2016, piloté par deux enseignants chercheurs en gestion ainsi que le directeur général adjoint du CLCC. Il porte sur l'analyse et l'accompagnement de la mutation des organisations de santé.

• Repères méthodologiques.

En septembre 2017, la direction du CLCC, des médecins et la direction des soins prennent la décision en concertation avec les chercheurs de lancer un projet de pilotage du parcours patient car « *les évolutions thérapeutiques (traitement PerOS), la chronicité du cancer, l'attention portée aux coûts, le développement de l'ambulatoire et la nécessité de renforcer les liens avec l'extérieur de l'hôpital nécessitent de repenser la manière dont l'hôpital doit se positionner et transformer ses prestations* » (synthèse de la réunion de lancement du 14 novembre 2017). Se met alors en place un dispositif (CoPil parcours patients) qui consiste en une communauté épistémique réunissant 10 membres (médecins, directeurs fonctionnels, cadres, chercheurs en gestion, directeur du développement et directeur technique d'une *start up*), par la suite élargi à une plus d'une douzaine de membres avec l'association de patients. Son objectif est de réfléchir à l'amélioration de la prise en charge des patients, de repenser certaines étapes de la prise en charge du parcours patient pour une plus grande fluidité des parcours et un meilleur accompagnement et pilotage. Les 2 premières réunions passées est apparu le souhait (et la nécessité) de travailler à la co-construction de nouveaux usages et services. Les solutions qui émergent de ce groupe de travail donneront lieu à une expérimentation en situation réelle à la fin de l'année 2018, à une évaluation en 2019 des retombées et des effets induits selon le principe de la preuve qui seront discutés au sein du groupe de travail. Deux chercheurs en gestion sont membres permanents du CoPil et analysent la manière dont la culture organisationnelle s'exprime et dont émergent et se construisent de nouvelles solutions entre désaccords, arbitrages, consensus. Celui-ci se réunit un après-midi par mois (durée de 2h30 à 3h). Les discussions sont systématiquement enregistrées par les chercheurs, analysées et synthétisées afin de pouvoir procéder à une analyse longitudinale de la démarche et une analyse fouillée de chacune des étapes. La grille de codage du discours des participants est construite chemin faisant (orientation médicale, orientation servicielle, variable économique, contraintes

organisationnelles, humaines et logistiques, place et rôle des patients). Le dispositif qu'est le CoPil (le processus) constitue un objet de recherche en soi dans lequel se concentre la culture organisationnelle. Au gré des réunions émergent des ajustements qui conduisent à repenser le processus de service pour une plus grande performance. Cette recherche programmée de septembre 2017 à septembre 2019 se poursuit actuellement.

- **Résultats et éléments d'analyse**

Les premières analyses du dispositif dont l'objet est de produire une nouvelle configuration des parcours de soins internes pour une plus grande efficacité et efficience mettent en évidence un processus itératif convoquant tour à tour la culture médicale (efficacité de la prise en charge, meilleure articulation des étapes -examens, consultations...- réduction du stress des patients), la culture gestionnaire (meilleurs usages des ressources), la culture managériale s'ouvrant progressivement vers une orientation patient croissante et débouchant finalement sur l'association de patients à la démarche.

Nous reprenons ici de manière très synthétique le contenu de chacun des ateliers-réunions du CoPil, soulevées et nous présenterons les principaux éléments de l'analyse que nous avons réalisée à ce stade de la recherche.

<u>14/11/2017 (8 participants présents)</u>
<p>L'ordre du jour : Définition des objectifs de la démarche et de l'agenda, du périmètre de la nouvelle offre de service, du cas d'usage à retenir (groupe de patients, parcours types).</p> <p>Éléments d'analyse : Les échanges permettent de constater que les apports de la configuration à venir de l'offre du CLCC sont palpables pour les participants. Si certains voient clairement les apports pour une meilleure gestion des parcours internes, les bénéfices apportés aux patients sont questionnés. Les participants concluent à la nécessité de les dégager plus clairement ainsi que les contraintes que pourrait engendrer la mise en place d'un outil connecté encapsulant l'ensemble des fonctions et des services liés au parcours de soins. L'attitude révèle naturellement une attention forte portée aux avantages pour les personnels médicaux chargés des examens et consultations (réagencement en temps réel des parcours selon les contraintes et les imprévus) et aux patients pour améliorer leur confort (réduction du stress).</p>
<u>19/12/2017 (8 participants présents)</u>
<p>L'ordre du jour : La détermination et la description des besoins pour le CLCC est dans un premier temps réduite à la gestion des flux de patients et aux questions techniques soulevées par la mise en place d'un objet connecté (telle que la connectivité, la sécurisation des données collectées <i>via</i> l'objet, moment de la remise, forme de l'objet connecté).</p> <p>Éléments d'analyse : Le périmètre de l'expérimentation est restreint afin de pouvoir tester la faisabilité technique avant d'envisager un contenu enrichi. Le groupe recentre les échanges autour d'une dimension logistique (les temps d'attente des patients entre les différents examens ou rendez-vous) qui constituent une source d'inconfort et d'insatisfaction des patients.</p> <p>L'objet connecté en permettant de tracer le parcours du patient permettrait de répondre aux questions : pourquoi le client attend-il? Où ? Combien de temps ? L'identification des attentes permettrait de reconfigurer en temps réel une partie du parcours des patients, de leur indiquer les temps d'attente estimés et leur proposer des solutions pour réduire l'inconfort, rassurer les familles et optimiser la gestion des flux.</p> <p>La posture adoptée lors de cette réunion est de proposer des solutions essentiellement d'ordre technique à un élément identifié comme une source d'insatisfaction et de moindre performance du service au patient : les temps d'attente.</p>
<u>23/01/2018 (10 participants présents)</u>
<p>L'ordre du jour : Ce 3^{ème} CoPil est consacré à l'exploration des besoins des patients. Le groupe s'ouvre alors à la participation de patientes accompagnées par la directrice de la ligue contre le cancer. L'objectif est ici de mieux comprendre les attentes des patientes atteintes d'un cancer du sein,</p>

d'identifier les éléments clés de leur comportement (recherche d'informations, services et usages qui leur seraient bénéfiques *via* un objet connecté) et recueil de leur avis sur les transformations attendues.

Eléments d'analyse : Les échanges avec les patients ont permis de mettre en évidence de nouvelles pistes pour accroître la performance dans la prise en charge et offrir plus de services. Ils ont révélé la nécessité de mobiliser l'expérience et les compétences des patientes marquant une attention portée aux patientes sur une participation à la définition d'éléments de performance du service. L'information médicale aisément accessible et compréhensible constitue un élément important de la satisfaction du patient. L'usage d'un registre sémantique difficile d'approche constitue un marqueur de la culture organisationnelle et exprime un certain pouvoir. En acceptant de rapprocher les champs sémantiques les professionnels de santé abandonnent une partie de leur pouvoir et reconnaissent la capacité des patients à être plus actifs et engagés dans la relation. Cette étape a par ailleurs soulevé une question centrale : l'hôpital doit-il assister le patient dans tous ses actes ou l'amener à s'autonomiser pour ne pas l'enfermer dans l'univers de la maladie ? Par ailleurs, la question de la gestion à distance et du suivi à domicile est apparu comme porteuse d'innovations.

Cette ouverture du CoPil à la participation du patient a amené un recentrage sur des aspects moins techniques et à redonner aux dires des participants du sens au projet et à l'action engagée. Elle a donné aux patients un rôle plus actif sur le volet organisationnel.

27/02/2018 (9 participants présents)

L'ordre du jour : Définition et échange autour du cahier des charges et du périmètre du test envisagé (volumétrie du test, période, fonctionnalité intégrés à l'objet, forme de l'objet, activation, récupération, traitement et usage des données). Mise en évidence des effets liés au déploiement en termes d'évolution des pratiques des personnels (appropriation de l'objet, information et formation). Identification d'une équipe test, nature de la valorisation de l'équipe test pour lever les résistances des personnels et réflexion autour de l'articulation avec les procédures actuelles.

Eléments d'analyse : Ce 4^{ème} CoPil se recentre sur la manière d'engager le personnel dans le déploiement d'une innovation de service, l'appropriation du nouvel objet croise la question des ressources humaines internes comme facteur déterminant de la réussite du projet. L'objet connecté pensé nécessiterait dans certains cas une assistance et intervention des personnels pour que le patient puisse avoir le meilleur usage des services qui lui seraient rattachés.

6/4/2018 (8 participants présents)

L'ordre du jour : Priorisation des besoins des patients sur la base de ceux identifiés à la suite de la participation des patients au CoPil. Travail réalisé autour d'une grille de priorisation reprenant les besoins identifiés (descente d'informations –lexiques, agenda, ressources à disposition-, remontées d'informations –journal de bord, système d'alerte, médecin traitant-, échanges entre les patients, ...) scorés selon leur importance pour le patient, leur intérêt pour le CLCC et le degré de facilité de la mise en œuvre.

Eléments d'analyse : On note un recentrage sur une approche servicielle de l'orientation patient. Les fonctionnalités à intégrer dans l'objet connecté selon la typologie des patients (patients autonomes versus patients à accompagner voire à « porter ») pour une éventuelle segmentation des services accessibles via l'objet connecté selon les patients.

Mai 2018 : focus group de patientes pour la définition des fonctionnalités du prototype.

Septembre 2018 – mars 2019 (à venir) : Expérimentation : test de la mise en œuvre, perception et actions des patients et des personnels.

3. Discussion conclusive

La recherche porte ici sur l'association de patients à la démarche d'innovation de services non médicaux. Les premiers résultats de l'étude du processus d'innovation permettent de constater que celui-ci répond d'abord au souhait des personnels de direction (cadres gestionnaires et médecins) de travailler à un meilleur usage des ressources humaines, informationnelles et techniques (efficacité de l'usage) au service de la prise en charge des patients et de se démarquer d'autres structures. Trois constats peuvent être dégagés.

- Le premier porte sur la difficulté à identifier lors des deux réunions liminaires des pistes pour développer une offre de services innovante. Les chercheurs à ce moment-là, plus observateurs, ont constaté la difficulté des participants à s'extraire de la vision purement médicale du diagnostic et de la prise en charge des soins pour se centrer sur une logique de service. La participation de la *startup* qui a endossé le rôle d'animateur des ateliers a permis de recentrer les échanges sur une vision plus servicielle.
- Le deuxième constat concerne le besoin des participants d'intégrer les patients au CoPil afin d'avoir un retour sur leur expérience de la maladie, la manière dont ils vivent leur parcours de soins et les principaux points critiques perçus. Il s'est avéré délicat de solliciter des patients fragilisés pour participer. Mais un atelier a été entièrement consacré à leur écoute, la manière dont ils vivent leur parcours et a permis l'identification de pistes d'innovations en matière de services. Le contenu de cet atelier a servi de fil conducteur et permis d'orienter les échanges des ateliers suivants. L'association des patients, loin d'être symbolique dépasse la simple consultation pour constituer une véritable force créative. Elle s'inscrit dans l'*Experience-based design* décrite par le NHS même si à ce stade elle ne permet pas de la qualifier de co-design des services de soins. La participation du patient peut être encore qualifiée de périphérique car relativement ponctuelle, bien qu'il ait été décidé de mettre en place d'ici l'été des *focus group* de patients pour une participation plus active.
- Le troisième constat porte sur la complexité de déploiement d'une telle démarche à l'hôpital. En effet, il ne s'agit pas ici d'associer le patient au réaménagement et la re-décoration d'une salle d'attente mais à la proposition de services destinés à lui donner une plus grande autonomie par rapport son parcours de soin, en le responsabilisant. L'enjeu et la portée d'une telle innovation ne sont pas neutres. Ceci exige une adhésion forte des patients et des personnels, une prise de conscience des nouveaux rôles qu'ils peuvent ou seront conduits à endosser.

Si à ce stade la participation du patient s'apparente plus à une forme de collaboration, elle devrait évoluer vers une co-création avec les ateliers à venir. L'enjeu de cette recherche outre celui de l'observation des mécanismes à l'œuvre dans un dispositif destiné à produire une innovation de services est aussi d'évaluer le pouvoir transformatif de la participation du patient sur le fonctionnement des organisations de santé.

Références

- Bacqué, M. H., Rey, H., & Sintomer, Y. (2005). Introduction. La démocratie participative, un nouveau paradigme de l'action publique ?. In *Gestion de proximité et démocratie participative* (pp. 9-46). La Découverte.
- Bate, P., et Robert, G. (2007), *Bringing user experience to healthcare improvement: The concepts, methods and practices of experience-based design*, Radcliffe Publishing.
- Bay, B., Carrier, C., Desflaches, A.M., & Gautier C., (2015), L'usager co-concepteur de l'hôpital de demain : la fabrique de l'hospitalité des HUS, *Gestions hospitalières* n° 542, janvier p 29-32.
- Berthou, V., & Picard, R. (2017). Les Living Labs, ces leviers d'innovation en santé publique. In *Annales des Mines-Réalités industrielles* (No. 2, pp. 68-72). FFE.
- Bhuan, S. N., & Abdul-Gader, A. (1997). Market orientation in the hospital industry. *Marketing Health Services*, 17(4), 36.

- Blondiaux, L. (2005). L'idée de démocratie participative: enjeux, impensés et questions récurrentes. In *Gestion de proximité et démocratie participative* (pp. 119-137). La découverte.
- Blondiaux, L. (2017). *Le nouvel esprit de la démocratie-Actualité de la démocratie participative*. Le Seuil.
- Bowen, S., Mc Seveny, K., Lockley, E., Wolstenholme, D., Cobb, M., & Dearden, A. (2013), "How was it for you? Experiences of participatory design in the UK health service", *CoDesign*, Vol. 9 No. 4, pp. 230-246.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013), "Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies", *Health Affairs*, Vol. 32 No. 2, pp. 223-231.
- Chesbrough, H. (2003), *Open innovation*, Harvard Business School Press.
- Crié, D., & Gallopel-Morvan, K., (2015). *Vous avez dit marketing? Oui, marketing!* (No. hal-01612476).
- Gruca, T. S., & Nath, D., (1994). The impact of marketing on hospital performance. *Journal of Hospital Marketing*, 8(2), 87-112.
- Kim, K. H., Jeon, B. J., Jung, H. S., Lu, W., & Jones, J. (2012). Effective employment brand equity through sustainable competitive advantage, marketing strategy, and corporate image. *Journal of Business Research*, 65(11), 1612-1617.
- Kotler, P., & Levy, S.J., (1969), « Broadening the Concept of Marketing », *Journal of Marketing*, Vol. 33, January, pp. 10-15.
- Langeard, E., & Eiglier, P., (1994). Relation de service et marketing. *Décisions marketing*, 13-21.
- Lovelock, C., (2011). *Services marketing: People, technology, strategy*. Pearson Education India.
- Osborne, S. P., Radnor, Z., & Strokosch, K., (2016). Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639-653.
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., & Jouet, É., (2015), « Le "Montréal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé publique*, Vol. 1 (HS), pp. 41-50.
- Routelous, C., (2008). La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales: sociologie d'un modèle participatif en médecine (*Doctoral dissertation, École Nationale Supérieure des Mines de Paris*).
- Sørensen, E. & Torfing, J., (2015), « Enhancing Public Innovation Through Collaboration, Leadership and New Public Governance », in Nicholls, A., Simon, J. & M. Gabriel (Eds), *New Frontiers in Social Innovation Research*, Palgrave Macmillan UK.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F., (2006). Service-dominant logic. *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*.
- Vennik, F. D., Van de Bovenkamp, H. M., Putters, K., & Grit, K. J. (2016). Co-production in healthcare: rhetoric and practice. *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 150-168.
- Wrenn, B., (1996). What really counts when hospitals adopt a marketing orientation: the contribution of the components of marketing orientation to hospital performance. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 4(1-2), 111-133.
- Wrenn, B. (2002). Contribution to hospital performance: Market orientation vs. marketing effort and lack of competition. *Journal of hospital marketing & public relations*, 14(1), 3-13.