

LE TRANSFERT DES INNOVATIONS DANS LE DOMAINE DU HANDICAP

Quelles approches
opérationnelles
pour soutenir le transfert
sur le terrain ?

COORDONNÉ PAR ELÉONORE SEGARD

Ce rapport est publié par la FIRAH dans le cadre de son Programme Transfert des innovations. Sa rédaction a été confiée à Eléonore Ségard, PhD, Chercheur associée à l'équipe PHARes, Population Health Research Center, Inserm et Responsable du Programme Transfert des innovations de la FIRAH¹.

Ce programme vise à soutenir, sur le terrain, le transfert d'innovations dans le champ du handicap. Le transfert permet de démultiplier les innovations opérantes à visée transformatrice, en ligne avec les principes portés par la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (le libre choix, la non-discrimination, la participation pleine et entière, l'égalité des chances, l'accessibilité...) et d'étendre de plus en plus un « quotidien inclusif ». Ainsi la FIRAH se dote d'une démarche structurée et opérationnelle, ainsi que d'outils et propose un soutien humain, un coordinateur de transfert.

Le programme Transfert des innovations de la FIRAH est également composé d'un volet recherche notamment en partenariat avec l'équipe PHARes (Population Health Research Center, Inserm) et d'un volet qui proposera à l'horizon 2024 un dispositif de formation pour des organisations et personnes souhaitant apporter un soutien opérationnel pour le transfert des innovations de terrain.

Les réflexions et propositions émanent des échanges permanents avec Philippe Chervin, Secrétaire Général de la FIRAH.

Ce travail a été présenté à des chercheurs choisis pour leur vision et leurs compétences sur le sujet. La FIRAH tient à remercier ici Marie-Aline Bloch (Sciences de gestion, Univ Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes - UMR 6051, RSMS - Recherche sur les Services et Management en Santé - U 1309), Linda Cambon (Santé publique, Equipe PHARes, Population Health Research Center, Inserm U1219, Bordeaux), Corinne Grenier (Professeur HDR, Management & Innovation, Coordinatrice Centre d'expertise Santé & Innovation, KEDGE Busines School, Marseille), Yves Pillant (Philosophe et membre du Comité Ethique et Scientifique de la FIRAH, formateur en ingénierie sociale - Master DEIS), pour leur relecture et leurs conseils qui ont permis d'enrichir le rapport.

Nous remercions également toutes les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues sur le sujet et qui ont contribué à ce rapport.

Note sur l'utilisation du terme « personnes handicapées » : ce choix est calqué sur la décision de la FIRAH d'utiliser le terme « personnes handicapées » utilisé au niveau international dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Son sens dans ce document est similaire à celui de personnes en situation de handicap (souvent repris en France) ou personnes ayant des incapacités (courant au Québec).



FIRAH | 2022

Ce document est mis à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Pour citer ce document : SEGARD, E. (2022), Le transfert des innovations dans le domaine du handicap – Quelles approches opérationnelles pour soutenir le transfert sur le terrain ? FIRAH, 77 pages

¹ Eléonore Ségard était aussi chercheur associée au Grhapes, INSHEA, UPL au début de la rédaction du rapport

Dans le champ du handicap, un changement de paradigme s'est opéré ces dernières décennies, porté par une évolution conceptuelle profonde des représentations du handicap consistant au passage d'une approche individuelle et médicale à une approche intégrant des facteurs sociaux et environnementaux.

Ces évolutions sont associées à la prise de conscience que les personnes handicapées doivent pouvoir être en mesure de faire leurs propres choix, d'être actrices de leur vie. Le droit des usagers, le pouvoir d'agir, l'émancipation sont des éléments déterminants et au cœur des transformations en cours. Ce nouveau paradigme incite à changer le regard que nous portons sur les personnes handicapées, leur place au sein de la société, la façon de les accompagner.

Bien que ce nouveau paradigme soit inscrit dans des textes fondateurs ratifiés par de nombreux pays, comme la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées, le constat est qu'il ne se « traduit » pas encore, pas suffisamment, au quotidien, dans la « vraie vie ».

Pourtant, sur le terrain, de nombreuses innovations sociales sont mises en œuvre par des acteurs de terrain², et permettent d'approcher vers cet horizon de société inclusive.

L'innovation dans le domaine du handicap a le plus souvent émergé localement. Elle porte alors un fort potentiel de transformation mais à petite échelle. Elle est issue d'une réponse aux attentes et aux besoins d'une personne, voire de quelques personnes handicapées sur un territoire restreint.

La clé pour augmenter l'impact de ces innovations et accélérer la transformation de la société est le transfert. Ainsi une innovation ayant émergé dans un territoire donné pourra être implémentée dans d'autres territoires et bénéficier à d'autres personnes. Le transfert permet de démultiplier les innovations qui sont opérantes, et d'étendre de plus en plus un « quotidien inclusif » pour finir par couvrir le territoire. Également le transfert permet de garantir l'égalité de chances et l'équité de traitement pour tous et partout.

Cette étude de préfiguration permet d'explorer à la fois les bases théoriques et les pratiques du transfert, dans 2 domaines de proximité du handicap, le secteur de la Santé Publique et de l'Economie Sociale et Solidaire. Le constat est que le transfert ne va pas de soi, il requiert une démarche et des outils spécifiques.

A partir des enseignements tirés de ce travail, l'innovation dans le domaine du handicap est définie comme « **toute dynamique, à visée transformatrice, en ligne avec les principes portés par la**

² Les acteurs de terrain peuvent être : les personnes handicapées, leurs familles et les organisations qui les représentent, les professionnels et organisations travaillant dans le domaine du handicap, les prestataires de service et autres organisations intervenant en milieu ordinaire et devant prendre en compte dans leurs activités les personnes handicapées (par exemple les architectes, les enseignants, les entreprises), les décideurs politiques au niveau local, national et international.

convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (le libre choix, la non-discrimination, la participation pleine et entière, l'égalité des chances, l'accessibilité...) ».

Cette étude aboutie sur la présentation d'une démarche structurée et opérationnelle de transfert et des outils sont pré-identifiés. Dans cette perspective, les enjeux du transfert ne se situent pas seulement au niveau des contenus, mais également au niveau du soutien humain. Concrètement, le rôle d'un coordinateur de transfert est décrit. Il contribue, en partenariat avec les innovateurs, au transfert effectif des innovations via un rôle de chef d'orchestre et un rôle opérationnel.

SOMMAIRE

RESUME	3
SOMMAIRE	5
PREAMBULE	7
CHAPITRE A. FINALITE DE L'ETUDE ET CONTENU	7
CHAPITRE B. DESTINATAIRES	8
CHAPITRE C. METHODOLOGIE	9
SYNTHESE DE LITTERATURE	9
ENTRETIENS	9
RELECTURE	10
<u>PARTIE I. LE TRANSFERT : ACCELERATEUR DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE.....</u>	11
CHAPITRE A. ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES : UN CHANGEMENT DE PARADIGME	11
CHAPITRE B. LE NOUVEAU PARADIGME APPELE A LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	12
CHAPITRE C. L'INNOVATION PORTE UN POTENTIEL DE TRANSFORMATION	13
CHAPITRE D. L'INNOVATION DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEE EST RICHE MAIS RESTREINTE LOCALEMENT 16	16
L'INNOVATION EST ISSUE DU TERRAIN	16
ELLE EST LIMITEE A UN TERRITOIRE, A PETITE ECHELLE	16
UN SOUTIEN PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES ENCORE INSUFFISAMMENT TOURNE VERS LE TRANSFERT	17
CHAPITRE E LE TRANSFERT : ACCELERATEUR DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE.....	18
<u>PARTIE II. TRANSFERT DES INNOVATIONS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES : ENJEUX</u>	20
CHAPITRE A. LES 3 QUESTIONS CLES DANS LE TRANSFERT	20
CHAPITRE B. UNE DIFFUSION ET UN PARTAGE DES INNOVATIONS ACCRUS MAIS ENCORE INSUFFISANTS	20
CHAPITRE C. L'EPINEUSE QUESTION DE L'EVALUATION	22
CHAPITRE D. TRANSFERT : LE MAILLON MANQUANT	22
CHAPITRE E. S'APPUYER SUR D'AUTRES SECTEURS POUR INVESTIGUER L'EVALUATION ET LE TRANSFERT	24
DEUX SECTEURS DE PROXIMITE : SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE	24
DEUX OBJETS D'ETUDE : INTERVENTION COMPLEXE ET INNOVATION SOCIALE.....	25
<u>PARTIE III. EVALUATION ET TRANSFERT EN SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE : ENSEIGNEMENTS.....</u>	28
CHAPITRE A. EVALUATION	28

SANTE PUBLIQUE	28
ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE.....	31
CHAPITRE B. TRANSFERT	33
SANTE PUBLIQUE	33
ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE.....	40

PARTIE IV. SPECIFICITES DU CHAMP DU HANDICAP, DEFINITIONS ET PRECONISATIONS AU VU DES ENSEIGNEMENTS TIRES..... 42

CHAPITRE A. INNOVATION ET INNOVATEURS, DEFINITIONS.....	42
INNOVATION	42
INNOVATION, INNOVATEURS : PRIMAIRES, SECONDAIRES	43
CHAPITRE B. L'IMPACT D'UNE INNOVATION : UNE MESURE MULTIDIMENSIONNELLE ET COMPLEXE.....	44
CHAPITRE C. UN ENVIRONNEMENT ENCORE PEU FAVORABLE AUX ETUDES.....	45
CHAPITRE D. L'EVALUATION DES INNOVATIONS : PRECONISATIONS	47
CHAPITRE E. LE TRANSFERT DES INNOVATIONS : PRECONISATIONS	48
LE TRANSFERT.....	48
CAPITALISATION ET IMPLEMENTATION	49
TRANSFERABILITE	52
CHAPITRE F. PRENDRE EN COMPTE UNE CONTRAINTE TECHNIQUE : LA BOITE NOIRE.....	53

PARTIE V. . UNE DEMARCHE STRUCTUREE ET OPERATIONNELLE POUR SOUTENIR LE TRANSFERT DES INNOVATIONS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES..... 55

CHAPITRE A. LA DEMARCHE	55
CHAPITRE B. UN SOUTIEN HUMAIN : LE COORDINATEUR DE TRANSFERT	58
CHAPITRE C. TRANSFERER C'EST INNOVER !	60
INNOVATION INTEGRATIVE.....	60
VERS UNE INNOVATION COLLABORATIVE ?	61

CONCLUSION..... 64

ABBREVIATIONS..... 66

BIBLIOGRAPHIE 67

Chapitre A. Finalité de l'étude et contenu

Dans le champ du handicap, un changement de paradigme s'est opéré ces dernières décennies, portée par une évolution conceptuelle profonde des représentations du handicap consistant au passage d'une approche individuelle et médicale à une approche intégrant des facteurs sociaux et environnementaux.

Ces évolutions sont associées à la prise de conscience que les personnes handicapées doivent pouvoir être en mesure de faire leurs propres choix, d'être actrices de leur vie. Le droit des usagers, le pouvoir d'agir, l'émancipation sont des éléments déterminants et au cœur des transformations en cours, notamment dans l'accompagnement des personnes handicapées.

Dans le secteur médico-social et au sein d'initiatives de droit commun, l'innovation de terrain allant dans le sens de ces transformations existe, elle est riche et c'est le socle d'une part de l'amélioration de l'offre médico-sociale et d'autre part d'environnements plus inclusifs. Toutefois, l'enjeu aujourd'hui est de renforcer cette culture de l'innovation et d'accélérer ce mouvement engagé sur le terrain en mettant en œuvre un deuxième mouvement qui consiste à évaluer, capitaliser et transférer ce qui a déjà fait ses preuves afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre, au-delà du territoire initial et de maximiser l'impact de l'innovation.

Pour répondre à cet enjeu, la Fondation Internationale de Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH) a souhaité mener un travail qui sert de base au développement d'un dispositif de soutien à la mise en œuvre effective de transferts d'innovations dans le domaine du handicap.

Ce travail est bâti dans la continuité de l'expérience FIRAH en croisant les compétences des acteurs de terrain et des chercheurs.

Le travail proposé dans ce rapport vise à :

Objectif 1

- Etudier l'existant aussi bien en termes de recherche que d'actions existantes sur le transfert des innovations dans le domaine du handicap, et dans 2 domaines connexes : la Santé Publique et l'Economie Sociale et Solidaire (ESS).
- Analyser et positionner les éléments de réflexion et les concepts à mobiliser pour le champ du handicap.

Objectif 2

Sur la base des éléments déclinés dans l'objectif 1 :

- Clarifier les définitions.
- Proposer une démarche ayant pour finalité le transfert et identifier des outils existants qui pourraient inspirer le champ du handicap.
- Préciser la notion de coordinateur de transfert qui apparaît centrale pour installer le soutien humain dans la démarche de transfert.

Ce travail a une visée opérationnelle forte. La démarche, les outils, le rôle de coordinateur de transfert seront ensuite mis en œuvre par la FIRAH sur des innovations dans le domaine du handicap.

L'objectif à terme est de faciliter l'appropriation de la démarche de transfert auprès de tous les acteurs intéressés afin de la rendre effective auprès du plus grand nombre et de contribuer à maximiser l'impact social dans le champ du handicap.

Chapitre B. Destinataires

Ce document vise à servir de base de réflexion, et soutenir toute personne souhaitant initier ou prendre part à une démarche pour transférer des innovations dans le domaine du handicap.

Il s'adresse donc à un large public d'initiés comprenant :

- Les innovateurs (voir figure 1 ci-dessous).
- Les personnes ou organisations ayant pour mission le déploiement de l'innovation
- Les chercheurs
- Les décideurs politiques.

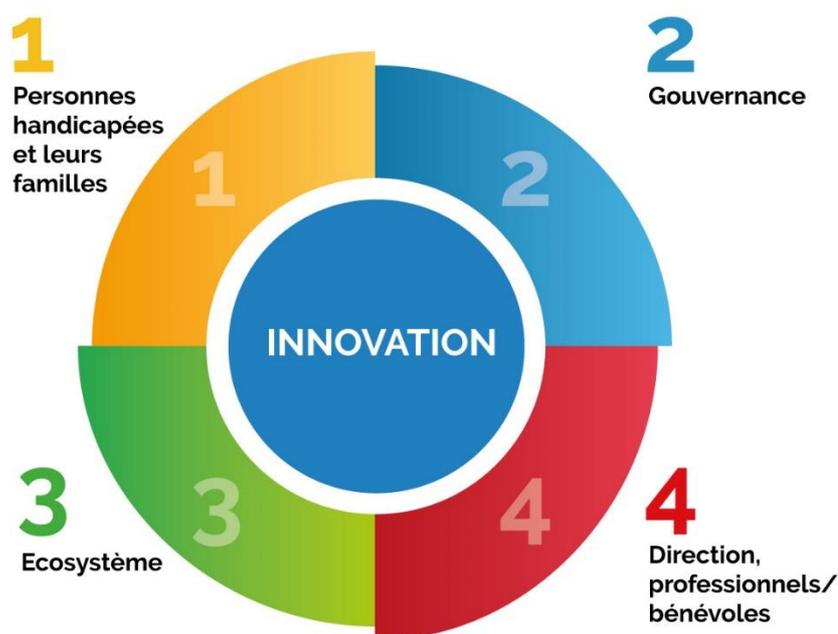


Figure 1 : Les innovateurs

Nous considérons que l'innovation émane d'interactions entre 4 parties :

- Les personnes handicapées accompagnées et leurs familles

- La direction et les professionnels qui travaillent auprès des personnes handicapées (dans les Services et Etablissements Médico-Sociaux (ESMS) et dans les services et établissements de droits commun) et les bénévoles dans le cas de la vie associative
- La gouvernance des ESMS
- L'écosystème : toute personne ou organisation qui finance et/ou interagit avec l'innovation (collectivités locales, Conseils Départementaux, Agences Régionales de la Santé, associations partenaires, ...).

L'étude porte sur l'accompagnement des personnes handicapées proposé et réalisé par les ESMS, ainsi que par des structures/services/professionnels de droit commun (dans l'éducation, l'emploi, le sport, les loisirs...).

Son contenu pourra aussi inspirer un public intéressé par le transfert des innovations dans le secteur des personnes âgées ainsi que celui du travail social auprès de populations en difficulté.

Chapitre C. Méthodologie

■ *Synthèse de littérature*

La méthode de recension des écrits retenue pour la synthèse de littérature s'apparente à une étude de portée (scoping review). Il s'agit d'une recherche exploratoire en vue de situer le sujet par rapport aux recherches antérieures et informations existantes, de préciser le degré d'avancement des travaux de recherche sur le sujet, d'identifier et de définir les principaux thèmes et concepts en lien avec le sujet, de préciser et d'affiner les questions de recherche. La documentation disponible a été étudiée, que ce soient des articles/ouvrages scientifiques via des bases de données avec entrée par mots-clés ou que ce soit de la littérature grise (notamment les rapports, documents de réflexion ...à destination ou émanant des acteurs de terrain). Le logiciel de gestion bibliographique Zotero a été utilisé pour consigner tous les documents retenus. L'exhaustivité n'est pas recherchée dans cette synthèse.

Le champ thématique étant vaste, cette méthode a paru la plus appropriée pour permettre d'en circonscrire les contours. Le point de départ a porté sur les questions d'innovation, d'évaluation, de capitalisation, de transfert dans le champ du handicap et dans le domaine médico-social. Toutefois le constat est qu'il existe peu de recherches sur ces thématiques dans ce champ. Ces thématiques ont été mobilisées dans deux secteurs de proximité : dans le secteur de la Santé Publique et notamment promotion en santé et prévention, et dans le secteur de l'ESS. Ce travail de croisement entre secteurs permet de proposer une conceptualisation originale du sujet et des collaborations transdisciplinaires qui peuvent enrichir le secteur sur le handicap. Il est précisé que notre approche du handicap s'inscrit dans le modèle social du handicap, porté par la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées. La présente étude qui vise à s'appuyer sur des travaux d'ordre méthodologique dans le champ de la Santé Publique ne modifie en rien cette approche et ne nous place pas pour autant dans le modèle médical du handicap.

■ *Entretiens*

Les connaissances de parties prenantes (acteurs de terrain, chercheurs...) identifiées pour leurs compétences sur les sujets traités ont été mobilisées. Plus d'une vingtaine d'entretiens ont été menés. Les réflexions sur les enjeux identifiés dans le cadre de ce travail leur ont été soumises afin d'avoir leur avis. Des discussions ouvertes ont également été engagées pour recueillir leurs réflexions et idées plus générales.

Nous nous sommes en particulier entretenus avec des responsables de plateformes répertoriant les innovations terrain dans le champ du handicap ce qui a permis d'identifier certaines initiatives et de bien cerner les problématiques actuelles.

■ *Relecture*

Ce travail a été présenté à des chercheurs choisis pour leur vision et leurs compétences sur le sujet : Marie-Aline Bloch (Sciences de gestion, Univ Rennes, EHESP, CNRS, Inserm, Arènes - UMR 6051, RSMS - Recherche sur les Services et Management en Santé - U 1309), Linda Cambon (Santé publique, Equipe PHARes, Population Health Research Center, Inserm U1219, Bordeaux), Corinne Grenier (Professeur HDR, Management & Innovation, Coordinatrice Centre d'expertise Santé & Innovation, KEDGE Business School, Marseille), Yves Pillant (Philosophe et membre du Comité Ethique et Scientifique de la FIRAH, formateur en ingénierie sociale - Master DEIS).

Leur relecture, conseils et les échanges qui en ont découlé ont permis d'avoir un retour contributif sur le projet et de faire évoluer le cadre théorique et les axes d'analyse.

Le rapport est décliné en 5 parties. La première partie s'attache à montrer que la clé pour accélérer la transformation de l'offre est le transfert. La deuxième partie explore les enjeux du transfert dans le champ du handicap. La troisième partie étudie les champs de l'évaluation et du transfert en Santé Publique et dans le secteur de l'Economie Sociale et Solidaire. Sur la base de ces enseignements, la quatrième partie dresse des préconisations au vu des spécificités du handicap. Enfin la cinquième partie aboutit à la présentation d'une démarche structurée et opérationnelle de transfert.

Partie I. Le transfert : accélérateur de la transformation de l'offre

Chapitre A. Accompagnement des personnes handicapées : un changement de paradigme

Dans le champ du handicap, un changement de paradigme s'est opéré ces dernières décennies, porté par une évolution conceptuelle profonde des représentations du handicap consistant au passage d'une approche purement individuelle et médicale à une approche intégrant des facteurs sociaux et environnementaux (Ravaud & Fougeyrollas, 2005). Ainsi dans le modèle québécois appelé « processus de production du handicap », le handicap est vu comme le résultat d'une interaction entre des caractéristiques individuelles et un environnement (Réseau international sur le Processus de production du handicap, s. d.).

Ce changement de paradigme est également porté par la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), instrument de description du handicap, adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001 (World Health Organization (WHO), s. d.). Elle conçoit le handicap comme une restriction de participation sociale résultant de l'interaction entre les caractéristiques propres à la personne (dont les déficiences et limitations d'activité) et les facteurs environnementaux.

Aussi portée par ce nouveau paradigme, la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH) adoptée en 2006 par les Nations Unies consacre le handicap comme une question de droits de l'homme (Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), s. d.). La convention vise à « promouvoir, protéger et assurer » la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales des personnes avec des handicaps en tous genres.

Les principes de cette convention sont :

- Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes,
- La non-discrimination,
- La participation et l'intégration pleines et effectives à la société,
- Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité,
- L'égalité des chances,
- L'accessibilité,
- L'égalité entre les hommes et les femmes,
- Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

La CRDPH met en avant le rôle de l'environnement pour faciliter ou restreindre la participation des personnes handicapées.

Le rapport mondial sur le handicap liste les barrières auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, notamment les barrières à la participation et décline des recommandations sur la façon

de supprimer ces barrières pour “révéler le vaste potentiel des personnes en situation de handicap” (Stephen Hawking, (WHO, 2011)).

Ces évolutions reposent sur la prise de conscience que les personnes handicapées doivent pouvoir être en mesure de faire leurs propres choix, d’être actrices de leur vie. Le droit des usagers, le pouvoir d’agir, l’émancipation sont des éléments déterminants et au cœur des transformations en cours.

Cette re-conceptualisation représente le moteur intellectuel et éthique de toutes les évolutions souhaitées dans la société d’aujourd’hui. Les chercheurs investissent et nourrissent avec leurs travaux ce changement attendu du regard de la société sur les personnes handicapées et de leur accompagnement. Charles Gardou, par exemple, décrit précisément dans son ouvrage cet horizon d’une société inclusive et les voies qui pourraient y mener (Gardou, 2012). Ce concept de société inclusive implique l’absence de barrières ou de freins sociaux empêchant ces personnes de pouvoir jouir de ce que la société a à offrir de meilleur.

Omniprésente dans les discours, cette notion se décline en de multiples dimensions selon les secteurs concernés : l’accent peut être mis sur l’inclusion dans le milieu scolaire, dans le monde du travail, en matière d’habitat, de loisirs, de vie culturelle, associative ou politique. Ainsi, dans le chapitre prospectif du rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie (CNSA), il est dressé le portrait d’une société inclusive ouverte à tous (*Chapitre prospectif de la Cnsa « pour une société ouverte à tous », 2018*).

En particulier cette notion invite à concevoir différemment la prise en charge des personnes handicapées. Cela se traduit par un changement de vocabulaire. On parle d’accompagnement des personnes handicapées. Aujourd’hui l’accompagnement se définit comme un processus d’intervention sociale où le sujet doit avant tout être l’acteur de son propre changement. **Dans ce rapport, l’utilisation des termes « accompagnement des personnes handicapées » traduit cette volonté, issue de la CRDPH, de replacer les personnes handicapées au centre de leur projet de vie.** Dans cette idée, l’accompagnement tel que nous l’entendons englobe la mise en œuvre d’un environnement favorable à la participation sociale des personnes handicapées.

Chapitre B. Le nouveau paradigme appelle à la transformation de l’offre médico-sociale

Ce changement de paradigme a des conséquences importantes dans le secteur médico-social dédié à l’accompagnement des personnes handicapées.

Cette transformation est portée par une volonté politique forte : le plan quinquennal de l’Etat relatif à l’évolution de l’offre médico-sociale, initié en 2016, et les différents chantiers entrepris en accord avec ce plan, prônent un accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles plus adapté, plus individuel, au plus près de leurs attentes dans tous les domaines de la vie (école, emploi, loisirs, santé, logement, culture ...) et à tous les âges de la vie. La Circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l’offre d’accompagnement précise qu’elle vise « toute action visant à rendre l’offre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles » (*Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l’offre d’accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous », de la*

stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016, 2016). La transformation de l'offre se trouve déployée à travers des programmes, dispositifs, outils, expérimentations initiés par l'Etat, afin de faire évoluer l'organisation et la coordination entre acteurs : la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous en 2015 (RAPT), l'ouverture de volets spécifiques (polyhandicap, handicap psychique, habitat inclusif...), de nouvelles règles encadrant le mode de financement et de tarification des établissements et services médico-sociaux à travers le chantier SERAFIN-PH, l'expérimentation Territoire 100% Inclusifs

Une mobilisation à la fois sociale et politique est nécessaire afin de rendre flexible et d'adapter l'environnement social à l'égard de l'individu, ce qui implique de repenser l'organisation de dispositifs traditionnels de services afin qu'ils puissent répondre collectivement à la diversité des individus peu importe leurs caractéristiques individuelles, sociales et culturelles.

Dans son ouvrage, Jean-René Loubat décrit les réorientations qui s'opèrent et vont s'opérer suite à ce changement de paradigme (Loubat et al., 2016). Il est à noter que ce changement de paradigme s'inscrit lui-même dans d'autres enjeux sociétaux, démographiques, managériaux, financiers (rationalisation, optimisation des coûts), réglementaires, technologiques qui viennent contraindre d'autant plus le secteur.

- Collaborer avec les ressources de droit commun et favoriser l'articulation entre divers partenaires incontournables (secteur sanitaire, école, équipements publics, monde du travail, libéraux...).
- Faire du sur-mesure, du juste ce qu'il faut, à la carte, en fonction des attentes et des besoins.
- Privilégier les modes d'intervention à domicile ou dans l'environnement de la personne.
- S'adapter à une diversité croissante de besoins, de situations, d'âges, et de populations (socio-diversité).
- Accompagner à la vie sociale et à la citoyenneté.
- Promouvoir l'exercice des droits et des responsabilités.
- Favoriser les approches de parcours de vie.

Les enjeux auxquels sont confrontés les établissements sont donc ceux de la diversification de l'offre et de la personnalisation des réponses, le tout en privilégiant les approches ascendantes qui mettent le dispositif au service des personnes sans demander à la personne de s'adapter au dispositif.

Aujourd'hui la pertinence des structures médico-sociales va dépendre de plus en plus de leur capacité à anticiper les besoins évolutifs des populations et à proposer des réponses originales, innovantes, inventives. **Le nouveau paradigme crée un besoin massif de nouvelles réponses adéquates.**

Chapitre C. L'innovation porte un potentiel de transformation

L'enjeu pour le secteur, dans le cadre de la transformation de l'offre et des besoins qui émergent en conséquence, va résider dans sa capacité à innover pour définir de nouvelles modalités d'accompagnement des personnes alignées avec le nouveau paradigme.

Marie-Aline Bloch en 2016 définit dans son ouvrage la capacité à innover comme le principal défi pour s'adapter aux évolutions continues et de l'environnement et aux attentes des personnes : « Comment proposer des réponses adaptées à chaque personne dans sa diversité et tout au long de son parcours, sur des territoires aux ressources très disparates, dans un monde qui ne cesse de changer ... » (Loubat et al., 2016). En abordant cette thématique sous l'angle des organisations apprenantes, les auteurs de l'ouvrage cité ci-dessus proposent un modèle de plateformes de service en mesure de porter cette innovation.

De très nombreux auteurs s'intéressent à cette notion d'innovation et au rôle qu'elle peut prendre dans les transformations de société. « Il est possible d'alléger notre fardeau institutionnel en les (les institutions) ouvrant, en laissant beaucoup plus d'espace à la création et à l'innovation » (Crozier & Tilliette, 2007).

De nombreux travaux s'intéressent à la façon de susciter l'innovation, la développer, l'amplifier. Les rôles respectifs de la gouvernance (Grenier, 2016), du management, de lieux dédiés (Grenier et al., 2020) ... sont étudiés.

Le design social est par exemple une démarche en pleine expansion dans le champ du handicap qui vise à innover différemment, en favorisant la participation des personnes (Vial, 2017).

L'innovation est donc une des réponses possibles aux nouveaux défis engendrés par la transformation de l'offre. L'innovation, porte en elle cette capacité d'adaptation, de personnalisation, et va permettre de répondre de façon cohérente avec les principes de la CRDPH. La force de l'innovation réside dans sa capacité à intégrer la personne handicapée, ses attentes, la complexité de sa situation et de son évolution.

Les évolutions dans le secteur du handicap sont particulièrement rapides, notamment en raison des progrès de la science. Les évolutions technologiques transforment continuellement le besoin et la nature de l'accompagnement des personnes handicapées. L'exemple de la surdité est révélateur. L'arrivée de l'implant cochléaire a révolutionné la prise en charge des enfants sourds qui souhaitent se faire implanter (il est à noter qu'une partie de la communauté des personnes sourdes n'accepte pas ces implants et milite pour une culture propre avec la langue des signes. Le débat ne porte pas ici sur les questions culturelles et d'acceptabilité des technologies). Leur capacité auditive est en général très bonne (Loundon, 2013). Les besoins en orthophonie sont différents de ceux d'enfants porteurs de prothèses auditives. Les professionnels ont d  modifier leurs pratiques. Egalement, les enfants sont implantés de plus en plus tôt, la prise en charge doit s'adapter à une prise en charge précoce chez le tout jeune enfant. Enfin, l'implant a permis de rendre possible le suivi d'une scolarisation en  cole de quartier. Les centres médico-sociaux ont d  s'adapter à un accompagnement dans l' cole de quartier. L'indication de l'implant a évolué rapidement pour favoriser la bi-implantation (implantation des 2 oreilles) (Vincenti et al., 2014). La bi-implantation a encore modifié la prise en charge (meilleure récupération auditive). Il est donc nécessaire de s'adapter en permanence et d'être au plus près des besoins des personnes handicapées, besoins qui évoluent très vite (les évolutions s'observent en années) en raison des évolutions technologiques notamment.

Certes l'innovation est une réponse pleine de potentiel à la transformation de l'offre mais ce n'est pas la seule réponse. D'autres approches sont nécessaires et complémentaires pour qu'en chaque lieu, chaque acteur puisse s'approprier les principes de la transformation de l'offre et les exploite dans son

quotidien. Deux autres catégories de réponses sont mentionnées ci-dessous à titre d'exemples, sans être développées ni exhaustives.

- L'évolution des postures professionnelles et la question de la formation et du soutien des professionnels du secteur médico-social sont des sujets clés. Le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité Centre-Val de Loire a réalisé une étude visant à cerner les besoins de formation, de soutien et de conseils des acteurs du secteur médico-social dans le cadre de la transformation de l'offre (*Former, accompagner et conseiller pour transformer ? Postures, pratiques et coopérations professionnelles au coeur de la transformation de l'offre médico-sociale.*, 2019). Il conclut sur la dimension systémique de la transformation engagée, dimension appelant un accompagnement et un mouvement général, déployés de façon transversale en direction de l'ensemble des acteurs médico-sociaux et du milieu ordinaire, des personnes accompagnées et de leurs aidants. Des initiatives voient le jour pour répondre au besoin de formation. Nous pouvons par exemple citer Vision Inclusive / Réseau Français sur le Processus de Production du Handicap qui propose des formations et un accompagnement à destination des structures professionnelles à l'utilisation du modèle de Processus de Production du Handicap (*Vision Inclusive*, s. d.).
- Les démarches qualité peuvent contribuer à ce que les principes portés la CRDPH investissent le quotidien. Les démarches qualités se sont répandues dans le secteur social depuis une dizaine d'années avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui institue l'évaluation interne et externe des établissements et services (LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002). Les démarches qualité s'attachent à rendre compte de l'activité en examinant le fonctionnement organisationnel et en le jugeant à l'aune de standards fonctionnels. Elles éclairent les liens entre les normes généralistes et leur traduction concrète opérationnelle, elles identifient les écarts entre ce qui était énoncé en termes de procédures et ce qui a été délivré en termes de prestation et de service.
 - Dans le cadre de la transformation de l'offre, cette logique est suivie par Handéo (Handéo, s. d.). Fondés sur des référentiels qualité rédigés par les personnes handicapées, et par des professionnels, les labels et certification Cap'Handéo répertorient un ensemble d'exigences incontournables. De cette façon, ils promeuvent la diffusion de bonnes pratiques et d'un accompagnement sur mesure, précis et adapté.
 - Un guide récent propose un soutien aux établissements vers la transition inclusive (Boisvert, 2020). Il repose sur des normes de qualité qui guident la démarche de transition inclusive des établissements et donnent une orientation plus précise à divers processus de la transformation de l'offre de services.

Le risque d'une démarche qualité peut être de produire de l'isomorphisme et d'être trop générique si elle n'intègre pas suffisamment la personne handicapée et la complexité de sa situation sociale et de sa demande. Il n'y aura alors pas

d'adéquation des réponses apportées à la diversité des situations des personnes handicapées.

Chapitre D. L'innovation dans l'accompagnement des personnes handicapée est riche mais restreinte localement

Le chapitre précédent a traité du potentiel de transformation porté par les innovations. Qu'en est-il dans l'accompagnement des personnes handicapées ? L'innovation existe-elle ?

■ *L'innovation est issue du terrain*

Dans le champ du handicap, les innovations naissent, pour une large part, sous l'impulsion des acteurs qui les portent localement, ou dans le cadre de réseaux nationaux (Rapegno & Bertillot, 2017) (UNIOPSS, 2021). Les initiatives innovantes sont en général motivées par des expériences personnelles (Gardien, 2012). A l'origine, ce sont souvent les parents de personnes handicapées qui sont confrontés à un besoin non couvert et qui s'investissent en coopération avec les acteurs locaux pour y répondre. Ils ont souvent un capital culturel, social et économique important qu'ils mobilisent pour que leur projet voie le jour. La plupart des études monographiques rapportant l'histoire de structures innovantes souligne le rôle déterminant et l'engagement d'une personnalité en particulier (Loubat et al., 2016).

Le Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées reconnaît l'existence de l'innovation de terrain : « Tant dans le secteur médico-social que d'autres secteurs phares, des porteurs de projets innovent aujourd'hui pour renforcer la pleine participation des personnes à la vie en société tout au long de leurs parcours » (Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées, 2020). Il est question de « mouvement engagé sur le terrain ».

Dans le champ du handicap, l'innovation existe, elle est riche et émerge en général du terrain, localement.

■ *Elle est limitée à un territoire, à petite échelle*

Par essence ces innovations sont des constructions issues du terrain, qui ont émergé localement. De par cette situation particulière, les innovations dans le champ du handicap portent des caractéristiques fortes :

- Elles répondent très précisément à un besoin du terrain. Elles correspondent à la résolution d'une situation individuelle particulière rencontrée pour laquelle il n'y avait pas de solution. Cela augmente le fait de répondre aux besoins réels puisqu'elles ont été conçues en fonction de ces besoins identifiés.

- Elles prennent très bien en compte la réalité du terrain et les spécificités du contexte. Elles sont basées sur des connaissances approfondies des populations et des territoires. Elles sont locales et produites de façon située.
- Elles sont fragiles. L'investissement fort d'un individu dans le montage et le portage de l'innovation pose la question de sa pérennité. Elles sont souvent issues de bricolages et correspondent à des modèles économiques non stabilisés, qui offrent peu de visibilité (Loubat et al., 2016) (Rapegno & Bertillot, 2017).
- Elles n'ont en général pas de socle méthodologique solide et leur degré de formalisation est très faible. Elles n'ont pas été conçues sur la base de données probantes, en collaboration avec la recherche. Elles sont en général passées de l'idée à l'action avec très peu de moyens, notamment grâce à une mobilisation hors normes d'énergies humaines, souvent bénévoles.
- **Elles sont locales, à petite échelle, sans visée initiale de généralisation ou de transfert.** Elles ont été conçues pour répondre à une situation donnée pour quelques personnes handicapées, en général sur le même territoire restreint.

■ *Un soutien par les politiques publiques encore insuffisamment tourné vers le transfert*

Les autorités en charge de l'organisation de l'offre envisagent aujourd'hui les innovations comme un potentiel levier de transformation de l'offre. Quel support et quel soutien concret proposent les pouvoirs publics ? Quelle place est donnée à l'innovation ?

Les innovations et les politiques publiques sont articulées : les initiatives locales sont structurées par les politiques publiques en s'inscrivant par exemple dans des réponses à appels à projet, et inversement, le cadre institutionnel et les politiques publiques se nourrissent des innovations qui ouvrent le champ des possibles (Grenier & Guittou-Philippe, 2010), (Bloch & Hénaut, 2014).

Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut évoquent la dynamique des expérimentations et présentent un modèle qui résulte des tensions entre les pouvoirs publics qui tentent de réguler le développement des structures, et les acteurs de terrain qui innovent et cherchent à rendre pérennes leurs efforts (Bloch & Hénaut, 2014). Il s'agit d'un processus continu d'interactions et de prescriptions réciproques.

Le programme de recherche sur la transformation de l'offre, un partenariat entre l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et la CNSA, a investi le rôle des innovations terrain dans la transformation de l'offre, dans le cadre de l'habitat inclusif (Rapegno & Bertillot, 2017). Il montre que le positionnement des pouvoirs publics demeure hétérogène. Il peut s'agir d'un soutien symbolique pour légitimer une innovation, il peut s'agir d'appels à projets pour répondre à un besoin non couvert, cela peut être à l'occasion du dialogue de gestion lié aux contrats pluriannuels...

Les expérimentations innovantes en santé (article 51 de la loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2018) visent à favoriser l'innovation organisationnelle et financière en santé mais aussi dans le médico-social. C'est l'opportunité de tester de nouvelles approches sur le terrain afin à terme de préparer des réformes généralisées (*Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé*, 2021).

Il est à noter que la CNSA soutient depuis quelques années les innovations dans le secteur médico-social à travers un appel à projets (CNSA, 2017).

L'innovation terrain alimente le champ du handicap mais l'articulation avec les politiques publiques n'est pas encore pleinement effective et massive. Le potentiel des innovations n'est pas encore pris en compte pour développer une réelle capacité de transformation. Lorsqu'un soutien existe, il vise à promouvoir l'innovation en favorisant l'émergence de nouvelles innovations ou la consolidation d'innovations existantes. Il ne vise pas en général à soutenir spécifiquement de déploiement sur tout le territoire.

Chapitre E Le transfert : accélérateur de la transformation de l'offre

Le chapitre précédent a montré que l'innovation a le plus souvent émergé localement. Elle porte un fort potentiel de transformation mais à petite échelle. Elle est issue d'une réponse aux besoins de quelques personnes, en situation de handicap, dans un territoire donné. Elle n'est pas conçue dès le départ pour être transférée à d'autres contextes et bénéficier à d'autres personnes. Son impact concerne un petit nombre de personnes et un territoire restreint.

Une clé pour augmenter l'impact de l'innovation et participer à la transformation effective de l'offre est le transfert. Il permettra de transférer l'innovation sur d'autres territoires, auprès d'un plus grand nombre de personnes. Le transfert peut être l'accélérateur de la transformation de l'offre. C'est un processus crucial dans la transformation sociétale attendue.

De nombreux termes sont utilisés dans différentes disciplines pour décrire cette notion, avec toutefois des nuances : essayer, dupliquer, démultiplier, changer d'échelle, diffuser. Nous avons choisi d'utiliser le terme de transfert dans ce document et nous verrons plus loin que nous le définissons comme « **l'ensemble des processus qui vont permettre de disposer, à partir d'une innovation sur un territoire donné, en réponse à un besoin, d'une nouvelle innovation sur un nouveau territoire en réponse au même besoin ou à un besoin proche** ».

Une alternative serait de faire émerger une nouvelle offre innovante dans chaque territoire. Le transfert est une approche plus pragmatique et présente de nombreux avantages, et en particulier un gain de temps et d'argent considérable. C'est un processus moins risqué, plus rassurant. De plus, il permet un processus continu d'amélioration en apprenant des écueils.

Le transfert répond au besoin de « justesse » et d'adaptabilité des réponses nécessaires pour être en cohérence avec les principes de la CRPDH (individualisation, sur mesure, à la carte ...) – et nécessaire en périodes de fortes contraintes budgétaires (voir Partie I. Chapitre A). Il va donc nécessiter des adaptations aux nouveaux contextes territoriaux et rendre les acteurs de ces territoires de réelles parties prenantes et innovateurs pour opérer les adaptations nécessaires. Ce travail facilitera les questions d'acceptabilité des innovations par les acteurs locaux.

L'enjeu dans le cadre de la transformation de l'offre est maintenant de poursuivre, compléter et accélérer cette culture de l'innovation en mettant en œuvre un deuxième mouvement qui consiste à consolider, diffuser et implémenter ce qui a déjà fait ses preuves afin d'aboutir au transfert.

Transférer est également clé pour répondre à l'enjeu de l'équité de traitement quel que soit le territoire de vie. La capacité à transférer une innovation qui répond à un besoin dans un territoire qui n'est pas pourvu de solution permettra de garantir l'égalité de chances pour tous et partout.

Il faut toutefois noter que le transfert s'intéressera aux innovations qui, sans avoir déjà développé une stratégie de transfert, se seront stabilisées et consolidées au cours du temps.

Les auteurs font référence le plus souvent à des innovations qui ont émergé suite à des initiatives locales. Le rapport s'intéresse particulièrement à ces innovations. Toutefois il est à noter que les initiatives qui ont été décidées à un niveau plus élevé, notamment au niveau des politiques publiques, et qui sont déployées sur le territoire vont avoir à être implémentées localement. On retrouvera donc certains points communs autour de questions telles que l'appropriation ou la contextualisation.

Partie II. Transfert des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées : enjeux

Chapitre A. Les 3 questions clés dans le transfert

Le transfert doit prendre comme point de départ la manifestation d'un besoin. Encore une fois, la transformation de l'offre engendre un foisonnement de besoins émergents dans l'accompagnement des personnes handicapées, répondant aux principes de la CRDPH (participation sociale, autonomie ...).

Evoquons une situation type. Un acteur a identifié un besoin émergent ou évolutif sur son territoire et souhaite y répondre. Il peut s'agir d'un acteur de terrain (personne handicapée et/ou entourage, professionnel, établissement ...), d'un décideur (une Agence Régionale de la Santé, un Conseil Départemental ...). Il fait le constat qu'il n'y a pas d'offre « standard », répertoriée, sur son territoire.

Cet acteur va se poser 3 catégories de questions :

- Existe-t-il des innovations disponibles sur d'autres territoires, qui répondent au besoin identifié ?
- Parmi ces innovations, lesquelles fonctionnent³, laquelle choisir ?
- Comment, concrètement, procéder au transfert ?

Les 3 chapitres suivants explorent ces 3 questions et dressent l'état de la situation.

Chapitre B. Une diffusion et un partage des innovations accrus mais encore insuffisants

La première question « Existe-t-il des innovations qui répondent au besoin identifié ? » renvoie à la problématique de la mise en visibilité des innovations existantes.

Les acteurs du médico-social sont conscients de la richesse de la capacité d'innovation terrain du secteur. Le soutien à l'innovation se structure progressivement. Certains acteurs ont pris l'initiative de recenser et cartographier les actions innovantes (NEXEM (Nexem, 2019), Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP, s. d.), APF France Handicap (APF, s. d.), l'Observatoire Nationale de l'Action Sociale (ODAS, s. d.)...). On peut en général trouver un catalogue avec une description succincte de l'innovation. Dans le cadre de la démarche une « Réponse accompagnée pour Tous », des actions ont été labellisées (Les initiatives labellisées « Tous concernés, tous mobilisés » - Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées, s. d.). La volonté est de mettre en avant les actions prometteuses afin que d'autres structures puissent s'en inspirer, voire les reproduire.

³ En anglais, l'expression "what works ?" est utilisée et a donné le nom à des structures dédiées en Angleterre, les « what works centers ».

D'autres structures, au niveau régional, ou national, font cet effort sur des thématiques larges de santé. OSCARS propose un suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARs : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé, s. d.). L'Observatoire Régional de l'Innovation en Santé, ORIS, rend visibles les actions innovantes en santé en Nouvelle Aquitaine (Observatoire de l'Innovation en Santé [ORIS], s. d.). France Santé Publique a créé un répertoire des interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé, s. d.).

Cette mise en visibilité à travers des plateformes est une pratique également très répandue dans le domaine de l'innovation sociale dans le champ de l'Economie Sociale et Solidaire et dans le social. Le Carrefour des innovations sociales est une plateforme numérique coopérative et un moteur de recherche dédiés à l'innovation sociale (*Carrefour des Innovations Sociales*, s. d.). La Banque d'expériences de l'action sociale locale a été conçue par l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale pour permettre le partage d'expériences et vise à faire connaître les savoir-faire et la diversité des actions des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS, s. d.). Résolis est un observatoire d'actions de terrain, avec notamment un pôle Solidarité et Précarités et depuis 2020 le développement du pôle Santé et Société (*Resolis*, s. d.).

Ces observatoires diffèrent de par leur thématique, leur contenu, leur ouverture (aux adhérents, en ligne ...). Leur objectif est de recenser et rendre visible la diversité des initiatives, d'en faire la promotion pour faciliter le partage autour d'expériences réussies. Certains proposent des services plus poussés en termes de mise en relation. Par exemple, la Fédération nationale pour l'inclusion des personnes en situation de handicap sensoriel et DYS en France a développé une plateforme collaborative pour favoriser les échanges interdisciplinaires des professionnels (retours d'expérience, webinaires ...). Le Lab AU projette de développer un extranet pour échanger des ressources, partager des retours d'expériences, développer des projets collectifs et influencer sur l'évolution des politiques publiques. Toute une panoplie d'outils existe : un accompagnement par des pairs, des rencontres thématiques, des groupes de travail, des séminaires ...

L'innovation est foisonnante et riche de promesses mais elle est encore dispersée ; elle n'a pas une visibilité suffisante et perd en impact. De nombreux efforts sont menés pour accroître la mise en circulation de l'innovation, notamment via des plateformes de partage. **La puissance de ces dispositifs est de repérer les innovations, de les décrire sommairement et de donner les coordonnées des personnes contact.** Les pouvoirs publics appellent de leur vœux la communication et le partage des méthodes, des pratiques, des expertises (Chapitre prospectif de la Cnsa « pour une société ouverte à tous », 2018).

Nous verrons plus loin dans le document que nous distinguons 2 phases dans le transfert : la capitalisation et l'implémentation. La capitalisation est le passage de l'expérience à la connaissance. L'existence de ces plateformes est un début de formalisation des innovations. Toutefois le constat partagé est que ce travail n'est pas assez approfondi dans le cadre de la capitalisation qui vise à aller jusqu'au transfert effectif de l'innovation.

Chapitre C. L'épineuse question de l'évaluation

Une fois une innovation identifiée, la question est de savoir si l'innovation est opérante.

Les acteurs qui recensent les innovations sur les plateformes tentent d'apporter des éléments de réponse à cette question. Résolis associe des chercheurs et des étudiants à l'analyse des actions locales qu'ils recensent dans l'observatoire. Le Lab AU réalise une expertise des actions. Certaines structures attribuent des capacités aux innovations : « prometteur, inspirant, exemplaire » en utilisant différents critères et indicateurs. Par exemple l'Observatoire Régional de l'Innovation en Santé réalise une sélection sur la base de critères définis puis classe les innovations au sein de 4 catégories : action de pointe, prometteuse, émergente, singulière. Le Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur valide le caractère prometteur des actions avec 5 critères et 32 indicateurs.

Certaines initiatives ont la volonté d'aller plus loin et de s'appuyer sur des données probantes et de s'assurer de l'évaluation rigoureuse et de l'efficacité des innovations recensées. Dans cette idée, Côte à Côte Inclusion a pour objectif la diffusion des données et pratiques probantes en appui à l'autodétermination et à la société inclusive (Cote A Cote, s. d.). Actuellement, le site recense des outils validés (échelles de mesure, questionnaires, évaluations de capacités et habiletés ...). Dans le champ de la promotion en santé et la prévention, la volonté du répertoire mis en place par France Santé Publique est de recenser les actions probantes.

C'est pour répondre à cette problématique « ce qui marche », que les what works centers ont été créés au Royaume Uni, sur le modèle du National Institute for Clinical Excellence, dans d'autres thématiques (*What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?*, 2017). L'objectif est d'appliquer les connaissances relatives à l'approche fondée sur des données probantes dans le développement des programmes afin d'assurer l'utilisation des meilleures pratiques. Toutefois ces initiatives se heurtent à des difficultés méthodologiques notamment liées au manque d'évaluations existantes et à la complexité de déterminer l'efficacité d'une intervention. Le bilan est globalement mitigé. Plusieurs centres ont dû nuancer leur approche.

Disposer de méthodes rigoureuses permettant de concentrer les ressources sur des projets dont les effets auraient été démontrés est le challenge d'aujourd'hui. La CNSA pointe cette nécessité « Proposition n° 16 : mettre en place des modes et modalités d'évaluation des expérimentations et des réponses par la preuve intégrant leur évaluation par les personnes concernées » (*Chapitre prospectif de la Cnsa « pour une société ouverte à tous »*, 2018).

Chapitre D. Transfert : le maillon manquant

Comme montré ci-dessus (Partie I. Chapitre D.), les innovations émergent du terrain, elles restent locales et elles n'intègrent pas à l'origine la dimension de transfert, en termes stratégiques, financiers, méthodologiques.

Le constat partagé est que rendre visible les innovations et les catégoriser ne suffit pas à rendre opérationnel le transfert et à implémenter les innovations dans d'autres contextes et à transformer les pratiques durablement et largement sur un territoire. Les plateformes valorisant ces initiatives locales mettent en lumière, en creux, la nécessité d'outiller des acteurs capables d'assurer le transfert d'un territoire à un autre. Les plateformes contribuent à la communication et au partage des innovations, sans développer une véritable ingénierie du transfert. Or on découvre que le transfert ne va pas de soi. Il pose des questions méthodologiques, d'organisation, de culture, de financement... distincts des outils et dispositifs existants.

Cette problématique est identifiée par les pouvoirs publics : « être en mesure de capitaliser, d'évaluer et de diffuser les bonnes pratiques, les initiatives locales et de permettre leur pérennisation »(*Chapitre prospectif de la Cnsa « pour une société ouverte à tous », 2018*).

Le risque est de créer un « marché » de l'innovation avec un vivier de projets, sans engager une réflexion approfondie sur le long de terme de la gestion et du développement de cette offre. Il faut maintenant accompagner ces innovations, via le transfert, pour qu'elles puissent se développer, maximiser leur impact, prendre de l'ampleur, développer leur envergure.

La crise du Covid a fait émerger en grand cette thématique. En effet, la crise a été source d'opportunités pour produire de nouveaux agencements, elle a favorisé l'innovation. Ainsi, dans l'accompagnement des personnes handicapées, la crise a permis dans les structures médico-sociales le développement d'une multitude d'initiatives en un temps très court. En général, il s'agit de « bricolages », peu consolidés. Mais il est alors apparu qu'il convenait de tirer des enseignements de ces essais pour ne pas perdre ce potentiel. Des financements ont été débloqués dans ce sens et sont en cours. Par exemple, la CNSA a ouvert en 2020 un appel à projets intitulé « Tirer les enseignements de la crise du COvid-19 pour améliorer l'accompagnement des personnes ».

Il apparaît de plus en plus évident que le déficit de stratégie sur le changement d'échelle des innovations locales limite leur potentiel. Disposer d'un soutien au transfert, de repères méthodologiques, d'outils apparaît aujourd'hui indispensable.

Nous n'avons identifié que peu d'exemples de transfert dans le champ du handicap. Deux dispositifs innovants ont particulièrement attiré notre attention en raison de la dynamique structurée de transfert dans laquelle ils sont entrés et en raison de l'accompagnement qu'ils proposent qui s'inscrit pleinement dans les principes portés par la CRDPH.

Le dispositif APV « Assistance au projet de vie » porté par Nexem a été testé au sein de 8 territoires. Ce dispositif consiste à apporter l'appui d'un professionnel « Assistant au projet et au parcours de vie » aux personnes handicapées. Il accompagne l'expression du projet de la personne et soutient la mise en œuvre des accompagnements que chaque personne/famille choisit. Ce dispositif est soutenu par les pouvoirs publics : la modélisation et le déploiement du dispositif est inscrit à la feuille de route de la secrétaire d'Etat, après du Premier Ministre, chargées des Personnes handicapées (Nexem, s. d.). Trisomie 21 Nouvelle Aquitaine assure un appui aux structures désirant déployer ce dispositif dans le cadre d'un appel d'offres de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

La PéVA® (Pédagogie de la Vie Autonome®), portée par LADAPT est une formation pédagogique destinée aux personnes avec un lourd handicap moteur pour l'acquisition d'une vie autonome « chez

soi ». La modélisation a été réalisée et le déploiement est en cours au sein d'établissements de LADAPT ainsi qu'au sein d'autres structures via un appel d'offres de l'ARS Centre Val de Loire (LADAPT, s. d.).

Dans ces 2 exemples, l'enjeu est aujourd'hui de déployer les dispositifs plus largement et massivement sur le territoire.

Cas particulier des expérimentations :

Depuis quelques années, conscients que l'innovation est une réponse aux transformations sociétales, les pouvoirs publics conduisent des expérimentations dans différents domaines. Dans ces cas, la généralisation à d'autres sites fait partie de la stratégie initiale. Toutefois, même dans ces cas, les interventions font rarement l'objet d'un changement d'échelle structuré. À titre d'exemple, seules quelques-unes des dizaines d'expérimentations sociales financées par le Fonds d'Expérimentation Jeunesse créé en 2009 ont fait l'objet d'un transfert (Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports, s. d.). Un rapport indique « la sphère publique n'est pas organisée aujourd'hui de manière à faciliter le changement d'échelle de ces initiatives » (*Ensemble, accélérons ! Accompagner les acteurs de l'innovation dans leur changement d'échelle*, 2015).

L'expérimentation appelée PAERPA pour « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » vise à renforcer l'organisation des soins par la structuration d'équipes de proximité. Elle a été déployée dans plusieurs territoires. Toutefois des limites sont relevées quant à la généralisation du dispositif (Bloch & Hénaut, 2014). Un travail ultérieur a permis de faire une typologie des différentes formes prises par les PAERPA en fonction des territoires d'implémentation (Gand et al., 2017).

Même dans les cas où le déploiement d'un dispositif est anticipé (notamment dans le cas des expérimentations portées au niveau national), les besoins relevés ci-dessus, à savoir disposer d'un soutien au transfert, d'une démarche et d'outils restent nécessaires.

Chapitre E. S'appuyer sur d'autres secteurs pour investiguer l'évaluation et le transfert

■ Deux secteurs de proximité : Santé Publique et Economie Sociale et Solidaire

Les 2 chapitres précédents montrent qu'il existe peu d'initiatives et de recherches sur les questions de l'évaluation et du transfert dans le secteur du handicap. Comme annoncé en préambule, dans la méthodologie en Partie I. Chapitre C, et afin d'avancer sur ces sujets d'intérêt, il a été décidé de réaliser d'un travail de recherche et d'analyse dans 2 secteurs de proximité : dans le secteur de la Santé Publique (et notamment promotion en santé et prévention), et dans le secteur de l'ESS.

Les champs de la Santé Publique et de l'ESS ont été choisis pour 2 raisons. Tout d'abord ce sont des champs très proches du handicap et avec lesquels les frontières sont floues :

- Dans de nombreux cas les questions liées au handicap peuvent être considérées comme des questions liées à la santé. Dans la définition large donnée par l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne

consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (*Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, s. d.). Dans sa nouvelle conception, basée sur une restriction de participation sociale, le handicap entre dans le champ de la santé, tel que définit ci-dessus ⁴.

- De la même façon, l'ESS englobe une partie du secteur du médico-social (le secteur privé non-lucratif dont les associations). En effet, l'ESS regroupe l'ensemble des structures économiques dont le statut, l'organisation, le fonctionnement et l'activité sont basés sur les principes de la solidarité, de l'équité et de l'utilité sociale.

Ensuite, ces secteurs sont fortement étudiés :

- La santé est un domaine ancré dans une tradition de recherche, abondamment financée. L'évaluation est un domaine phare depuis plusieurs dizaines d'années, l'implémentation est largement investie depuis une dizaine d'année en santé.
- L'ESS est un secteur en pleine expansion qui se construit et mobilise beaucoup d'analyses, notamment via des agences comme l'Avise qui contribuent à structurer l'écosystème. Les thématiques de l'évaluation et du changement d'échelle sont prégnantes.

Dans la partie suivante (Partie III), des enseignements sont tirés des secteurs analysés. Ce travail de croisement entre secteurs permet de s'appuyer sur des concepts, démarches, outils qui peuvent enrichir le secteur sur le handicap (Partie V) pour proposer une démarche adaptée.

■ Deux objets d'étude : Intervention complexe et innovation sociale

A quels objets s'apparentent les innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées dans ces 2 secteurs ?

a) *Intervention complexe en Santé Publique*

Les innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées entrent dans le champ des interventions. Une intervention en santé est définie par l'OMS comme « an act performed for, with or on behalf of a person or population whose purpose is to assess, improve, maintain, promote or modify health, functioning or health conditions ». La Classification Internationale des Interventions en Santé en cours de construction par l'OMS utilise les facteurs développés dans la CIF et intègre explicitement les interventions pour aider les personnes handicapées dans leurs activités et leur

⁴ Comme précisé dans la méthodologie, notre approche du handicap s'inscrit dans le modèle social du handicap, porté par la CRDPH. La présente étude qui vise à s'appuyer sur des travaux d'ordre méthodologiques dans le champ de la Santé Publique ne modifie en rien cette approche et ne nous place pas pour autant dans le modèle médical du handicap.

participation ainsi que les interventions pour améliorer les barrières environnementales pour les personnes handicapées (Fortune et al., 2018).

De plus, une innovation dans l'accompagnement de personnes handicapées est une intervention complexe au sens du Medical Research Council (Craig et al., 2013): « La complexité d'une intervention réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels cibles par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention ».

Pouvoir se référer à ces interventions complexes représente un intérêt majeur. En effet, ces interventions représentent un champ très large de la santé (santé publique, promotion en santé, prévention ...) et elles sont étudiées de façon extensive, notamment au regard de problématiques d'évaluation et d'implémentation dans d'autres contextes. Il va donc être possible de s'appuyer sur des résultats de recherche portant sur ces interventions et mobiliser les concepts développés dans ces disciplines pour réfléchir au cas des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées – tout en tenant compte des spécificités de ce secteur.

b) Innovation sociale dans l'Economie Sociale et Solidaire

Dans le champ de l'ESS, on parle « 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).

Le Conseil Supérieur de l'Economie Sociale et Solidaire donne la définition suivante « L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou service, que le mode d'organisation, de distribution, dans des domaines comme le vieillissement, la petite enfance, le logement, la santé, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion, les discriminations...» (*Rapport de synthèse du Groupe de travail Innovation Sociale, 2011*).

Ces définitions font appel à 3 éléments : un besoin, une réponse, des utilisateurs de la réponse. Les innovations dans le champ du handicap sont des réponses, qui émergent sur le terrain, suite à un besoin, pour accompagner des personnes handicapées. Les innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées s'inscrivent bien dans le cadre des innovations sociales de l'ESS.

En conclusion de cette partie, les innovations terrain constituent dans le champ du handicap un patrimoine très riche qui est aujourd'hui cartographié via des plateformes. Ces plateformes présentent donc un grand intérêt pour repérer les innovations et disposer de premiers éléments. Par contre, le constat est que cette mise en visibilité ne suffit pas pour déterminer les innovations qui fonctionnent et les transférer effectivement dans de nouveaux territoires. Il est nécessaire de développer une démarche et des outils pour accompagner l'évaluation et le transfert.

Les innovations dans le champ du handicap peuvent s'apparenter à des interventions complexes dans le champ de la Santé Publique et aux innovations sociales dans l'ESS. Il va donc être possible de s'appuyer sur des résultats de recherche ou des initiatives portant sur ces deux objets et mobiliser les concepts développés dans ces disciplines pour réfléchir au cas des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées – tout en tenant compte des spécificités de ce secteur.

Partie III. Evaluation et transfert en Santé Publique et Economie Sociale et Solidaire : enseignements

Chapitre A. Evaluation

■ Santé Publique

Implémenter une intervention va être un processus long, coûteux, qui va impliquer de multiples acteurs, nécessiter des ré-organisations. Il va falloir s'assurer dans un premier temps, avant même de s'intéresser à son évaluation, que le dispositif a été correctement mis en place et que les processus ont bien été déployés sur le terrain.

Ce point étant vérifié, les financeurs, les décideurs publics, les professionnels vont se poser une question tout à fait légitime : Est-ce que l'intervention considérée est opérante ? Ou parmi un ensemble d'interventions, lesquelles montrent le plus d'effet ? Laquelle choisir ? Dans un contexte de contraintes budgétaires et de rationalisation, les décideurs et financeurs ont besoin d'être accompagnés dans leur prise de décision par des éléments tangibles afin de privilégier le développement d'interventions ayant déjà démontré une efficacité. C'est ce qu'on appelle la « politique fondée sur des preuves » ou l'approche fondée sur des preuves.

a) *Efficacité et évaluation des médicaments*

L'approche fondée sur la preuve prônée maintenant dans de nombreux secteurs a été formalisée initialement pour la médecine.

Dans l'évaluation des médicaments, l'efficacité d'un médicament est mesurée dans le cadre d'essais cliniques randomisés contrôlés. Cette méthodologie est considérée comme le gold standard pour déterminer le lien causal entre un médicament et son effet sur les patients (Campbell & Stanley, 1963). La force de cette méthodologie réside dans sa capacité à contrôler les différents paramètres, à neutraliser l'influence de facteurs contextuels et à isoler un critère de jugement. Ces essais sont menés dans un cadre expérimental très strict, « idéalisé », même s'ils cherchent à tenir compte en partie du contexte en étant multicentriques et en portant en général sur plusieurs pays.

Ces essais, justifiés dans des contextes « simples » comme l'évaluation des médicaments, centrés sur la mesure d'un impact bien délimité, permettent de répondre à la question de l'efficacité dans une situation « idéale ».

b) L'évaluation des interventions complexes est ... complexe !

(1) Limites de l'approche médicamenteuse

Dans le champ médical, les essais contrôlés randomisés ont représenté la méthode de référence en évaluation. Le champ des interventions complexes est intimement lié à celui du champ médical et la suprématie des essais cliniques s'est imposée. Depuis, de nombreux travaux montrent des limites à ces études dans le cadre de l'évaluation des interventions complexes et proposent des modèles d'évaluation plus diversifiés (par exemple (Hawe et al., 2004)(Tarquinio et al., 2015)(Rychetnik et al., 2002)(Victoria et al., 2004)).

(2) La complexité des interventions

Les interventions en santé sont en général intersectorielles et débordent le simple champ de la santé. Ce sont des interventions transversales, rattachées à la question sociale. Dès lors, l'impact est beaucoup plus large que dans le cas de l'évaluation d'un médicament. Les interventions mobilisent des processus et des constituants multiples et complexes (Craig et al., 2008)(Moore et al., 2015). Il va être difficile de déterminer quels composants peuvent effectivement être évalués et quel composant produit l'effet observé. Également, les composants peuvent s'inter-influencer, influencer le résultat et évoluer pendant la durée de l'intervention.

(3) L'importance du contexte et des conditions en vie réelle

Il a été démontré que les effets d'une intervention sont non seulement produits par l'intervention elle-même mais sont aussi directement liés au contexte. Donc ce qui faisait la force d'un essai clinique, à savoir la capacité à standardiser et à neutraliser le contexte devient à l'inverse limitant dans le cas des interventions complexes (Tarquinio et al., 2015). Créer des conditions « idéales » dans le cadre d'une expérimentation, distincte du cours de la pratique habituelle (ce qui revient à minimiser les facteurs contextuels, qui peuvent être essentiels au succès d'une intervention) ne semble pas pertinent dans ce cadre. De plus, créer ces conditions idéales n'est pas faisable dans la majeure partie des interventions complexes.

Une deuxième conséquence de la neutralisation du contexte dans les essais cliniques via des conditions expérimentales est qu'ils ne permettent pas de produire des données sur la transférabilité d'une intervention (Rychetnik et al., 2002)(Tarquinio et al., 2015). La démonstration d'une efficacité « absolue » n'a donc plus de sens si elle fait l'impasse des facteurs qui, dans la réalité, la modifient.

Des travaux vont même plus loin et montrent que l'essai clinique empêcherait une bonne utilisation de la recherche à la pratique (Chen, 2010). Deux explications sont dégagées. Tout d'abord, les auteurs observent que dans la pratique, le transfert est en général directement réalisé, après l'étude d'efficacité, sans étude complémentaire, notamment s'intéressant au contexte. Ensuite les interventions élaborées d'un point de vue expérimental sont rarement établies, adoptées et maintenues dans des conditions réelles, en routine.

Il est intéressant de noter les évolutions dans le cas de l'évaluation des médicaments. En France, les autorités de santé demandent depuis 2003 aux industriels de santé de mener des études « en situation réelle » sur certains médicaments innovants mis sur le marché afin « d'observer dans quelle mesure les conditions des essais sont vérifiées dans la vraie vie. » (Plan d'action pour l'évaluation des médicaments innovants, 2020). La question de la « vraie vie » et donc du contexte se pose, même dans le cadre du médicament. En effet plusieurs facteurs sont modifiés lors du passage de l'essai clinique à

la vraie vie, par exemple : la population est plus hétérogène en âge, en état de santé, en présence de co-morbidités, l'observance du médicament est moins bonne, la prescription ne respectera pas toujours parfaitement l'indication...

(4) Diversité des questions évaluatives et plus tournées vers l'utilisation des résultats

Dans le cadre de l'évaluation des médicaments, les préoccupations se concentrent autour de la tolérance et de l'efficacité. Dans le cadre des interventions complexes, l'approche est différente car la volonté est certes de savoir ce qui fonctionne mais dans l'objectif de transférer l'intervention dans d'autres contextes. La question initiale « est-ce que ça fonctionne ? » (après s'être assuré que l'intervention a bien été mise en place) est associée à une série d'autres questions aussi importantes « Comment les effets sont produits ? » « Comment transférer l'intervention ? » « Quels effets sur le contexte » ? Or établir l'effet d'une intervention ne renseigne pas nécessairement sur ces autres interrogations et notamment les mécanismes par lesquels ce dispositif agit, ni sur les facteurs favorisant ou non le transfert. Pourtant ces questions sont cruciales pour traduire les résultats d'une évaluation en mesures opérationnelles.

(5) Propositions méthodologiques

Forts de ces constats, de nombreux travaux portent sur les méthodologies à appliquer à l'évaluation des interventions complexes. Différentes stratégies sont adoptées. Une piste peut être d'adapter la méthodologie de l'essai clinique aux interventions complexes. Mais des biais subsistent, et remettent en cause les résultats mais aussi la nature même de la preuve trouvée (Tarquinio et al., 2015).

Le Medical Research Council préconise un modèle d'évaluation moins linéaire et plus flexible (Craig & Petticrew, 2013), enrichi par d'autres types d'évaluation, complémentaires. Historiquement, une place prépondérante a été donnée aux méthodes qualitatives et aux analyses statistiques (Ridde, 2009). La combinaison de ces méthodes avec des méthodes qualitatives permet entre autres de comprendre les processus en cours et d'accroître le potentiel d'utilisation des résultats.

(6) D'autres méthodes d'évaluation qui tiennent compte du contexte.

L'évaluation réaliste

Conceptualisée par Pawson et Tilley (Pawson & Tilley, 1997), l'évaluation « réaliste » des interventions s'intéresse non seulement aux « leviers » d'une intervention, mais aussi aux conditions favorisantes dans lesquelles l'intervention se déploie : rôle du contexte, des institutions, des circonstances, de la mobilisation des acteurs... La question posée à la recherche n'est donc pas seulement celle de l'association ou de la corrélation entre une intervention et des effets, mais aussi la contribution du « système ouvert » qu'est le social à la production de ces effets.

L'idée importante, c'est que ce ne sont pas les programmes ni les interventions qui produisent les effets escomptés. Ce qui produit des effets, ce sont les mécanismes activés dans certaines circonstances. L'approche réaliste de l'évaluation des interventions de santé publique consiste à étudier ces mécanismes sous-jacents pour pouvoir faire des recommandations à propos des conditions qui contribuent à faire que ce qui fonctionne, fonctionne. Il s'agit de mettre en place un appareillage qui permettra de concevoir des liens entre certaines dimensions du programme, des éléments du contexte et des changements qui s'opèrent à travers le programme. L'évaluation réaliste a l'avantage

de chercher à comprendre le phénomène observé, et de chercher des explications causales en tenant compte des contingences.

L'évaluation « développementale »

Cette évaluation décrite par M. Patton permet d'évaluer une intervention en contexte changeant et avec des retours rapides qui permettent de nourrir l'intervention en temps réel (Patton, 2010). Il y a en effet un enjeu de réinjecter dès que possible les éléments d'appréciation auprès des acteurs de l'intervention pour l'améliorer. L'intervention vit et s'ajuste avec le temps et en fonction du terrain.

En conclusion, les orientations méthodologiques des évaluations des interventions complexes se diversifient. La vision qui a dominé pendant de nombreuses années tend à se relâcher et à intégrer plus de fluidité afin de tenir compte de l'impact multidimensionnel des interventions, ainsi que du nombre et de la complexité des composants qui les constituent et s'entremêlent.

Par ailleurs l'élargissement des questions évaluatives, notamment dans une vision d'utilisation des résultats de la recherche rapproche de plus en plus la question de l'évaluation de la question du transfert. L'évaluation réaliste élargit son champ d'analyse mais reste centrée sur l'efficacité. D'autres disciplines proches, comme la recherche en implémentation, enchevêtrent et mêlent encore plus ces 2 questions. Nous reviendrons sur ce point au Chapitre B.

Enfin, nous notons que la pertinence même d'une évaluation d'efficacité est questionnée dans le cas des interventions complexes. En effet, une étude d'efficacité « classique » répondra à la question de l'effet dans un contexte donné et ne permettra pas de conclure sur l'effet de l'intervention dans un nouveau contexte. D'autres méthodologies sont à envisager dans ce cadre.

■ *Economie Sociale et Solidaire*

Le champ de l'ESS a connu une structuration croissante ces dernières années. On parle dans ce domaine de mesure d'impact social. L'impact social est une notion complexe et polysémique. Elle est définie de la façon suivante par le groupe de travail sur la mesure de l'impact social du Conseil Supérieur de l'Économie Sociale et Solidaire : « L'impact social consiste en l'ensemble des conséquences (évolutions, inflexions, changements, ruptures) des activités d'une organisation tant sur ses parties prenantes externes (bénéficiaires, usagers, clients) directes ou indirectes de son territoire et internes (salariés, bénévoles, volontaires), que sur la société en général. Dans le secteur de l'ESS, il est issu de la capacité de l'organisation (ou d'un groupe d'organisations) à anticiper des besoins pas ou mal satisfaits et à y répondre, via ses missions de prévention, réparation ou compensation. Il se traduit en termes de bien-être individuel, de comportements, de capacités, de pratiques sectorielles, d'innovations sociales ou de décisions publiques ».

Les motivations pour engager une démarche d'évaluation sont souvent liées à une action de pilotage et d'amélioration de projet, en interne, ou à un développement économique, une levée de fond... L'évaluation va dans ce dernier cas soutenir la promotion du projet auprès de potentiels financeurs ou de décideurs.

De nombreux guides visent à éclairer et accompagner les structures dans la mise en oeuvre de démarches évaluatives (Sibieude & Claverie, 2011) (*Petit précis de l'évaluation de l'impact social*, 2013)... Ils présentent plusieurs types de méthodes adaptées, aussi bien quantitatives que qualitatives.

Une composante importante dans le secteur à prendre en compte est la multi-dimensionnalité. Les évaluations d'impact social étudient les effets des actions ou de projets au-delà du seul aspect économique, et de la question de la performance ou de la rentabilité, en prenant en compte les aspects sociaux, sociétaux, environnementaux et politiques. Il va dès lors être nécessaire d'identifier des questions précises et de faire des choix d'indicateurs.

Une étude - menée par l'Avise (L'expérience de l'évaluation d'impact social Pratiques et représentations dans les structures d'utilité sociale., 2017) met en avant la diversité de pratiques plus ou moins abouties de l'évaluation menées par les structures d'utilité sociale. L'étude pointe également sur le fait que les pratiques se limitent souvent à des méthodes quantitatives car l'évaluation d'impact social reste fréquemment associée à l'idée d'une « mesure » quantitative. Perçues comme très efficaces pour communiquer, ces méthodes sont néanmoins parfois vues comme simplistes, voire comme peu adaptées à la complexité des actions. A l'inverse, dans le champ social, des méthodes d'évaluation expérimentales, empruntées à la santé, sont parfois utilisées pour évaluer des programmes sociaux : pour exemple l'évaluation de l'impact du Revenu Solidarité Active en France ou au niveau international (Comité national d'évaluation du rSa, 2011), des programmes d'aide au développement (Banerjee & Duflo, 2009).



Figure 2 : Quatre niveaux de formalisation des pratiques d'évaluation d'impact social observés dans les structures – Extrait et adapté de l'Etude Avise - Agence Phare, 2017

La volonté est de mettre à disposition des entrepreneurs des outils simples d'utilisation visant la mesure d'impact. Nous pouvons citer l'outil VALORESS (Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire, s. d.).

Un panorama récent de l'évaluation de l'impact social en France (*Panorama de l'évaluation d'impact social en France*, 2021) montre que c'est une pratique de mieux en mieux intégrée dans la vie des organisations. Le rapport pointe le pragmatisme des acteurs et soulève un enjeu sur la qualité des évaluations et la nécessité de partager des points de repères sur ce qui fait la scientificité d'un travail. Les évaluations mobilisent des disciplines variées dont l'économie, les sciences sociales, et la gestion

et s'inspirent à la fois de l'évaluation des politiques publiques et des études sur le management de la performance.

En conclusion, dans le domaine de l'ESS, il semble que le contexte soit différent de celui de la santé où le poids de l'évaluation du médicament est prégnant. Dans le secteur de l'ESS, l'évaluation semble tenir compte d'emblée du caractère complexe et multidimensionnel de l'impact. Elle apparaît plus pragmatique et tenir compte des réalités terrain. Un certain nombre de guides et d'outils sont développés pour soutenir les entrepreneurs.

Citons à ce propos deux extraits du rapport du groupe de travail du Conseil Supérieur de l'Économie Sociale et Solidaire (Sibieude & Claverie, 2011), :

- « L'évaluation de l'impact social, quels que soient ses objectifs et la méthode adoptée, est un processus reposant sur une série d'arbitrages, de sa conception à sa mise en œuvre. Comportant des avantages et des limites, ces choix influenceront la nature et la qualité des données obtenues. L'important n'est donc pas dans la quête d'une information « vraie » inaccessible, mais dans la recherche, en toute transparence, de données qui soient plus utiles que nuisibles au débat, à la décision et à l'action. Par exemple, les études quantitatives ne sont pas en soi « meilleures » ou « moins bonnes » que les études qualitatives pour évaluer l'impact social : elles apportent deux types d'information distincts et complémentaires.
- « Si des protocoles exigeants d'évaluation par expérimentation sont parfois pertinents, ils ne doivent pas occulter d'autres modes d'appréciation de ce qui marche. On pense notamment à des approches plus qualitatives auprès des usagers ou bénéficiaires, ou du jugement construit entre pairs, professionnels d'un même secteur, à l'aune d'expériences partagées sur une initiative commune ».

Chapitre B. Transfert

■ Santé Publique

Dans le champ de la Santé Publique, une problématique clé est de comprendre comment favoriser un meilleur passage des connaissances à la pratique. En effet, il existe un fossé significatif entre « ce qui est connu » et « ce qui est fait » (le « know-do gap » en anglais).

Cette problématique connaît une croissance impressionnante et ce développement a donné lieu à un foisonnement de termes et de nouvelles disciplines ainsi qu'à une certaine confusion terminologique. Par exemple, les termes suivants sont utilisés, de façon plus ou moins interchangeable : Transfert de connaissances, utilisation des connaissances, partage des connaissances, mobilisation des connaissances, de la recherche à l'action, dissémination et implémentation ... (Mallidou et al., 2018), (« Developing the terminology for dissemination and implementation research. », 2012).

Nous allons dans un premier temps nous concentrer sur la discipline appelée recherche sur l'implémentation qui a une visée très opérationnelle et tient compte de nombreux critères qui correspondent à notre recherche sur le handicap.

a) *La recherche sur l'implémentation*

La recherche sur l'implémentation (« implementation research » en anglais), aussi appelée recherche sur l'implémentation et la dissémination (« implementation and dissemination research » en anglais) est, en tant que discipline et ainsi nommée, relativement jeune (Eccles & Mittman, 2006). Elle trouve son origine dans de nombreuses autres disciplines et traditions de recherche. Une grande confusion persiste sur son étendue et sa terminologie (Peters et al., 2013). En 2015 une revue de littérature qui portait sur les définitions pour la science de l'implémentation et qui se concentrait uniquement sur la thématique du sida, a identifié 73 définitions pour ce terme (Theobald et al., 2018).

En santé, elle peut se définir comme l'étude des méthodes pour promouvoir l'intégration des résultats de la recherche et des preuves dans la politique et la pratique des soins (traduction NIH : *(Implementation Science News, Resources and Funding for Global Health Researchers, s. d.)*). Une définition désigne « l'action de transformer une intention en un effet » (Peters et al., 2013).

L'ambition est de comprendre pourquoi et comment les interventions marchent en situation réelle et de tester des approches pour les améliorer. De façon intéressante, une étude en éducation à la santé a montré à partir de l'analyse de 500 études que le niveau d'implémentation (avec une stratégie) d'un programme affecte les résultats du programme (Durlak & DuPre, 2008).

Un article développe les caractéristiques de la recherche en implémentation (Theobald et al., 2018) :

- Conditions réelles : la recherche en implémentation travaille dans des conditions réelles plutôt que dans des conditions contrôlées.
- Le contexte joue un rôle central. D'où la nécessité d'explicitier en détail le contexte aux différents niveaux d'analyse et d'action.
- Recherche très opérationnelle : elle concerne toutes les problématiques liées à l'implémentation et implique la mise en œuvre d'un agenda, de priorités, de plans d'action.
- « Justesse » de la méthodologie : La méthodologie doit répondre au but, être adaptée.
- Pragmatique : en réponse à une demande.
- Multipartenaires et multidisciplinaire (notamment les utilisateurs de la recherche sont associés).
- Temps réel : La recherche en implémentation est conçue pour proposer des solutions dans des cycles courts. Ces solutions pourront être utilisées pour des améliorations en temps réel. C'est un processus dynamique, non linéaire, itératif et évolutif. Des retours seront donnés aux parties prenantes. La méthode doit être suffisamment flexible pour prendre en compte les changements ou les adaptations de ce qui est en train d'être implémenté.
- Cette recherche est ciblée sur les process. La finalité : comment implémenter et utiliser des interventions dans des nouveaux contextes.

Ces caractéristiques répondent de façon étonnante aux limites mises en avant dans le chapitre sur l'évaluation des interventions complexes (Partie III Chapitre A). Nous avons vu que l'évaluation est fortement liée en termes de tradition à l'évaluation des médicaments et que cette proximité historique a fortement imprégné l'approche de l'évaluation des interventions complexes. L'observation de cette problématique montre une évolution vers des réponses plus adaptées, plus flexibles, plus diverses,

prenant en compte les problématiques de complexité et de contexte. Certaines méthodologies comme l'évaluation réaliste partent de la question de l'efficacité mais élargissent le champ d'étude et intègrent notamment le contexte et l'étude des mécanismes. La recherche sur l'implémentation n'a pas la même histoire et n'est pas impactée par la question de l'évaluation. Elle répond d'emblée, pleinement, à la question. Les méthodologies développées récemment dans le cadre de l'évaluation et la recherche sur l'implémentation se rencontrent.

(1) *Il existe de nombreux modèles*

Dans cette discipline, de nombreuses recherches s'attachent à développer des bases théoriques et des stratégies pour faciliter l'intégration des connaissances à la pratique, et comprendre comment, pourquoi, par quels mécanismes, une implémentation réussit ou échoue.

Une étude datant de 2011 a identifié 61 modèles qui visent à guider les chercheurs et les praticiens dans le processus d'implémentation (Tabak et al., 2012).

On peut par exemple citer les modèles suivants : PRISM (Feldstein & Glasgow, 2008), RE-AIM (Dzewaltowski et al., 2004), Normalization Process Theory (Murray et al., 2010), TIDieR (Hoffmann et al., 2014).

(2) *Sélection du modèle approprié*

Au vu du nombre de modèles existants et sachant que cette discipline est au croisement de nombreuses autres disciplines, le défi porte sur la capacité à identifier le modèle le plus adéquat à la problématique d'intérêt et d'arriver à le mettre en application. De nombreuses recherches tentent de relever ce challenge. Par exemple, une étude a étudié les modèles les plus cités dans la littérature et a analysé les réseaux de citation autour de ces modèles ce qui permet de « cartographier » l'utilisation de ces modèles (Skolarus et al., 2017). Une autre étude a identifié les modèles via une revue de littérature et les a classés en 3 catégories : les modèles qui décrivent le process d'implémentation, les modèles qui cherchent à comprendre ce qui influence l'implémentation et les modèles qui visent à évaluer l'implémentation (Nilsen, 2015).

Ainsi dans une thématique donnée, la stratégie est d'identifier si un modèle existant semble adéquat. Si aucun modèle ne semble parfaitement adapté, il est possible soit de développer un nouveau modèle, soit d'adapter un modèle existant.

Toutefois trouver un modèle et l'appliquer reste un processus difficile, qui n'est pas toujours adapté aux contextes locaux. Plusieurs études pointent cette difficulté et proposent une approche complémentaire aux modèles.

Par exemple, des chercheurs en prévention de la santé se sont intéressés aux activités nécessaires au transfert et une taxonomie de ces activités a été développée par un travail participatif entre chercheurs, décisionnaires, acteurs de terrain (Affret et al., 2020). 35 activités réparties en 11 catégories ont été identifiées. Cette taxonomie a l'avantage de faciliter l'appropriation de ces activités par les personnes qui vont avoir à mettre en place l'intervention au regard de leurs propres besoins et de leurs contextes d'intervention.

b) Un enjeu : la transférabilité

La transférabilité est une question majeure, intégrée à la problématique de l'implémentation, qui vise à tenir compte du contexte et qui est souvent sous-étudiée.

Comme montré dans la Partie III Chapitre Ales effets d'une intervention résultent à la fois de l'intervention elle-même et du contexte dans lequel l'intervention a été développée. Donc quand une intervention menée dans un contexte donné est transférée dans un autre contexte, la question de la transférabilité se pose. Cette question est particulièrement prégnante dans le cadre des interventions complexes en raison notamment de la multiplicité des facteurs contextuels et de leurs potentielles interactions, modulant l'intervention et le résultat.

Linda Cambon a conduit une étude sur la transférabilité dans le domaine de l'éducation à la santé (Cambon et al., 2012). Cet article montre dans un premier temps que le concept de transférabilité est flou et que de nombreux termes sont utilisés. La définition proposée dans l'article est la suivante : « la mesure dans laquelle l'effet d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte ».

L'étude montre aussi que la transférabilité dépend de très nombreux facteurs (une trentaine ont été relevés dans l'analyse de littérature), rassemblés par les auteurs au travers de différentes catégories : facteurs liés à l'environnement, aux caractéristiques de la population, aux modalités d'intervention, à la spécificité du problème de santé... Enfin les auteurs montrent les limites de l'utilisation des modèles développés en recherche sur l'implémentation en ce qu'ils ne prennent pas suffisamment en compte l'effet du contexte sur le résultat.

De nombreuses études ont analysé les facteurs contextuels (pour exemple (Durlak & DuPre, 2008)). Mais ces études ne structurent pas les résultats en un outil pour guider de façon efficace et pragmatique les acteurs.

Dans un deuxième travail, Linda Cambon propose un outil de transférabilité, dans le domaine de la promotion en santé, directement utilisable par les acteurs, au regard des besoins de ces professionnels et des contextes dans lesquels ils évoluent (Cambon et al., 2013). Cette étape a été réalisée grâce à une méthode de concept mapping qui permettait de faire générer par un groupe d'experts une liste de critères de transférabilité des interventions en promotion de la santé, de les organiser en catégories et de coter leur pertinence. Ces critères ont ensuite été organisés en un outil d'analyse de la transférabilité et testé sur le terrain. Cet outil, nommé ASTAIRE, contient 23 critères organisés en quatre catégories : description de la population bénéficiaire de l'intervention, environnement, conditions de mise en œuvre et soutien au transfert.

La transférabilité permet une approche plus large des liens intervention/contexte/effet et doit permettre de produire des données transférables. De nombreuses questions de recherche persistent quant aux interactions entre le contexte et l'intervention. Comment une intervention peut être adaptée et transférée dans un nouveau contexte ? Et comment faire pour qu'elle fonctionne dans ce nouveau contexte ?

Une étude publiée en 2018 a réalisé une revue systématique sur la description des critères de transférabilité (Schloemer & Schröder-Bäck, 2018). Les auteurs ont fait le constat que plusieurs études

étudient les critères de transférabilité mais dans des situations différentes. Il n’y a pas de vue d’ensemble et en général, seule une description des critères est proposée. Cette étude a permis de développer un modèle théorique pour l’évaluation de la transférabilité à travers l’identification et la systématisation de critères de transférabilité. Ils ont également exploré les conséquences potentielles de ces critères en tant que facilitateurs ou barrières.

La transférabilité permet une approche plus large des liens intervention/contexte/effet et doit permettre de produire des données transférables. De nombreuses questions de recherche persistent quant aux interactions entre le contexte et l’intervention.

Un article analyse et modélise les interactions entre les facteurs contextuels et tente de comprendre comment de telles interactions influencent l’implémentation (Darlington et al., 2018). Les auteurs montrent l’existence de combinaisons récurrentes de facteurs contextuels et proposent l’élaboration de patterns d’implémentation.

Une étude cherche à comprendre comment le contexte et l’intervention interagissent (Minary et al., 2018). L’objectif est d’identifier ce qui doit être répliqué quand une intervention est implémentée dans différents contextes. Les interventions sont représentées par des réseaux. La densité des interconnexions entre les différentes entités permet de distinguer des facteurs endogènes (au cœur de l’intervention), exogènes (qui appartiennent au contexte) et des médiateurs. Ces entités dessinent l’interface entre intervention/ contexte qui change constamment. Cette approche nécessite d’être approfondie. Elle devrait aider à l’identification des facteurs qui doivent être transférés pour que l’intervention fonctionne dans un contexte spécifique. La notion de système interventionnel émerge

La notion de système interventionnel émerge (Cambon et al., 2019). L’intervention est comprise comme une série de configurations d’éléments contextuels, humains et matériels, pré-existants, produisant une cascade de mécanismes, préconditions aux changements, et agissant sur leur propre évolution dans l’espace et le temps. La question devient : étant donné le grand nombre de facteurs qui influent sur un résultat, l’intervention a-t-elle contribué de façon remarquable à un résultat observé et de quelle façon?

Les critères, les méthodes et les outils pour soutenir l’évaluation de la transférabilité méritent une élaboration et une étude plus approfondies. La question de la transférabilité est un challenge en termes méthodologiques et fait encore l’objet de nombreuses recherches.

c) La distinction entre évaluation et implémentation est-elle pertinente ?

Dans la Partie III Chapitre A, nous avons vu qu’en ce qui concerne l’évaluation des interventions, un glissement est en train de s’opérer vers des méthodes de plus en plus diverses, variées, larges, combinées, itératives, pour tenir compte de la complexité des interventions, de leur caractère évolutif, des besoins et des questions soulevées (la question « est-ce que ça fonctionne » devient « comment faire pour que ça fonctionne »). Dans ce chapitre, nous voyons que la recherche sur l’implémentation prend en compte d’emblée ces éléments. Finalement, il est légitime de se poser la question s’il y a encore une barrière entre évaluation et implémentation ? Existe-t-il encore réellement une distinction ? N’est-il pas plus pertinent de dépenser de l’énergie à une implémentation qui va aboutir à un résultat positif car réflexif et « ajustable » qu’à une évaluation « contemplative » qui se

contenterait de dresser un bilan comptable ? Et en même temps il est nécessaire de se poser la question dans le temps si le résultat est bien positif. Ne faut-il pas combiner, dans le temps, les 2 approches ?

Cette question a été soulevée dans le cadre d'un type de recherche en santé publique apparentée à de la recherche en implémentation, appelée recherche interventionnelle en santé des populations. Elle a été définie et promue par un groupe de chercheurs, décideurs et praticiens de la santé publique provenant du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et d'Australie.

Elle se définit comme « l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations » (Hawe et Potvin, 2009). Elle est aussi appelée « sciences des solutions ».

Dans cette définition, la finalité est pragmatique : avoir une incidence sur la santé. Et les moyens d'action sont larges : « produire des connaissances sur les interventions ». La recherche interventionnelle en santé des populations dispose de caractéristiques communes avec la recherche en implémentation :

- Les mécanismes effectifs des interventions sont conçus comme le produit des interactions entre l'action planifiée, les moyens mobilisés et le contexte.
- Les problèmes posés étant complexes, cette recherche s'intéresse à un large éventail de questions et mobilise un véritable éventail complet de dispositifs et méthodes de recherche. En plus de l'efficacité, elle vise à développer un corpus de connaissances sur les conditions d'implémentation, et tout ce qui pourrait permettre d'anticiper son utilisation dans un contexte donné. Il s'agit de déplacer le « point focal » des efforts de recherche du quoi (ce qui cause la maladie) vers le comment (les actions de prévention et de promotion).
- Elle est alimentée par la recherche dans de multiples domaines – évaluation des programmes, santé et psychologie communautaires, science politique, épidémiologie sociale...
- Les méthodes doivent être sélectionnées en fonction des connaissances accumulées.
- Les chercheurs reconnaissent de plus en plus le rôle crucial du contexte pour comprendre l'origine, le fonctionnement, le devenir et les effets des interventions en santé auprès des populations.

L'article aborde ouvertement la question posée en en-tête et indique : « Dans le domaine de la recherche en santé, des distinctions inutiles entre la recherche et l'évaluation ont retardé le développement des connaissances sur l'intervention de santé des populations ». L'article considère « arbitraire et injustifiée » la distinction traditionnelle entre la recherche sur les interventions et la recherche évaluative et montre que la recherche sur les interventions a tout à gagner d'un rapprochement avec la recherche évaluative et d'une intégration des méthodes de recherche appliquée provenant d'une diversité de disciplines.

La question initiale est-ce que l'intervention fonctionne devient : étant donné le nombre de paramètres influençant le résultat, comment l'intervention contribue de façon significative au résultat observé (Cambon & Alla, 2019).

Ainsi la barrière entre évaluation et implémentation tend à s'effacer pour laisser la place à une recherche qui consiste à « produire des connaissances ». C'est également le cas de l'évaluation développementale citée ci-dessus, basée sur l'utilisation directe des résultats par les décideurs.

d) Des besoins émergents : de nouvelles compétences en coordination

Face à ces activités, les chercheurs sont conduits à s'interroger sur l'organisation, le management autour des interventions. C'est un domaine peu étudié mais dont les besoins émergent dans différentes approches.

Une recherche sur les approches parcours, apparentées à des interventions complexes, s'est intéressée aux conditions managériales nécessaires au déploiement de ces interventions (Bloch, 2018). Marie-Aline Bloch met en évidence la nécessité d'un « chef d'orchestre » pour organiser l'évaluation et le déploiement des interventions et le travail collectif des acteurs dans le temps. Outre son rôle de management, ce profil doit savoir donner un cadre à la gestion des tensions pouvant émerger entre les différentes parties prenantes, par des capacités de régulation, de médiation et du pragmatisme.

Corinne Grenier dans son guide sur les interventions visant les inégalités sociales désigne 3 figures, que ce soient des acteurs, structures, associations ... de soutien à la diffusion des interventions : le connaisseur de terrain, le méthodologue qui vise à mettre en place une méthodologie de type projet et l'institutionnel qui consiste en un soutien et un ancrage institutionnel (Grenier, 2017).

Le métier de courtier de connaissance est développé dans le transfert en promotion de la santé (Dobbins et al., 2009). Il vise à créer des liens entre les chercheurs et les décideurs de façon à faciliter l'interaction entre eux, comprendre les objectifs et la culture professionnelle propres à chacun de façon à leur permettre de s'influencer mutuellement dans leur travail, créer de nouveaux partenariats et favoriser l'utilisation des données probantes issues de la recherche.

Dans un domaine un peu plus éloigné, la notion de tiers veilleur est développée dans le cadre de la structuration de la recherche participative (Coquard, 2020). Une palette de missions est proposée et notamment : renforcer la réflexivité, faciliter la collaboration, instaurer de la confiance, créer du lien.

Les nouveaux enjeux entourant les interventions auprès des innovations font émerger des besoins en compétences. Selon les approches, les situations sont différentes mais cela invite à une réflexion sur le soutien humain nécessaire à ces activités.

En conclusion de ce sous-chapitre, dans le champ de la Santé Publique, de très nombreuses recherches s'intéressent à la façon de rendre effective l'implémentation d'une intervention dans un nouveau contexte. L'accent est mis sur le « comment » implémenter. Il est reconnu que le contexte joue un rôle crucial et de nombreux efforts tendent à comprendre comment intégrer les facteurs contextuels dans « l'équation » d'une implémentation réussie. Ces activités créent de nouveaux besoins en termes de coordination.

Dans le champ de l'ESS, on parle en général de changement d'échelle (« scale up » en anglais). Ce secteur est porteur d'un message fort appelant à davantage de changement d'échelle des innovations. La citation de Fazle Hasan Abed, Président-Fondateur du Bangladesh Rural Advancement Committee, reprise dans le guide de l'Essec (André et al., 2014) : « Big is necessary » annonce les couleurs. La question est stratégique et d'importance.

La question du changement d'échelle a été principalement traitée du point de vue des entrepreneurs sociaux. Ceux-ci étant à la fois porteurs d'une innovation, mais aussi garants de la viabilité économique de leur structure, voire de sa croissance, il en résulte des approches logiquement centrées sur le modèle économique. La capacité de la structure à accomplir sa mission sociale dépendra de sa capacité à maintenir l'équilibre économique permettant de mener à bien son projet dans les meilleures conditions. Equation économique et équation sociale sont donc intimement liées. Dans ce champ, on se réfère donc en général au changement d'échelle d'une organisation, qui passe par une évolution du modèle économique.

De nombreux ouvrages proposent des modèles opérationnels, capables d'inspirer et d'aider tous ceux qui souhaitent faire du changement d'échelle. Ces modèles correspondent à des modalités concrètes de changement d'échelle (duplication, essaimage, ...)(Stratégies pour changer d'échelle, 2014)(Ensemble, accélérons ! Accompagner les acteurs de l'innovation dans leur changement d'échelle, 2015)(Making It Big, 2014)(André et al., 2014).

Il existe par ailleurs des programmes de soutien au changement d'échelle. Ces programmes sont principalement destinés aux entrepreneurs, pour le changement d'échelle d'une structure importante, stabilisée, et impliquant un développement économique. Ils consistent en un soutien des dirigeants (formation, tutorat, mise en réseaux), et parfois en financements. Voici ci-dessous quelques exemples :

La France s'engage (*Fondation la France s'engage*, s. d.) : La France s'engage est une initiative présidentielle qui consiste à soutenir des solutions qui ont déjà fait leur preuve pour leur donner de l'envergure.

Programme Scale Up (Antropia ESSEC, s. d.) - Antropia : Antropia est un incubateur d'entreprises sociales. Son programme Scale Up a spécifiquement été mis en place pour accompagner les entrepreneurs sociaux dans leur changement d'échelle. Le programme s'articule autour de deux axes : pendant les 6 premiers mois, Antropia accompagne l'entreprise à préciser et accélérer sa stratégie de développement et les 4 mois suivants consistent à mettre en œuvre la stratégie de levée de fonds qui permettra de financer le changement d'échelle.

Programme IMPACT – Ashoka (Ashoka, s. d.) : Ashoka est une organisation internationale qui a pour vocation de soutenir les solutions entrepreneuriales les plus innovantes face aux défis sociaux et environnementaux actuels. Le programme IMPACT a pour objectif d'accélérer le changement d'échelle des actions des entrepreneurs soutenus.

P'INS - Fondation MACIF et Avise (Avise, s. d.) : Le programme P'INS a pour ambition de soutenir le changement d'échelle de l'innovation sociale pour mieux répondre, et de plus en plus largement, aux

besoins non satisfaits. Le programme vise à accompagner des porteurs de projets socialement innovants dans leur stratégie de duplication.

Pass PIONNIER – French Impact (Le French Impact, s. d.) : Des entreprises innovantes sont soutenues de manière déterminante pour amorcer un changement d'échelle, en vue d'un déploiement sur l'ensemble du territoire.

L'accélérateur de l'innovation sociale - Ansa : C'est un programme thématique qui vise à accompagner le changement d'échelle de projets tournés vers la lutte contre le chômage de longue durée.

Parmi les questions posées par la mise en oeuvre de ces modèles, une des plus fréquentes est l'équilibre à définir entre la standardisation (logique de contrôle du processus de diffusion par une autorité centrale, et de moindre coût) et l'autonomie (valorisant plutôt l'appropriation locale par les « repreneurs » du projet). Cela doit amener le porteur initial du projet à s'interroger, idéalement en amont d'un processus de changement d'échelle, sur ses objectifs et les questions ci-dessous, que le guide Nesta appelle les « dilemmes du changement d'échelle » (*Making It Big*, 2014):

- Clarifier jusqu'où l'on tient à garder la pureté du modèle originel dans ses versions « copiées » : où s'arrête réellement le « coeur du concept », et où commence la marge d'adaptation laissée aux repreneurs ?
- Définir le degré de contrôle du processus, ce qui peut impacter sa qualité, son ampleur et sa vitesse. Un contrôle étroit peut amener une meilleure qualité du résultat. Mais une forte autonomie des repreneurs peut amener une meilleure efficacité, par une appropriation locale plus forte et une amélioration du processus.

En conclusion de ce sous-chapitre, dans le champ de l'ESS, le changement d'échelle est en général d'emblée pris en compte. Il est souvent abordé sous l'angle du développement économique et s'adresse par conséquent à des structures, déjà consolidées. Les outils exposent essentiellement les différentes formes que peut prendre le changement, d'échelle et donnent des recommandations d'ordre assez général. Il existe des programmes de soutien, principalement destinés aux entrepreneurs, avec un contenu tourné vers le développement économique et le management.

Partie IV. Spécificités du champ du handicap, définitions et préconisations au vu des enseignements tirés

Chapitre A. Innovation et innovateurs, définitions

■ *Innovation*

Qu'entend-on par innovation dans l'accompagnement des personnes handicapées ?

Le terme « innovation » soutient l'idée d'une nouveauté, d'une invention, d'une découverte. Mais il va au-delà, puisqu'il intègre le processus social qui mène à son usage (Cassier, 2019) (Aballea, 2003). Cela nécessite de « situer » l'innovation, dans un contexte particulier, dans un territoire. C'est un point important à souligner, une innovation est contextualisée.

Une autre définition apporte une nuance clé dans notre thématique : l'innovation est « une idée nouvelle qui peut être soit une recombinaison d'idées anciennes, soit un schéma qui modifie l'ordre présent, soit une formule ou une approche unique perçue comme nouvelle par les individus concernés » (Van de Ven, 1986). Il s'agit d'inclure dans la définition de l'innovation des projets qui existent depuis un moment déjà, mais qui sont restés limités à l'échelle d'un territoire. Ils sont alors perçus comme nouveau dans un nouveau territoire car le besoin n'est pas couvert.

Dans le champ du handicap, la notion de nouveauté qui se dégage des définitions de l'innovation est importante. Elle est au cœur du nouveau paradigme qui conduit la société à un tournant dans l'accompagnement des personnes handicapées et qui exige de nouvelles réponses en phase avec les principes énoncés dans la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées. Notre sujet dans ce rapport est l'innovation comme réponse à ce nouveau paradigme. Cet enjeu de société va donc guider notre définition de l'innovation.

Ainsi, l'innovation est entendue dans ce rapport comme « toute dynamique dans l'accompagnement des personnes handicapées, à visée transformatrice, en ligne avec les principes portés par la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées » (le libre choix, la non-discrimination, la participation pleine et entière, l'égalité des chances, l'accessibilité...).

Nous entendons l'accompagnement comme tout ce qui va permettre à la personne handicapée de se placer au cœur de son projet de vie. Conformément au cadre interactif du modèle social du handicap dans lequel nous nous situons, les dynamiques visant à créer un environnement favorable à cet objectif sont incluses dans notre définition d'innovation.

La nature de l'innovation n'est pas définie. Il peut s'agir d'une pratique, d'une politique, d'une intervention, d'un dispositif... Les innovations émergeant du terrain, on parle également d'initiative, ou d'expérience.

Ci-dessous, quelques exemples d'innovations dans l'accompagnement de personnes handicapées :

- Les dispositifs d'emploi accompagné

- Une plateforme téléphonique d'orientation des personnes handicapées

Une unité mobile de soutien à l'inclusion des enfants handicapés et de leurs familles. Composée de professionnels spécialisés dans l'accompagnement global des enfants en situation de handicap, elle se déplace dans différentes structures d'accueil pour assurer la coordination du projet personnalisé de l'enfant, l'accompagnement des familles et pour apporter une expertise aux équipes professionnelles.

■ *Innovation, Innovateurs : primaires, secondaires*

Nous avons vu en Partie I. Chapitre A que les innovations émanent en général du terrain, d'un partenariat famille et professionnels. Pour préciser ce point, nous considérons que l'innovation émane d'interactions entre 4 parties :

- Les personnes handicapées accompagnées, leurs familles et les associations qui les représentent,
- Les directions, les professionnels et les bénévoles qui travaillent auprès des personnes handicapées au sein des ESMS ou au sein des établissements et services de droit commun,
- La gouvernance des associations ou autres entités gérant les ESMS,
- L'écosystème : toute personne ou organisation qui finance et/ou interagit avec l'innovation (collectivités locales, Conseils Départementaux, Agence Régionale de la Santé, associations partenaires, les entreprises, l'enseignement...).

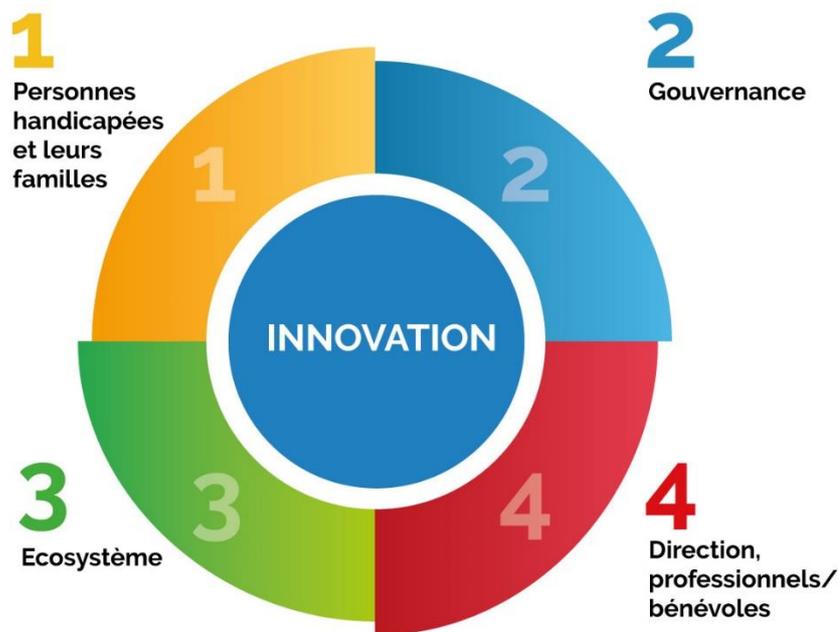


Figure 3 : Innovation et innovateurs

Chacune de ces parties est indispensable au processus d'innovation et chacune de ces parties doit être consultée, doit participer et interagir dans le transfert.

Nous qualifions l'innovation qui a émergé sur le terrain en réponse à un besoin **d'innovation primaire**. Les innovateurs sont les **innovateurs primaires**.

Le transfert va permettre d'implémenter l'innovation dans un nouveau territoire. Nous la qualifions alors **d'innovation secondaire**. Et nous parlons **d'innovateurs secondaires**. En effet, le transfert de l'innovation secondaire nécessite elle aussi un processus d'innovation pour l'adapter au nouveau contexte, la faire évoluer, l'ouvrir à une population plus grande, la maximiser. Nous considérons donc que les équipes, personnes handicapées, partenaires impliqués dans l'implémentation d'une innovation dans un nouveau contexte sont aussi des innovateurs (ce point est développé ci-dessous dans la Partie V.Chapitre C).

Comme indiqué dans la Partie II, un travail important est réalisé par différents acteurs pour cartographier l'innovation. Dans le cadre de ce travail, nous partons du principe que le repérage des innovations se fait via ces plateformes. Les préconisations suivantes portent sur les étapes ultérieures, à savoir l'évaluation et le transfert.

Chapitre B. L'impact d'une innovation : une mesure multidimensionnelle et complexe

Etudier les innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées, les évaluer, les transférer, va nécessiter de mesurer l'effet ou l'impact des innovations. De quoi s'agit-il ? De quels indicateurs dispose-t-on ?

Les enjeux de l'accompagnement des personnes handicapées sont éminemment rattachés à la question sociale et aux principes de la CRDPH : développer le pouvoir d'agir, favoriser la participation sociale.... Les innovations qui suivent ces différents objectifs sont souvent interdisciplinaires et intersectorielles, et vont toucher, selon les cas, aux conditions de vie, d'accès au travail, au logement, aux soins ... mais aussi aux représentations, aux comportements, aux normes sociales, au ressenti.

L'expérience du handicap est multidimensionnelle et complexe (WHO, 2011). La mesure de l'impact d'une innovation devra comprendre une description fine des situations vécues par les personnes handicapées et devra s'intéresser à différents aspects du handicap et notamment aux limitations d'activités et restrictions de la participation (selon le modèle CIF). Elle devra bien sûr inclure le point de vue des personnes handicapées (WHO, 2011).

Ces mesures de limitation d'activité et de restrictions de la participation nécessitent le développement d'outils. De nombreux enjeux accompagnent cette thématique : développement d'échelles validées, adaptées au contexte (langue, culture ...), actualisées sur les modèles internationaux, intégrant le point de vue des personnes handicapées, répondant aux critères de validité scientifique... Cet axe est

sous-investi et nécessite encore beaucoup de recherche (voir par exemple dans le domaine du handicap psychique (Prouteau et al., 2014)).

L'impact se prête souvent mal à la quantification en indicateurs qui apparaissent trop réducteurs au regard de la nature des objectifs recherchés. Il faudra alors proposer une série d'indicateurs qui approcheront au mieux l'effet étudié.

Le niveau de complexité est encore plus élevé. Dans certaines situations, il a été montré que l'impact d'une innovation doit aussi se mesurer sur des compétences ou des comportements de l'entourage et des professionnels qui accompagnent les personnes handicapées.

C'est par exemple le cas dans le champ de l'éducation inclusive. Les attitudes des enseignants de classe ordinaire vis-à-vis de l'intégration scolaire sont perçues comme fondamentales en matière de réussite de la mise en oeuvre des programmes d'éducation à visée inclusive. Une échelle a été développée pour mesurer l'attitude des enseignants vis-à-vis de l'inclusion scolaire : teachers attitude towards inclusion (Cullen et al., 2010).

Dans le champ de l'emploi accompagné, plusieurs études montrent que des variations de résultats dépendent essentiellement de la qualité de l'accompagnement et plus spécifiquement, de certaines compétences et attitudes des conseillers en emploi accompagné (Drake et al., 2006). 90 compétences, attitudes et savoirs sont retenus dans la dernière version de l'échelle d'évaluation des compétences de ces professionnels (Corbière et al., 2014).

Il faut noter que certains secteurs sont plus avancés que d'autres. Par exemple, le champ de l'emploi accompagné cité ci-dessus a été très investi. Des échelles de mesures, des indicateurs ont été développés et validés par des chercheurs (Pachoud et al., 2017). Ils sont reconnus et partagés par les acteurs de terrain ce qui facilite leur mise en place, leur utilisation, leur exploitation. Ce n'est pas le cas de tous les secteurs.

Chapitre C. Un environnement encore peu favorable aux études

Lorsque l'on désire disposer de données dans une étude, on peut utiliser soit des données recueillies spécifiquement pour l'étude, soit des données recueillies de manière systématique, indépendamment de l'étude.

Les études en santé s'inscrivent dans une riche tradition d'évaluation, de recherche et de recueil de données, aussi bien spécifiques aux études que systématiques. Cela s'est notamment concrétisé en 2017 avec la création du Système National des Données de Santé créé par la loi de modernisation de notre système de santé, et qui regroupe les principales bases de données de santé publique (les données de l'assurance maladie, les données des hôpitaux, les causes médicales de décès) (SNDS, s. d.). Le Système National des Données de Santé vise une exploitation enrichie et élargie des données afin de favoriser le champ des recherches, des études et évaluations dans le domaine de la santé.

Dans le champ du handicap, le rapport mondial sur le handicap pointe le manque de données sur le handicap et recommande la collection de données (WHO, 2011).

En France, on peut identifier trois principaux types de producteur de données sur le handicap (Le handicap en chiffres, 2004) :

- les administrations sociales, notamment la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) des ministères « sanitaires et sociaux », la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) du ministère du Travail, la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) du ministère de l'Éducation Nationale. Elles fournissent les données recueillies dans le cadre du suivi de l'activité de leurs services nationaux ou déconcentrés ou d'enquêtes spécifiques. Par exemple la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance recueille des informations sur les élèves en situation de handicap (Elèves en situation de handicap, 2020). L'INSEE a mené les enquêtes décennales Handicaps, Incapacités, Dépendance de 1998-2001 et Handicap-Santé de 2007-2009. La DREES a lancé début 2021 l'enquête Vie Quotidienne et Santé qui fait partie du nouveau dispositif Autonomie de 2021-2023 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, s. d.).
- les systèmes de protection sociale. Ils diffusent annuellement les données relatives aux prestations qu'ils servent, notamment celles pouvant être considérées comme relevant du domaine du handicap.
- des organismes réalisent des enquêtes relatives au handicap sur des échantillons de population. Il peut s'agir d'organismes de recherche (INSERM, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé...), de structures régionales (Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations, Observatoires Régionaux de Santé ...), d'organisations associatives (Ex : APF)...

Les efforts se poursuivent. Par exemple, la CNSA a pour mission de mettre en place un système d'information commun des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, qui sera intégré au Système National des Données de Santé (*Programme SI commun MDPH, 2019*).

Toutefois le retard pris en termes de pratiques de recueil de données est conséquent. Les données administratives sont pertinentes pour certains types d'études mais ne comprennent que peu d'informations sur les personnes. Elles ne permettront pas d'étudier la notion d'inclusion qui nécessite, comme nous l'avons vu, de se concentrer sur les personnes et leur ressenti.

Certaines recherches s'adossent à des suivis longitudinaux de cohortes existantes du domaine de la santé, pour considérer les situations de handicap. Par exemple, depuis 2016, des indicateurs relatifs au handicap ont été intégrés dans le cadre de la cohorte Elfe. C'est une étude longitudinale consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge adulte, qui aborde les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé-environnement (Courtinat-Camps et al., 2017). Le recours à des données longitudinales sur de grands échantillons facilite la mise en lumière des enjeux et des questionnements posés par le paradigme de l'inclusion.

D'autres cohortes en santé élargissent également leur intérêt au handicap : la cohorte en population générale Constances, la cohorte Epipage qui s'intéresse au devenir des enfants nés grands prématurés ou bien des cohortes dans le champ de la santé mentale.

Quand la collecte de données sera devenue plus systématique et que les professionnels seront mieux formés aux méthodologies d'analyse de données, le secteur du handicap pourra bénéficier des

méthodologies de pointe développées en santé, comme la « life course epidemiology » (épidémiologie de parcours de vie) (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). Cette approche s'intéresse aux trajectoires de vie et reconnaît l'importance des contextes sociaux, économiques et culturels. L'approche situationnelle et sociale du handicap inviterait à ce type d'étude (Arneton et al., 2016).

Chapitre D. L'évaluation des innovations : préconisations

Comme décrit dans le cas des interventions complexes ou des innovations sociales, les innovations dans l'accompagnement du handicap sont complexes, dépendent fortement du contexte et ont un impact difficile à définir. Dans le champ du handicap, l'écosystème n'est pas facilitant en termes de recueil de données, de méthodologies, de recherches, de financements. Il y a une grande nécessité de disposer de repères méthodologiques.

Dans le cas des interventions complexes, le curseur a été mis très loin en termes de rigueur scientifique et de façon parfois inadaptée. L'évolution actuelle tend à proposer des méthodes combinées plus flexibles et répondant mieux à la question opérationnelle « comment », en intégrant le contexte. Ainsi la barrière entre évaluation et transfert tend à devenir plus floue.

Dans le secteur de l'ESS, plus récent, l'approche est beaucoup plus pragmatique et tient compte des réalités terrain : des propositions d'outils simples sont faites pour faciliter l'appropriation de l'évaluation par tous les acteurs. Ainsi, une diffusion progressive de la culture de l'évaluation est observée.

A ces 2 enseignements, il paraît essentiel d'intégrer une spécificité des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées : la visée inclusive. En effet, nous l'avons vu dans la Partie III. Chapitre A, l'évaluation comporte des enjeux méthodologiques. Mais l'évaluation fait également apparaître des enjeux fondamentalement éthiques et politiques (Benmarhnia et al., 2019). Elle engage des choix de société, des valeurs. La place de la personne handicapée, sa capacité à agir, à décider, est aujourd'hui au centre des questionnements. **Nous préconisons donc de placer les critères liés à la liberté de choix, la demande, l'autonomie des personnes handicapées et notamment leur ressenti au cœur de l'évaluation des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées.** Il est notamment question d'approches qualitatives auprès des personnes handicapées.

Dans le cadre d'un transfert, la question préalable « est-ce que l'innovation fonctionne ? » va se heurter à 2 difficultés majeures :

- Difficultés techniques : coût/temps/expertise pour y répondre
- Interrogation relative à la pertinence de la question ? En effet, les méthodes classiques d'évaluation se contentent d'apprécier si l'innovation est efficace dans un contexte donné.

Il paraît nécessaire de tenir compte du secteur dans lequel l'innovation se place. Certains domaines sont investis par la recherche, il sera alors possible d'apporter des preuves rigoureuses car les acteurs disposeront de données, de méthodologies, d'échelles de mesure ... Dans les domaines peu investis

par la recherche, nous préconisons de donner des éléments plus simples. Le risque si une démarche trop stricte est adoptée est qu'aucun effort ne soit fait, ou de voir des projets ambitieux extrêmement difficiles à mettre en place s'essouffler. Il va être inévitable de réaliser des arbitrages entre ce que l'on souhaiterait pouvoir évaluer et ce qu'il sera possible d'évaluer.

En Santé Publique, il est dit : « L'art de la pratique en santé publique exige que les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs de programmes fassent preuve de jugement lorsque les données probantes sont incomplètes » (Rychetnik & Wise, 2004).

Par ailleurs, dans le cadre du transfert, il va également falloir s'interroger si l'effet de l'innovation est bien constaté sur les territoires sur lesquels l'innovation a été transférée.

En conclusion, nous retenons :

- **De se démarquer des méthodologies de l'évaluation des médicaments qui sont inappropriées pour l'évaluation des innovations dans le champ du handicap et de s'inspirer des méthodologies développées pour les interventions complexes qui tiennent compte de l'impact multidimensionnel des interventions, ainsi que du nombre et de la complexité des composants qui les constituent et s'entremêlent.**
- **De faire le choix, en cohérence avec la CRDPH, de se concentrer sur l'impact qu'a l'innovation sur la personne handicapée en croisant la parole et les avis des personnes handicapées, de leur entourage, des professionnels.**
- **De mener des évaluations de qualité tout en restant réaliste et pragmatique (ressources, temps) pour ne pas s'extraire d'une démarche réaliste.**
- **D'imbriquer au mieux les questions d'évaluation et de transfert et de s'attacher à comprendre comment une innovation peut être opérante en fonction de son contexte.**

Chapitre E. Le transfert des innovations : préconisations

■ *Le transfert*

Parmi l'ensemble des termes possibles et utilisés dans différentes disciplines, nous choisissons d'utiliser le terme de **transfert** pour désigner, dans l'accompagnement des personnes handicapées : **l'ensemble des processus qui vont permettre de disposer, à partir d'une innovation sur un territoire donné, en réponse à un besoin, d'une nouvelle innovation sur un nouveau territoire en réponse au même besoin ou à un besoin proche.**

D'autres termes sont utilisés de façon équivalente, notamment en ESS : duplication, réplique, essaimage.

Le transfert dans le champ du handicap peut s'analyser à 2 niveaux :

- Au niveau d'une organisation : Certaines structures, consolidées, s'investissent dans un changement d'échelle et utilisent les modalités offertes dans le champ de l'ESS. Pour exemple, Messidor développe des franchises sociales pour accélérer la

croissance d'implantation d'Établissements de Service et d'Aide par le Travail de transition dédié aux personnes handicapées psychiques (Messidor, s. d.), et est bénéficiaire du programme Pionnier de French Impact (Le French Impact, s. d.). Autre exemple, La Fédération Simon de Cyrène a bénéficié du programme « La France s'engage » pour faire rayonner le modèle du « vivre ensemble » dans les Maisons Partagées (Simon de Cyrène, s. d.).

- Au niveau d'une action : **C'est principalement à ce cas que ce rapporte le présent rapport, à travers les innovations issues du terrain.** Il s'agira en général d'une action, parmi d'autres au sein d'une structure qui sera transférée au sein d'autres structures. La volonté est celle du partage. Les questions suscitées seront en particulier celles liées à la transférabilité et aux facteurs contextuels. On s'intéressera moins au développement du modèle économique, même si, la question de l'équilibre financier devra être prise en compte et que l'activité devra être suffisamment caractérisée pour pouvoir faire l'objet de financements publics (ou privés).

Une question clé sera de savoir à quel point l'innovation transférée devra être « fidèle » à l'innovation d'origine. Il y a chaque fois un savant dosage à trouver entre recopiage du modèle initial et réappropriation par de nouveaux acteurs, dans un nouveau contexte. Il y a 2 aspects sous-jacents :

- La volonté des innovateurs primaires : veulent-ils partager leur innovation en open source, libre de droits pour que chacun puisse se l'approprier et éventuellement l'adapter, la modifier. Ou bien souhaitent-ils s'assurer qu'elle ne subira pas de modification, pour garder son « état d'esprit » de départ. Le cas échéant, des logiques de contrôles seront appliqués.
- Un enjeu méthodologique : nous l'avons vu dans le chapitre sur la transférabilité dans le secteur de la santé (Partie III. Chapitre B), une innovation doit être recontextualisée. Tout l'enjeu est alors d'identifier les mécanismes qui pourront être reproduits, « les fonctions clés », en adaptant au contexte. De fait, l'adaptation d'une innovation à un nouveau contexte créera une innovation secondaire modifiée.

Notre préconisation dans ce rapport est de favoriser le partage, l'adaptation qui favoriseront un processus d'amélioration continue dans le cadre d'un processus itératif. Cette discussion est reprise et approfondie plus loin dans la Partie V. Chapitre C.

■ *Capitalisation et Implémentation*

Dans la Partie III. Chapitre B sur le transfert en santé, nous avons montré que le challenge repose sur le passage de la connaissance à la pratique. Les innovations, les interventions, sont en général réfléchies et proposées par des chercheurs, éventuellement avec des acteurs de terrain. En effet, les interventions en santé ont souvent une base théorique. Ce sont des approches applicatives, descendantes. La question dans ce cas est donc : comment utiliser les résultats de la recherche, les connaissances, sur le terrain. Le point de départ est un corpus de connaissances qu'il faut traduire en pratique.

A l'inverse, dans le champ du handicap, les innovations sont issues du terrain, d'une construction « empirique » par les acteurs de terrain. Elles sont en général passées directement de l'idée à l'action. Elles ont d'emblée été mises en pratique. Par conséquent le transfert va nécessiter une étape supplémentaire, préalable à celle du passage de la connaissance à la pratique : le passage de la pratique à la connaissance.

a) *La capitalisation*

Dans le domaine du développement à l'international, transférer est un processus crucial. Comme dans le champ du handicap, le point de départ est en général une initiative expérimentée localement par des acteurs de terrain. Répondre à la question : « comment transférer une expérience réussie dans un pays ou une région vers un autre pays ou une autre région ? » revient dans un premier temps à s'intéresser à l'expérience locale. Pierre de Zutter s'est investi sur ces questions pendant plus de 20 ans et parle de **capitalisation**, qu'il définit comme « **le passage de l'expérience à la connaissance partageable** » (De Zutter, 1994). Dans ce rapport, nous empruntons à Pierre de Zutter ce terme et cette définition.

La question est de savoir comment aller chercher et organiser les éléments, a posteriori, qui ont pu amener à cette innovation et qui permettront à d'autres de « reproduire » l'expérience ? En effet, le problème est bien plus complexe que ce qu'il n'y paraît. Il ne suffit pas d'aller interroger les acteurs et d'écrire. Cette étape soulève des enjeux de taille. Notamment dans des champs où il n'y a pas ou très peu de bases théoriques aux expériences.

Yves Pillant montre que dans un processus de capitalisation, nous n'avons pas accès à l'ensemble de l'information et qu'une partie reste « impensée » (Pôle international de l'Institut Méditerranéen de Recherche et Formation en Travail Social, 2020). Il y a une déconnexion entre un plan projeté et sa forme réalisée, le phénomène se déploie au sein même de l'interaction continue entre réalisation et réflexions. La finalité qui émerge est ainsi pleinement contextuelle et évolutive. L'innovation est donc un foisonnement d'interactions à différents niveaux, entre acteurs, entre processus. Certaines parties ne vont être accessibles que par recoupements. La capitalisation réclame un cadre théorique à la hauteur de cette complexité.

Yves Pillant a développé une méthode, qui s'appuie sur le modèle de Uri Bronfenbrenner, et qui repère l'ensemble des interactions dans différents niveaux de système (Pôle international de l'Institut Méditerranéen de Recherche et Formation en Travail Social, 2020). C'est un outil d'enquête, très rigoureux qui tient compte de la complexité de la question et de la nécessaire profondeur avec laquelle il faut aller interroger les processus, les acteurs pour faire émerger « l'impensé de l'action ». Cet outil permet de mettre à jour les processus facilitateurs, limitants, les échecs ...

Dans ce travail, Yves Pillant dégage la notion de territoire, « trop longtemps envisagée comme une réalité inerte relevant de la géographie physique ». Il cite 2 dimensions qui vont provoquer une variabilité de phénomènes ; une dimension symbolique, culturelle et une dimension politique. Corine Grenier parle « d'épaisseur » politique ou institutionnelle de l'innovation. La question du « terrain » est donc cruciale et réclame plus qu'une certaine adaptation aux réalités qu'il porte. En cela il rejoint la question de la transférabilité étudiée dans le champ de la santé.

La capitalisation est une étape réalisée avec la contribution des innovateurs primaires, qui ont fait émerger l'innovation primaire. Le fruit de ce travail est un **document de capitalisation**.

Il est à noter que le terme de capitalisation est aussi utilisé dans le langage courant pour désigner le fait d'apprendre d'expériences. Ainsi tout travail réflexif, récit d'expérience, est souvent appelé capitalisation. Par exemple les plateformes qui cartographient les actions innovantes font toutes un travail parfois décrit comme de capitalisation pour mettre en visibilité l'action. De nombreux guides ou documents explicitent brièvement cette étape, et listent les séries de questions à poser pour aboutir à un récit et rendre une action visible. Ce travail permet dans un premier temps de renseigner sur l'innovation, de comprendre et éventuellement de sélectionner des innovations d'intérêt. Mais le constat est qu'il n'est en général pas suffisant pour être en mesure de transférer effectivement une innovation dans un autre contexte. Cela demande une méthode, un travail et probablement un accompagnement beaucoup plus approfondi. Dans ce rapport, nous utiliserons le terme de capitalisation pour désigner un travail permettant d'aboutir à la finalité visée, le transfert. Les documents permettant de connaître l'innovation, de la diffuser, sont des « documents de partage, de mise en visibilité, de communication ».

b) L'implémentation

Dans ce rapport, nous emprunterons le terme utilisé dans le champ de la santé, l'**implémentation**. Nous lui donnons une définition cohérente avec la définition donnée dans le champ de la santé, et en miroir de la définition de la capitalisation : **C'est la phase du transfert qui consiste au passage de la connaissance à l'expérience (ou la pratique).**

Cette phase consiste, pour un innovateur secondaire, à implémenter l'innovation primaire d'intérêt dans le nouveau contexte. L'innovation deviendra l'innovation secondaire.

Ce travail se fera sur la base de connaissances acquises, et structurées, pendant la phase de capitalisation.

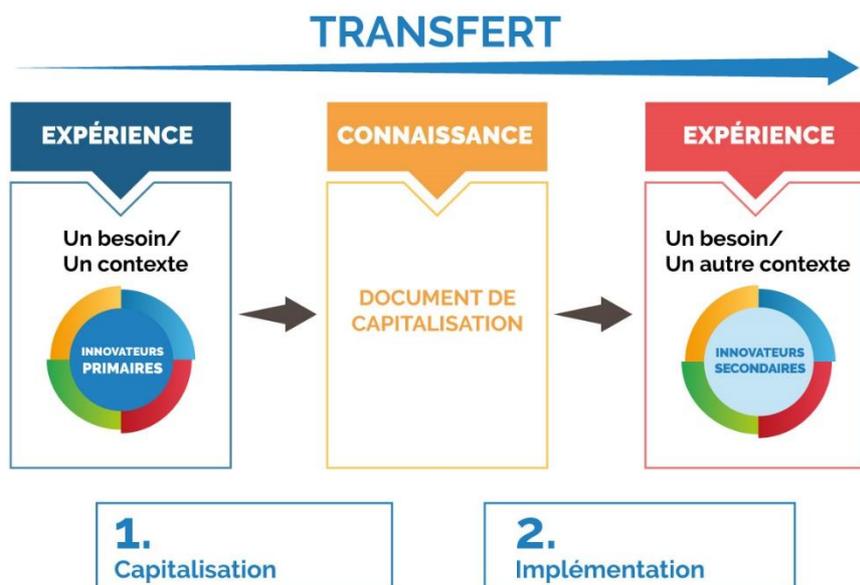


Figure 4 : Capitalisation et implémentation, les deux phases du transfert

Dans les cas où les innovateurs secondaires seraient identifiés dès le démarrage, leur participation à la phase de capitalisation faciliterait le transfert.

En conclusion, dans l'accompagnement des personnes handicapées, le transfert se décline en 2 phases distinctes : le passage de l'expérience à la connaissance, appelée la capitalisation, et le passage de la connaissance à la pratique. Chacune de ces phases va faire appel à des expertises et des méthodologies différentes.

Il est à noter que le découpage du transfert en 2 phases n'est pas approprié à tous les champs d'étude. Par exemple, dans le champ de la recherche interventionnelle en santé des populations, les interventions ont souvent émergé d'un travail de recherche, à partir de résultats de recherche et sont donc, dès leur démarrage, intégrées à un processus avancé de formalisation. Le passage de l'expérience à la connaissance n'est pas un enjeu.

■ *Transférabilité*

La définition de la **transférabilité** que nous utilisons dans ce rapport est celle donnée par Linda Cambon : « **la mesure dans laquelle l'effet d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte** ».

La problématique de la transférabilité couvre les 2 phases du transfert. En effet, les données seront collectées pendant la phase de capitalisation et les questions relatives au contexte doivent être intégrées à cette collecte. Ensuite, l'implémentation devra être étudiée et adaptée en fonction de l'étude de transférabilité. C'est donc une problématique transversale au transfert. Linda Cambon insiste sur la nécessité de prendre en compte la transférabilité le plus en amont possible (Cambon et al., 2013).

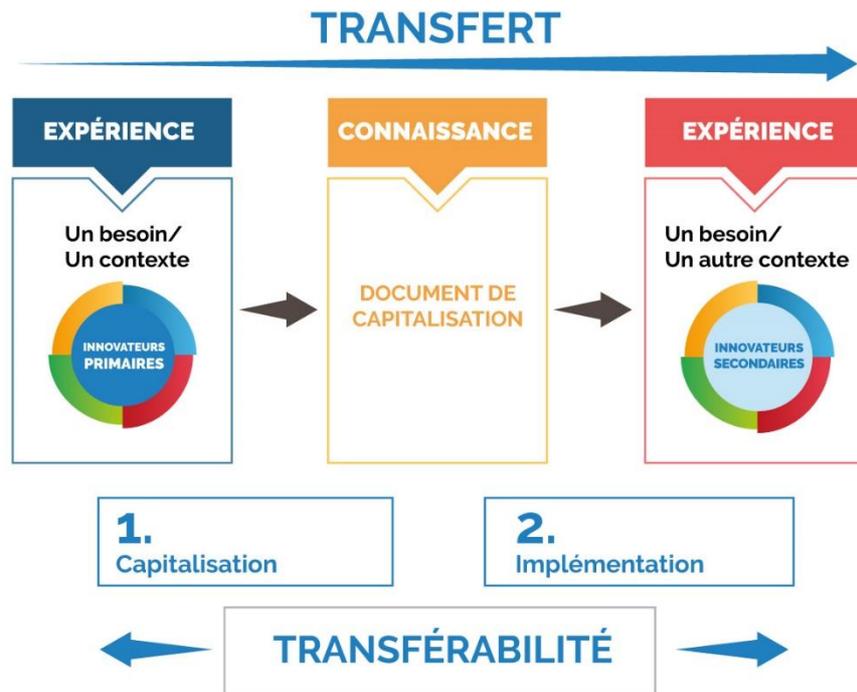


Figure 5 La transférabilité est transversale aux 2 phases du transfert

Chapitre F. Prendre en compte une contrainte technique : la boîte noire

La démarche va donc être la composante de 2 phases, capitalisation et implémentation, et d'un processus transversal, la transférabilité. A cela vient se surajouter une « contrainte ». L'innovation peut être vue comme une boîte noire (Potvin et al., 2013). Tous les processus, quelles que soient les questions posées, quels que soient les objectifs poursuivis, vont nécessiter d'ouvrir cette boîte noire pour l'interroger, extraire des données pour produire des connaissances. Cette boîte noire porte certaines caractéristiques : elle est complexe, elle est fortement contextualisée, elle fonctionne en vraie vie et ne peut être isolée.

Quelle que soit la question posée autour de l'innovation, la première étape est d'ouvrir cette boîte noire. Or ouvrir la boîte noire est extrêmement coûteux en temps, en ressources, en expertise et mobilise les acteurs de terrains impliqués dans l'innovation. Cette contrainte exige de mutualiser, prioriser, articuler, organiser, intégrer, anticiper l'ensemble des demandes pour gérer le plus efficacement possible l'ouverture de la boîte. Mobiliser trop fréquemment et de façon non coordonnée les acteurs de terrain se ferait au détriment de la dynamique générale.

Processus long, coûteux, qui mobilise les innovateurs

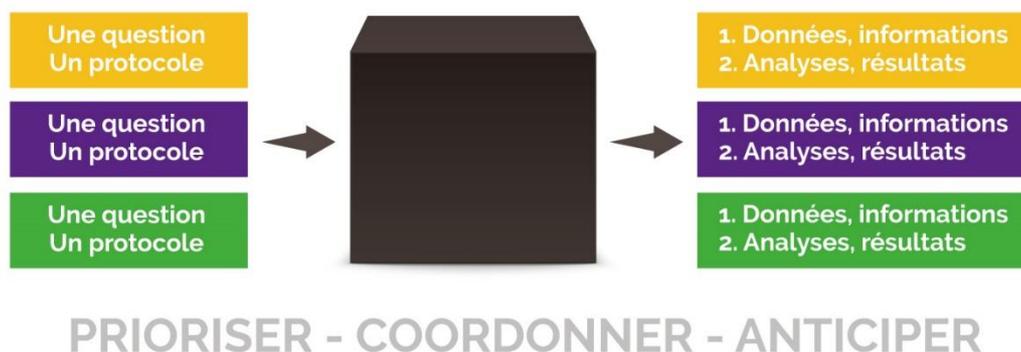


Figure 6 : Une contrainte : l'ouverture de la "boîte noire"

En cela évaluation et transfert convergent : chacune de ces activités nécessite d'interroger l'innovation, de recueillir des données, des informations et va donc nécessiter d'ouvrir la boîte noire.

Également, le transfert renvoie en amont et en aval à d'autres activités liées aux innovations (consolidation, pérennisation ...). Ce sont autant d'angles complémentaires qui vont nécessiter eux aussi un travail massif sur l'innovation et donc l'ouverture de la boîte noire. Ils gagneront à être intégrés dès le départ dans une seule et même démarche. La question de la pérennisation par exemple est cruciale. En effet, le contexte d'une innovation en développement n'est pas le même que celle qui est pérennisée : absence de chercheurs pour l'accompagner, financements différents, statut du personnel qui peut être différent...

En conclusion, toute démarche visant une innovation doit être coordonnée, pilotée en amont, au sein d'un même point d'entrée, une sorte de guichet unique, un chef d'orchestre. Les délais, les objectifs des différentes démarches ne seront pas les mêmes, il y aura des choix et des arbitrages à faire.

Partie V. Une démarche structurée et opérationnelle pour soutenir le transfert des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées

En nous appuyant sur les préconisations développées dans la partie précédente, nous allons maintenant mener plus loin la réflexion sur le transfert dans une approche cette fois très clairement opérationnelle. Nous présentons une démarche structurée qui intègre un soutien humain au transfert.

Chapitre A. La démarche

Nous soulignons que cette démarche se veut pragmatique. Elle doit être en phase avec les réalités du terrain et notamment des innovateurs. Elle doit s'inscrire dans une dynamique financière, partenariale et surtout temporelle compatible avec le terrain. Les innovateurs doivent adhérer et ne pas s'essouffler dans des processus trop longs.

Pour cela, nous travaillons sur la temporalité des actions et nous adaptons l'approche chronologique de la façon suivante :

Temps 1 : Travail sur l'innovation primaire, avec les innovateurs primaires (et avec les innovateurs secondaires s'ils sont identifiés dès ce stade)

1. Première étape, l'évaluation : Disposer de premiers éléments d'évaluation de l'innovation primaire qui se baseront sur les effets de l'innovation sur les personnes handicapées. Une grande attention sera donc portée sur la parole des personnes handicapées. Les familles, les professionnels de l'accompagnement et l'écosystème seront également consultés pour compléter et enrichir ce que disent les personnes concernées.

Cette évaluation recherchera le lien entre les fondamentaux de l'innovation et les principes de la CRDPH (le libre choix, la non-discrimination, la participation pleine et entière, l'égalité des chances, l'accessibilité...), en conformité avec la définition de l'innovation que nous nous sommes donnée.

Dans certaines situations, des données pourront être disponibles si l'évaluation a été organisée et pensée dès le début du projet. Ces données dans le meilleur des cas permettront d'établir des preuves étayées sur la qualité de l'innovation pour aider à la décision des acteurs de la démultiplier.

Dans un cas contraire, où l'évaluation n'a pas été intégrée au sein de l'innovation, nous mènerons alors 2 actions :

- une évaluation reprenant des modèles d'analyse d'impact utilisés dans le domaine de l'Economie Sociale et Solidaire. Cette étape, préalable au transfert, sera d'une durée courte et sans nécessiter des moyens trop importants. Elle doit apporter des faisceaux d'arguments pour éclairer la prise de décision de transférer l'innovation.
- définir une série de critères permettant de mettre en place un système de recueil de données solide et structuré pouvant à la fois servir l'innovation primaire et l'innovation secondaire en les adaptant à leur contexte.

2. Deuxième étape, la capitalisation : « Ouvrir la boîte noire » et coordonner les différentes questions, les informations ou données à recueillir. **Cette étape de capitalisation** vise à développer un corpus de connaissances, et tout ce qui pourrait permettre d'anticiper son utilisation dans un contexte différent. Il s'agit de recueillir l'ensemble des éléments nécessaires au transfert en privilégiant la question « comment faire pour que l'innovation fonctionne dans de nouveaux contextes ? » données sur : les personnes concernées (caractéristiques, besoins et attentes, représentations, acceptabilité, accessibilité...), l'environnement (contexte institutionnel, partenariats, projets agonistes/antagonistes...), la mise en œuvre de l'intervention (modalités, compétences et ressources humaines, mobilisation, coût ...). Cela mixera des questions évaluatives et des questions de capitalisation/transférabilité. Cela permettra d'approfondir et conforter le cadre évaluatif posé dans l'étape 1.

A l'issue de cette étape, deux livrables seront produits :

- Le document de capitalisation, intégrant l'étude de transférabilité.
- Une consolidation du cadre évaluatif de l'innovation

Temps 2 : Travail sur l'innovation secondaire, avec les innovateurs secondaires

3. Troisième étape, l'implémentation : Sur la base du document de capitalisation/transférabilité, réaliser la préparation de l'implémentation de l'innovation dans son nouveau contexte, avec les acteurs de l'écosystème de l'innovation secondaire. Il s'agit de définir un plan d'action, et de le formaliser : objectifs, stratégies, étapes, indicateurs de suivi, ressources, responsabilités, échéancier, budget.

Les éléments nécessaires à l'évaluation de l'innovation secondaire prévus à l'étape 2 seront d'emblée mis en place dans le cadre de l'implémentation de l'innovation secondaire. Le processus de transfert permet de se positionner dans une position favorable à l'évaluation des innovations secondaires.

A l'issue de cette troisième et dernière étape, deux livrables seront produits :

- Le document d'implémentation intégrant les éléments contextuels.
 - o - Une proposition du cadre évaluatif de l'innovation secondaire.

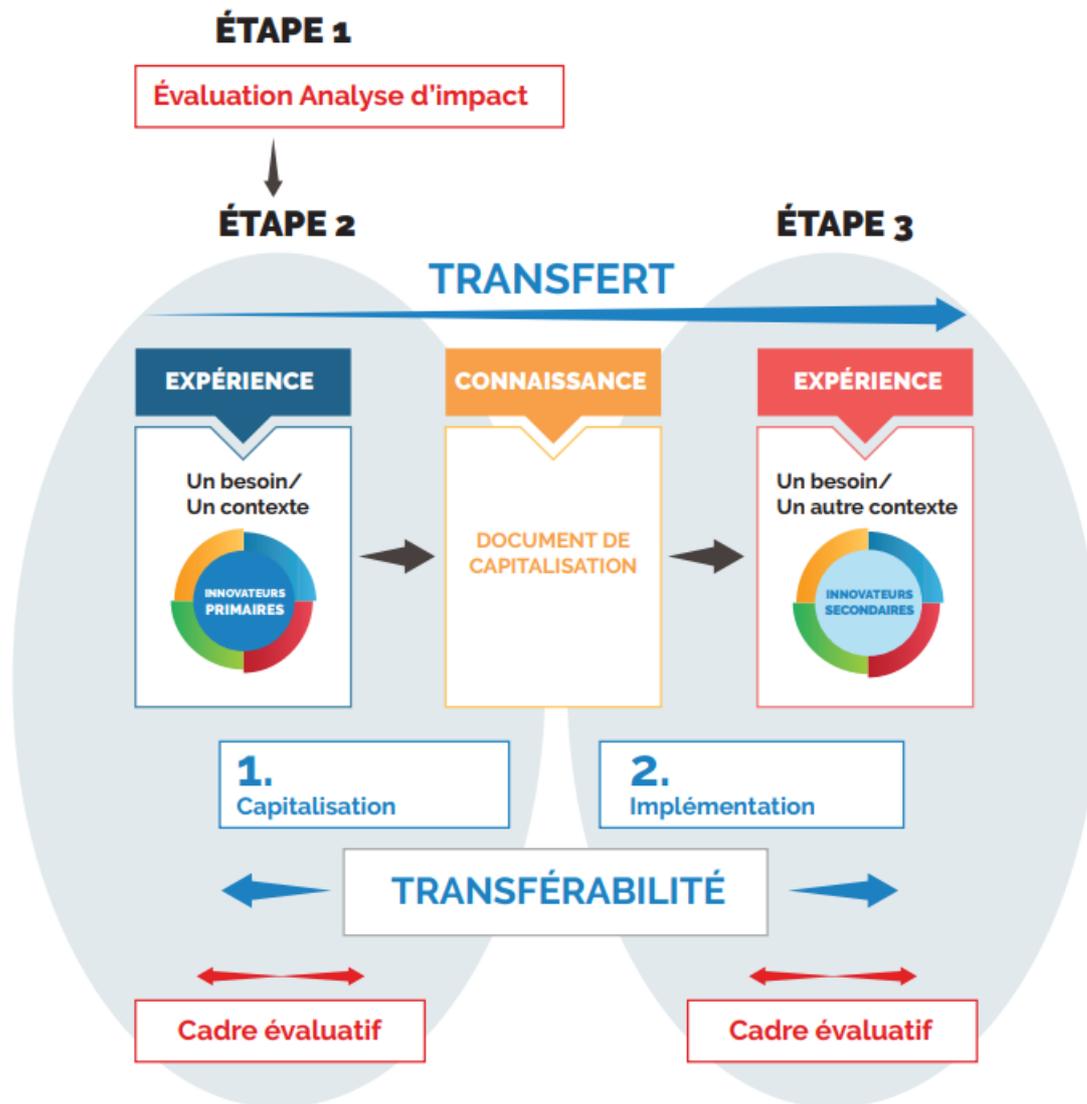


Figure 7 : La démarche de transfert en 3 étapes (cas où l'évaluation n'a pas été d'emblée menée au sein de l'innovation. Si l'évaluation est disponible, l'étape 1 est déjà menée et permet de décider de transférer ou non l'innovation).

Nous tenons à insister sur le fait qu'une innovation fonctionne dans un contexte donné. Les résultats d'une évaluation dans un contexte ne seront pas forcément applicables dans un nouveau contexte. Nous pensons nécessaire de privilégier les méthodes qui tiennent compte d'emblée du contexte et qui indiquent si l'innovation est opérante en fonction du contexte avec les leviers manipulables. En ce sens, l'évolution des méthodes va conduire à ne plus distinguer les étapes d'évaluation et d'implémentation. Tout va se fondre en un corpus de connaissances dans lequel la question du contexte sera centrale.

Comme indiqué dans la démarche, différents outils seront mobilisés pour accompagner le transfert des innovations. Le travail mené dans le cadre de ce rapport a permis d'identifier un ensemble d'outils

dans le champ de la Santé Publique et de l'ESS inspirants pour le champ du handicap. Certains des outils identifiés sont mentionnés dans la Partie III du présent document.

Il est précisé que les outils feront l'objet d'un travail d'ajustement à chaque innovation, sur le terrain.

Nous affinerons les outils au fil de nos travaux.

Chapitre B. Un soutien humain : le coordinateur de transfert

Le transfert est une démarche, complexe, composée de phases chronologiques et de processus transversaux qui s'imbriquent. Il va falloir anticiper, planifier, articuler, synchroniser. La démarche engage l'interaction de nombreuses parties prenantes, d'horizons et de disciplines différentes. L'ancrage terrain de l'innovation est fort, ce qui nécessite une très bonne connaissance terrain. Certaines étapes exigent un fort niveau de technicité.

En ce sens, le transfert s'apparente à :

- De la conduite de projet complexe. Les activités liées sont : Articuler des phases et processus, établir un agenda, définir des priorités, réaliser des arbitrages, coordonner des actions, déterminer les méthodologies, piloter. Organiser les retours des résultats des différents recueils, analyses, évaluations et opérer les ajustements nécessaires au fur et à mesure sur la base de ces retours d'information.
- Du soutien au changement. En effet, le transfert insuffle une nouvelle dynamique dans un territoire. Le quotidien va être transformé. Les différentes parties prenantes doivent adhérer à cette dynamique, accepter le changement et l'introduire durablement dans leur quotidien. Les activités liées sont : management du changement, animation, soutien, communication.
- Un espace de co-construction, de partage, de travail collaboratif. Il s'agit d'un espace dans lequel une variété d'acteurs agit ensemble avec une visée transformatrice. Ces espaces invitent des mondes différents à se côtoyer, se comprendre, interagir, créer des liens et des partenariats. Les activités liées sont : animation, favoriser le travail collectif, les partenariats, la co-construction mais aussi rôle d'interface, d'intermédiaire, de tiers, de médiation, favoriser la compréhension, le dialogue, la communication. Cela rejoint la notion d'« espace de concepts et de principes d'actions », développée par Corinne Grenier (Grenier, 2017), dans le cadre des interventions en promotion de la santé qu'elle étudie. Elle parle également de « tiers-lieu » (Grenier et al., 2020). La nécessité de créer des ponts entre différents acteurs, d'être interface, traducteur rejoint les nouveaux métiers décrits en Partie III. Chapitre B. d), comme le courtier de connaissances ou le tiers-veilleur.
- Un travail opérationnel : réalisation effective des différentes étapes de la démarche. Identification des outils (capitalisation, implémentation, transférabilité), piloter leur adaptation par des groupes d'acteurs de terrain, utiliser ces outils et produire des contenus, en partenariat avec les innovateurs.

Cette analyse conduit à **proposer une nouvelle figure pour soutenir le transfert. Nous l'appelons « coordinateur de transfert ».**

En termes de compétences, le coordinateur de transfert est polyvalent :

- Capable de saisir les enjeux de la thématique considérée (sans être expert de la thématique)
- Connaisseur de terrain (acteurs, démarches engagées, projets ..)
- Expert et facilitateur du transfert
- Animateur
- Rôle d'interface

En conclusion, le coordinateur de transfert joue 2 rôles principaux :

- Un rôle de chef d'orchestre : Il est garant du transfert, de la façon de travailler, il porte la démarche.
- Un rôle opérationnel : il contribue activement à la démarche en tant qu'expert et en tant que facilitateur, dans l'adaptation des outils au contexte et la production des contenus.

Il est noté que le rôle du coordinateur ne peut être envisagé de façon unique ni unilatérale. Son rôle doit être adapté à la configuration de l'innovation, aux acteurs en présence, aux spécificités locales...

Conformément à cette position, la FIRAH mettra à disposition des coordinateurs de transfert dans les transferts d'innovations qu'elle soutiendra. Ces coordinateurs déploieront la démarche et utiliseront les outils.

Il est à noter que l'implémentation sera pilotée et réalisée par l'innovateur lui-même. Le rôle du coordinateur est de préparer des éléments pour accompagner l'innovateur dans la démarche de transfert.

Un document écrit et signé par la FIRAH et les innovateurs précisera le rôle de chacun et le planning des activités à mettre en œuvre. Ce document pourra si nécessaire être révisé et complété au cours de l'intervention du coordinateur de transfert

Une réflexivité sera générée à l'échelle des transferts que la FIRAH sera amenée à réaliser pour contribuer à la montée en compétences de cette fonction. Les pratiques du coordinateur de transfert seront suivies et évaluées afin d'en dégager les succès ou les changements nécessaires.

L'objectif de cette formalisation est d'être en capacité de former des coordinateurs de transfert. Les personnes formées auront vocation à être intégrées dans les structures impliquées dans le déploiement des innovations sur le territoire (dans des fédérations, des associations, les Agences Régionales de Santé et autres, ...). L'objectif est de faciliter l'appropriation de la démarche de transfert auprès de tous les acteurs intéressés afin de la rendre effective auprès du plus grand nombre.

Chapitre C. Transférer c'est innover !

■ *Innovation intégrative*

Les dilemmes du changement d'échelle en ESS sont évoqués dans la Partie III. Chapitre B. Quel équilibre en « recopiage » et « adaptation » ? Nous pensons intéressant, dans le champ du handicap, de privilégier les stratégies de transfert qui vont permettre l'enrichissement, l'évolution de l'innovation afin d'être dans un processus d'apprentissage continu. Le transfert est un processus dynamique, itératif. Des retours d'information vont permettre de réorienter/consolider/optimiser/ajuster l'innovation primaire :

- lors de la capitalisation de l'innovation primaire
- lors de l'implémentation de l'innovation secondaire (retours sur des pratiques inspirantes développées par l'innovation secondaire).

L'innovation secondaire va évoluer au regard de l'innovation primaire sous 2 angles :

- les leçons apprises par les innovateurs primaires
- l'adaptation au contexte : l'innovation étant forcément « ancrée » dans des spécificités locales, elle va nécessiter des adaptations au nouveau contexte.

Nous pensons que le transfert est une pratique créatrice. **Le transfert produit de l'innovation.** C'est pourquoi nous nommons ceux qui reçoivent l'innovation et vont l'implémenter les innovateurs secondaires.

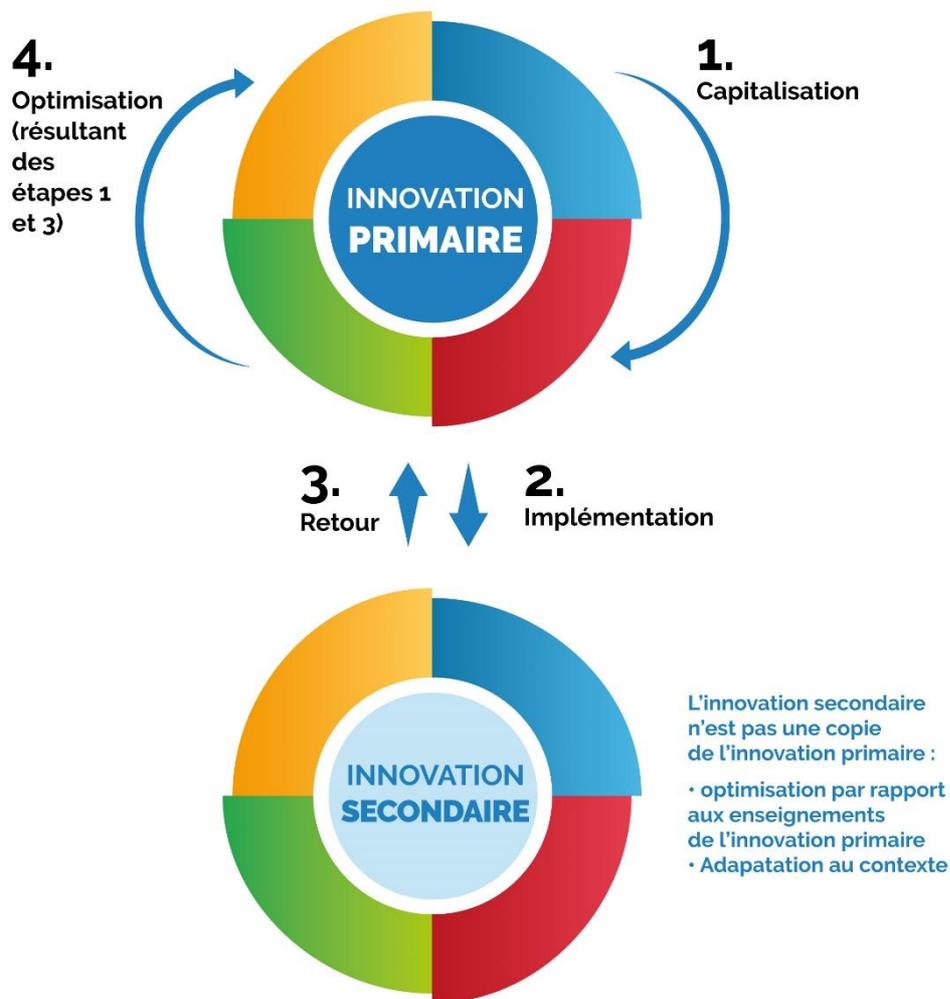


Figure 8 : L'innovation intégrative

Nous l'avons vu ci-dessus, nous pensons que le transfert est source d'innovation. Nous pensons qu'il faut privilégier les démarches d'apprentissage continu, d'amélioration pour aboutir à une innovation de plus en plus performante. Cette idée rejoint ce que Marie-Aline Boch appelle une **innovation intégrative** et qu'elle définit comme « Une innovation qui prend pleinement en compte le contexte, capitalise au mieux sur l'existant et les opportunités proposées par les pouvoirs publics et les valorise pour développer les nouveaux dispositifs, avec le souci de la valeur ajoutée dans la conduite des actions. » (Bloch & Hénaut, 2014).

■ Vers une innovation collaborative ?

Dans la figure ci-dessus, à chaque étape de transfert, l'innovation nouvellement implémentée intègre les enseignements tirés de l'innovation précédente.

Un niveau supérieur peut être franchi si l'on considère, dès le départ, plusieurs innovations ayant émergé sur plusieurs terrains, répondant à une même problématique. La démarche consisterait à faire travailler ensemble des innovateurs au sein d'une même thématique afin de capitaliser sur les innovations existantes. Un patchwork pourrait alors être proposée à partir des enseignements tirés des 3 innovations primaires. Une palette de propositions seraient disponibles, notamment en fonction des spécificités du contexte. Les innovations secondaires seraient implémentées en « piochant » dans les leçons tirées en fonction des facteurs contextuels. Cela permettrait des innovations plus précises, « sur-mesure ». C'est cette innovation fictive, née de la collaboration entre plusieurs innovateurs qui serait implémentée dans de nouveaux contextes.

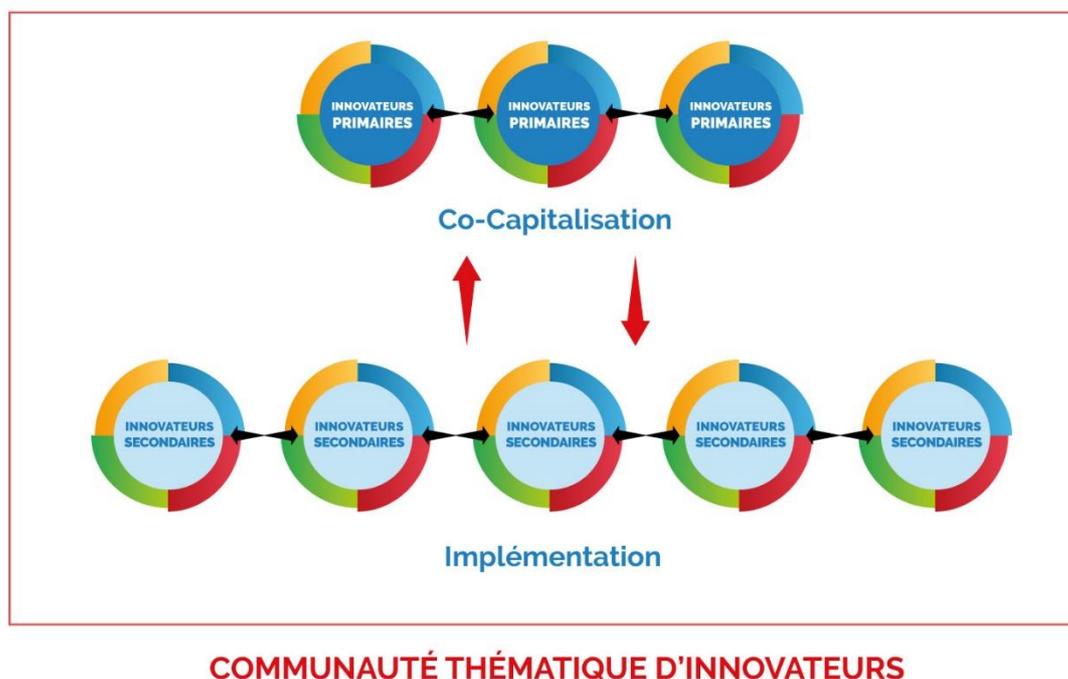


Figure 9 L'innovation collaborative

Les innovations existantes, ayant participé au travail de « co-capitalisation », pourraient bénéficier de ce travail en s'attachant à faire évoluer leur innovation en se servant des propositions sur mesure.

La FIRAH s'inscrit pleinement dans ces démarches d'innovation intégrative et collaborative.

Le transfert est un travail collectif qui gagnera à être adossé à des pratiques interactives à travers des collaborations, des plateformes, des réseaux, des communautés. La capacité à aligner et faire travailler ensemble des acteurs dont les intérêts, les stratégies, les façons de penser sont différents est clé. Ces espaces ont été réfléchis (Grenier, 2017) ou étudiés dans des situations précises (Grenier et al., 2020).

Nous pensons qu'ils doivent se décliner dans le champ du handicap via des **communautés d'innovateurs** sur une thématique donnée. Les innovateurs primaires et les innovateurs secondaires formeraient ainsi une communauté pour échanger, faciliter l'innovation collaborative et le transfert.

Transférer est certes une finalité mais également un chemin. Le fait de parcourir les différentes étapes du transfert, dans le temps, est un processus social qui va faire évoluer les innovateurs, l'innovation, l'environnement :

- La capitalisation d'expérience est une démarche qui renforce les capacités des acteurs en mettant à jour les processus qu'ils ont animés. Ce travail conduit l'innovateur primaire à engager un travail réflexif sur son propre travail et à consolider son innovation. Ce processus contribue activement à la pérennisation. Nous renvoyons au guide rédigé par Corinne Grenier pour une réflexion approfondie sur la pérennisation des interventions (cas des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé)(Grenier, 2017).

- Transférer s'apparente en partie à un travail de formalisation et de théorisation de l'innovation. Les éléments produits pourront fournir des arguments, des éléments de communication autour de l'innovation. Ces éléments pourront être présentés aux décideurs, financeurs, partenaires, dans un souci de convaincre, de justifier et de promouvoir l'innovation.

- Transférer est une opportunité pour rassembler les énergies autour d'une même vision, d'un même projet fondateur, pour raviver le sens donné au travail. Il peut renforcer les liens et l'adhésion au sein d'une équipe.

Conclusion

Cette étude de préfiguration montre qu'une clé pour augmenter l'impact des innovations dans l'accompagnement des personnes handicapées et accélérer la transformation de la société est le transfert. Ainsi une innovation ayant émergé dans un territoire donné pourra être implémentée dans d'autres territoires et bénéficier à d'autres personnes. Le transfert permet de démultiplier les innovations qui sont opérantes, et d'étendre de plus en plus un « quotidien inclusif » pour finir par couvrir le territoire.

L'intérêt du transfert pour aller vers une société inclusive réside dans le fait qu'il ne s'agit pas « d'appliquer » une « méthode inclusive » décrétée par les décideurs, « par le haut ». Au contraire, et bien qu'un regard bienveillant des pouvoirs publics, de la reconnaissance et des financements soient essentiels, l'objectif est de capitaliser sur des expériences qui ont fait leurs preuves sur le terrain. Cette caractéristique importante facilite l'appropriation des innovations par les acteurs de terrain sur de nouveaux territoires. Par ailleurs cette stratégie n'uniformise pas les réponses mais au contraire garantit de maintenir la richesse et la diversité des réponses qui peuvent exister. L'approche va même plus loin en amplifiant la diversité. En effet, la question de la transférabilité exige d'adapter chaque innovation à chaque nouveau contexte et ainsi le transfert devient un processus itératif, d'amélioration continue et produit une innovation intégrative et collaborative. Cela répond à l'exigence de justesse et d'adaptabilité des réponses nécessaires pour être en cohérence avec les principes de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (individualisation, sur mesure, à la carte).

Un des freins au transfert constaté est le manque de repères méthodologiques et d'outils.

L'étude de l'existant aussi bien en termes de recherche que d'actions existantes sur le transfert des innovations dans 2 domaines connexes : la Santé Publique et l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) a permis d'analyser et de positionner les concepts à mobiliser dans le champ du handicap. Cette étude de préfiguration débouche sur une démarche structurée de transfert et l'identification d'une première boîte à outils.

La FIRAH renforcera son expérience au fil des transferts et des travaux complémentaires menés en partenariat avec des équipes de recherche et des acteurs de terrain.

La FIRAH souhaite s'inscrire dans une dynamique collective, plus large, au sein d'une véritable politique de soutien au transfert engagée dans la durée et disposant de moyens :

- Le transfert doit être soutenu par les têtes de réseau, les décideurs, les financeurs.
- Il doit s'articuler finement avec les politiques publiques (dans le respect de la Convention Internationale relative aux droits des Personnes Handicapées).
- Il doit s'inscrire dans un environnement favorable à la recherche, à la production et à l'utilisation de données. Notamment, cela nécessite une évolution importante du secteur du handicap en termes de recueil de données, et de structuration de l'information.
- Il doit faciliter le lien entre le tryptique personnes handicapées et familles / professionnels / chercheurs dans les innovations et les programmes de recherche concernant l'accompagnement des personnes handicapées.

- Les financeurs publics et privés doivent favoriser le partage d'information en accès libre pour permettre au plus grand nombre de s'inspirer des actions innovantes pour améliorer leurs pratiques auprès des personnes handicapées.

Enfin, même si le travail de la FIRAH concerne aujourd'hui le champ du handicap, nous souhaitons sans cesse être attentifs à ouvrir nos échanges avec d'autres secteurs de l'innovation, en particulier celui des personnes âgées et plus généralement celui du secteur social.

ABBREVIATIONS

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CRDPH : Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées

ESMS : Etablissements de Santé et Médico-Sociaux

ESS : Economie Sociale et Solidaire

FIRAH : Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

BIBLIOGRAPHIE

- Aballea, F. (2003). Norbert Alter, *L'innovation ordinaire* | Norbert Alter (dir.), *Les logiques de l'innovation. Approche pluridisciplinaire*. Presses universitaires de France, coll. « Sociologies », Paris, 2001, 278 p. | *La Découverte*, coll. « Recherches », Paris, 2002, 275 p. *Sociologie du travail*, 45(Vol. 45-n° 4), 555-557.
- Affret, A., Prigent, O., Porcherie, M., Aromatario, O., & Cambon, L. (2020). Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention : A participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00602-z>
- André, K., Gheerbrant, C., & Pache, A.-C. (2014). Changer d'échelle : Manuel pour maximiser l'impact des entreprises sociales (p. 145). *ESSEC Business School et Fondations Edmond de Rothschild*.
- Antropia ESSEC. (s. d.). Scale Up Association. Consulté 18 janvier 2021, à l'adresse <https://antropia-essec.fr/scale-up-association/>
- APF. (s. d.). L'innovation à l'APF, recueils des pratiques inspirantes. Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?article4987>
- Arneton, M., Courtinat-Camps, A., Geay, B., & Bois, C. (2016). Intérêts et limites des suivis de cohorte pour comprendre les situations de handicap de l'enfant. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 57, 109-119.
- Ashoka. (s. d.). Everyone a Changemaker. Consulté 18 janvier 2021, à l'adresse <https://www.ashoka.org/fr-fr>
- Avise. (s. d.). Démultipliez vos innovations sociales avec P'INS ! Consulté 18 janvier 2021, à l'adresse <https://www.avise.org/actualites/demultipliez-vos-innovations-sociales-avec-pins-1>
- Banerjee, A. V., & Duflo, E. (2009). *The Experimental Approach to Development Economics*. *Annual Review of Economics*, 1(1), 151-178. <https://doi.org/10.1146/annurev.economics.050708.143235>
- Benmarhnia, T., David, P.-M., & Godrie, B. (Éds.). (2019). *Les sociétés de l'expérimentation : Enjeux épistémologiques, éthiques et politiques (1^{re} éd.)*. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctvhn0cr5>
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology : Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293. <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285>
- Bloch, M.-A. (2018). *Manager l'évaluation des approches parcours*. In E. Minvielle, K. Gallopel-Morvan, J.-M. Januel, & M. Waelli, *L'apport des sciences de gestion aux managers*. (Presses de l'EHESP, p. 181-198).
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours*. Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.bloch.2014.01>

Boisvert, D. (2020). Guide ATOSTI, Accompagnement à la transformation de l'offre de services par la transition inclusive. GAPAS.

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2012). *Transferability of interventions in health education : A review*. BMC Public Health, 12(1), 497. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-497>

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2013). *A tool to analyze the transferability of health promotion interventions*. BMC Public Health, 13(1), 1184. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1184>

Cambon, L., Terral, P. & Alla, F. (2019). *From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research*. BMC Public Health **19**, 339. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6663-y>

Campbell, D., & Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally & Company. <https://www.jameslindlibrary.org/campbell-dt-stanley-jc-1963/>

Carrefour des Innovations Sociales. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://www.carrefourdesinnovations sociales.fr/fr/node/102>

Cassier, M. (2019). *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements*. Revue d'anthropologie des connaissances, Vol. 13, N°1(1), 279-284.

Chapitre prospectif de la Cnsa « pour une société ouverte à tous ». (2018). CNSA.

Chen, H. T. (2010). *The bottom-up approach to integrative validity : A new perspective for program evaluation*. Evaluation and Program Planning, 33(3), 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>

Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016, (2016).

CNSA. (2017, juin 15). Recherche et innovation. CNSA. <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/deposer-un-projet>

Comité national d'évaluation du rSa. (2011). Rapport final. Comité national d'évaluation du rSa.

Coquard, C. (2020). Le tiers-veilleur : Un acteur de la recherche participative. Note sur l'accompagnement de la recherche participative. 58.

Corbière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N., & van Weeghel, J. (2014). *Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs*. Journal of Occupational Rehabilitation, 24(3), 484-497. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9482-5>

Cote A Cote. (s. d.). Côte à Côte Inclusion. Côte à Côte Inclusion. Consulté 15 janvier 2021, à l'adresse

<https://cote-a-cote-inclusion.com/>

Courtinat-Camps, A., Arneton, M., Geay, B., Girault, C., Joselin, L., Puustinen, M., Fontanaud, S., & Clement, P. (2017). Les enfants à besoins éducatifs particuliers de 0 à 2 ans : Analyses secondaires de données longitudinales (issues de ELFE et de Génération 2011) [Research Report]. Université Toulouse 2 Jean Jaurès ; INSHEA ; Université de Picardie - Jules Verne. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01601037>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). *Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance*. BMJ, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). *Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance*. International Journal of Nursing Studies, 50(5), 587-592. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>

Crozier, M., & Tilliette, B. (2007). *Nouveau regard sur la société française*. Odile Jacob. <https://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/nouveau-regard-sur-la-societe-francaise-9782738119926/>

Cullen, J., Gregory, J., & Lori, N. (2010). *The Teacher Attitudes Toward Inclusion Scale (TATIS) Technical Report*.

Dandurand, L. (2005). *Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative*. Revue française d'administration publique, no115(3), 377-382.

Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). *Implementation of health promotion programmes in schools : An approach to understand the influence of contextual factors on the process?* BMC Public Health, 18(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>

De Zutter, P. (1994). *Des histoires, des savoirs, des hommes : L'expérience est un capital*. Charles Léopold Mayer.

Developing the terminology for dissemination and implementation research. (2012). In R. C. Brownson, G. Colditz, & E. Proctor, *Dissemination and Implementation Research in Health : Translating Science to Practice*. Oxford University Press.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). *Le dispositif d'enquêtes « Autonomie » (2021-2023)*. Consulté 11 janvier 2022, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-dispositif-denquetes-autonomie-2021-2023>

Dobbins, M., Robeson, P., Ciliska, D., Hanna, S., Cameron, R., O'Mara, L., DeCorby, K., & Mercer, S. (2009). *A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies*. Implementation Science: IS, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-23>

Drake, R. E., Bond, G. R., & Rapp, C. (2006). *Explaining the variance within supported employment programs : Comment on "what predicts supported employment outcomes?"* Community Mental

Health Journal, 42(3), 315-318.

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). *Implementation Matters : A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation*. American Journal of Community Psychology, 41(3-4), 327. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

Dzewaltowski, D. A., Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Estabrooks, P. A., & Brock, E. (2004). *RE-AIM : Evidence-based standards and a Web resource to improve translation of research into practice*. Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 28(2), 75-80. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2802_1

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). *Welcome to Implementation Science*. Implementation Science, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>

Elèves en situation de handicap. (2020). *Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance*.

Ensemble, accélérons ! Accompagner les acteurs de l'innovation dans leur changement d'échelle. (2015). *Secrétariat Général pour la modernisation de l'action publique*.

FEHAP. (s. d.). *L'observatoire FEHAP de l'innovation : NOV'AP. Nov'ap*. Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <http://novap.fehap.fr/>

Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). *A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 34(4), 228-243. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34030-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34030-6)

Fondation la France s'engage. (s. d.). Consulté 25 mai 2022, à l'adresse <https://fondationlafrancesengage.org/>

Former, accompagner et conseiller pour transformer ? Postures, pratiques et coopérations professionnelles au coeur de la transformation de l'offre médico-sociale. (2019). *CREAI Centre-Val de Loire, ARS Centre-Val de Loire*.

Fortune, N., Madden, R., & Almborg, A.-H. (2018). *Use of a New International Classification of Health Interventions for Capturing Information on Health Interventions Relevant to People with Disabilities*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph15010145>

Gand, S., Periac, E., Bloch, M.-A., & Henaut, L. (2017). *Évaluation qualitative PAERPA (p. 72)*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES.

Gardien, E. (2012). *Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap – A liberté égale*. (Eres). <https://www.editions-eres.com/ouvrage/3040/des-innovations-sociales-par-et-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap>

Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en ! ERES*. <https://doi.org/10.3917/eres.gardo.2012.01>

Grenier, C. (2016). Gouvernance et Modèles d'innovation pour une Prise en Charge Innovante des Personnes Dépendantes.

Grenier, C. (2017). Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : Des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention – Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique. KEDGE Business School & ARS PACA.

Grenier, C., & Guitton-Philippe, S. (2010). Politiques publiques et innovation : Proposition d'un modèle d'agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social. *Management Avenir*, n° 35(5), 194-209.

Grenier, C., Ibrahim, R., & Duprat, L. (2020). Comment organiser un tiers-lieu éphémère pour favoriser l'émergence d'innovations institutionnelles ? Le cas d'un pôle d'opérateurs de services à domicile. *Innovations - Revue d'économie et de management de l'innovation*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02471958>

Handéo. (s. d.). Cap'Handéo. Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://www.handeo.fr/cap-handeo>

Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004). Complex interventions : How "out of control" can a randomised controlled trial be? *BMJ*, 328(7455), 1561-1563. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1561>

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions : Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Implementation science news, resources and funding for global health researchers. (s. d.). Fogarty International Center. Consulté 18 janvier 2021, à l'adresse <https://www.fic.nih.gov:443/ResearchTopics/Pages/ImplementationScience.aspx>

LADAPT. (s. d.). PéVA® (Pédagogie de la Vie Autonome®). Consulté 20 janvier 2022, à l'adresse <https://www.ladapt.net/pevar-pedagogie-de-la-vie-autonome#chapter-41421b17-3>

Le French Impact. (s. d.). Programme Pionniers French Impact. *Le French Impact*. Consulté 18 janvier 2021, à l'adresse <https://www.le-frenchimpact.fr/nos-programmes/pionniers>

Le handicap en chiffres (p. 70). (2004). Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Les initiatives labellisées « Tous concernés, tous mobilisés »—Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://handicap.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/acteurs/comite-interministeriel-du-handicap-cih/la-conference-nationale-du-handicap/article/les-initiatives-labellisees-tous-concernes-tous-mobilises>

L'expérience de l'évaluation d'impact social Pratiques et représentations dans les structures d'utilité sociale. (2017). *Avisé*.

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002-2 (2002).

Loubat, J.-R., Hardy, J.-P., & Bloch, M.-A. (2016). Concevoir des plateformes de services. Dunod.
<https://www.cairn.info/concevoir-des-plateformes-de-services--9782100740437.htm>

Loundon, N. (2013). *Implant cochléaire pédiatrique Indications actuelles et perspectives*. Réalités pédiatriques, 176.

Making It Big : Strategies for scaling social innovations. (2014). Nesta.
<https://www.nesta.org.uk/report/making-it-big-strategies-for-scaling-social-innovations/>

Mallidou, A. A., Atherton, P., Chan, L., Frisch, N., Glegg, S., & Scarrow, G. (2018). Core knowledge translation competencies : A scoping review. BMC Health Services Research, 18(1), 502.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3314-4>

Messidor. (s. d.). Franchise Sociale. Consulté 25 janvier 2021, à l'adresse
<https://www.messidor.asso.fr/index.php/franchise>

Minary, L., Alla, F., Cambon, L., Kivits, J., & Potvin, L. (2018). Addressing complexity in population health intervention research : The context/intervention interface. Journal of Epidemiology and Community Health, 72(4), 319-323. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209921>

Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports. (s. d.). Qu'est-ce que le FEJ ? Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse <https://www.experimentation-fej.injep.fr/8-qu-est-ce-que-le-fej.html>

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions : Medical Research Council guidance. BMJ (Clinical Research Ed.), 350, h1258.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>

Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., Finch, T., Kennedy, A., Mair, F., O'Donnell, C., Ong, B. N., Rapley, T., Rogers, A., & May, C. (2010). Normalisation process theory : A framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. BMC Medicine, 8, 63.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-63>

Nexem. (s. d.). Handicap : Vers un déploiement national du dispositif "Assistance au projet de... Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse <https://organisation.nexem.fr/actualites/handicap-vers-un-deploiement-national-du-dispositif-assistance-au-projet-de-vie-apv-7276-32135.html>

Nexem. (2019). Innovation : Partagez vos initiatives avec notre réseau.
<https://organisation.nexem.fr/actualites/innovation-organisationnelle-et-pratiques-professionnelles-partagez-vos-initiatives-avec-notre-reseau-632f-32135.html>

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implementation Science, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Observatoire de l'Innovation en Santé [ORIS]. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse

<http://oris-nouvelle-aquitaine.org/>

ODAS. (s. d.). Laboratoire de l'Autonomie. Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://odas.labau.org/>

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (s. d.). Convention relative aux droits des personnes handicapées. Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/conventionrightspersonswithdisabilities.aspx>

OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://www.oscarsante.org/>

Pachoud, B., Marec, M.-G., & Corbière, M. (2017). Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental (p. 120). NEXEM.

Panorama de l'évaluation d'impact social en France. (2021). ESSEC, Impact Tank. <https://impactinitiative.essec.edu/wp-content/uploads/2021/11/Panorama-ESSEC.pdf>

Patton, M. (2010). Developmental Evaluation : Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation & Use. Guilford Press. https://www.betterevaluation.org/en/resources/guides/developmental_evaluation/applying_complexity_concepts_patton

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). Realistic Evaluation | SAGE Publications Ltd. SAGE Publications Ltd. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/realistic-evaluation/book205276>

Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research : What it is and how to do it. BMJ (Clinical Research Ed.), 347, f6753. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>

Petit précis de l'évaluation de l'impact social. (2013). Avise, Essec, Mouves.

Plan d'action pour l'évaluation des médicaments innovants. (2020). Haute Autorité de Santé.

Pôle international de l'Institut Méditerranéen de Recherche et Formation en Travail Social. (2020). Capitalisation d'expérience : La Coopérative d'activités et d'emploi de l'Association CCDE à Ras Jebel. Institut Méditerranéen de Recherche et Formation en Travail Social.

Potvin, L., Di ruggiero, E., & Shoveller, J. A. (2013). Pour une science des solutions : La recherche interventionnelle en santé des populations. La santé en action, 425.

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

Programme SI commun MDPH. (2019, janvier 29). CNSA. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/programme-si-commun-mdph>

Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Dayre, E., Destailats, J.-M., Merceron, K., & Mazaux, J.-M. (2014). Mesurer le handicap psychique : Enjeux et méthodes. L'information psychiatrique, Volume 90(3), 191-195.

Rapegno, N., & Bertillot, H. (2017). Transformer l'offre médico-sociale ? Habitats « "inclusifs" » et établissements ' « hors les murs »' : L'émergence d'accompagnements alternatifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées (p. 67). CNSA, EHESP.

Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé. (2021). Ministère des Solidarités et de la Santé.

Rapport de synthèse du Groupe de travail Innovation Sociale. (2011). Conseil Supérieur de l'Economie Sociale et Solidaire.

Ravaud, J.-F., & Fougeyrollas, P. (2005). La convergence progressive des positions franco-québécoises. Santé, Société et Solidarité, 4(2), 13-27. <https://doi.org/10.3406/oss.2005.1047>

Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé. (s. d.). Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse /a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante

Réseau international sur le Processus de production du handicap. (s. d.). Le modèle. RIPPH. Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

Resolis. (s. d.). Accueil. Consulté 9 septembre 2021, à l'adresse <https://resolis.org/>

Ridde, V. (2009). La place des données qualitatives dans les évaluations en santé publique. actualité et dossier en santé publique, 69.

Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. Journal of Epidemiology and Community Health, 56(2), 119-127. <https://doi.org/10.1136/jech.56.2.119>

Rychetnik, L., & Wise, M. (2004). Advocating evidence-based health promotion : Reflections and a way forward. Health Promotion International, 19(2), 247-257. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah212>

Schloemer, T., & Schröder-Bäck, P. (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions : A systematic review and thematic synthesis. Implementation Science: IS, 13(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0751-8>

Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. (2020, décembre 11). La transformation de l'offre d'accompagnement. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/transformation-de-l-offre-d-accompagnement/article/principes-et-objectifs>

Sibieude, T., & Claverie, C. (2011). La mesure de l'impact social (p. 30). Groupe de travail du CSESS sur la mesure de l'impact social.

Simon de Cyrène. (s. d.). Les maisons partagées Simon de Cyrène. Simon de Cyrène. Consulté 25 janvier 2021, à l'adresse <https://www.simondcyrene.org/simon-de-cyrene/nos-propositions/les->

maisons-partages-ouvertes/

Skolarus, T. A., Lehmann, T., Tabak, R. G., Harris, J., Lecy, J., & Sales, A. E. (2017). *Assessing citation networks for dissemination and implementation research frameworks*. *Implementation Science*, 12(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0628-2>

SNDS. (s. d.). Consulté 25 janvier 2021, à l'adresse <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil>

Stratégies pour changer d'échelle. (2014). *Avisé*.

Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). *Bridging research and practice : Models for dissemination and implementation research*. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 337-350. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>

Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2015). *Evaluating complex interventions : Perspectives and issues for health behaviour change interventions*. *Psychology & Health*, 30(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.953530>

Theobald, S., Brandes, N., Gyapong, M., El-Saharty, S., Proctor, E., Diaz, T., Wanji, S., Elloker, S., Raven, J., Else, H., Bharal, S., Pelletier, D., & Peters, D. H. (2018). *Implementation research : New imperatives and opportunities in global health*. *The Lancet*, 392(10160), 2214-2228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0)

UNCCAS. (s. d.). UNCCAS. Consulté 14 décembre 2020, à l'adresse <https://www.unccas.org/>

Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire. (s. d.). *Valor'ESS outil mesure impact social*. Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse <https://www.valoress-udes.fr/>

UNIOPSS. (2021). *Les associations réinventent l'innovation*. UNIOPSS. <https://www.unitheque.com/les-associations-reinventent-l-innovation/les-cahiers-de-l-uniopss/uniopss/Livre/512833>

Van de Ven, A. H. (1986). *Central Problems in the Management of Innovation*. *Management Science*, 32(5), 590-607.

Vial, S. (2017). *Le design (Que sais-je ?)*. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-design--9782130799658.htm>

Victora, C. G., Habicht, J.-P., & Bryce, J. (2004). *Evidence-Based Public Health : Moving Beyond Randomized Trials*. *American Journal of Public Health*, 94(3), 400-405.

Vincenti, V., Bacciu, A., Guida, M., Marra, F., Bertoldi, B., Bacciu, S., & Pisanis, E. (2014). *Pediatric cochlear implantation : An update*. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13052-014-0072-8>

Vision Inclusive. (s. d.). *Vision Inclusive RFPFH - Partenaire du RIPPH*. Consulté 25 mai 2022, à l'adresse <https://vision-inclusive.org/>

What Works Centres britanniques : *Quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve*

en France ? (2017). ANSA.

WHO. (2011). World report on disability 2011. *World Health Organization, World Bank.* ivri

World Health Organization (WHO). (s. d.). Classification internationale du fonctionnement, handicap et de la santé. Consulté 29 janvier 2021, à l'adresse

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

La clé pour augmenter l'impact des innovations et accélérer la transformation de la société est le transfert. Ainsi, une innovation ayant émergé dans un territoire donné pourra être implémentée dans d'autres territoires et bénéficier à d'autres personnes. Le transfert permet de démultiplier les innovations qui sont opérantes, et d'étendre de plus en plus un « quotidien inclusif ». Également le transfert permet de garantir l'égalité de chances et l'équité de traitement pour tous et partout.

"Le transfert des innovations dans le domaine du handicap - Quelles approches opérationnelles pour soutenir le transfert sur le terrain ?" est la première réalisation du nouveau **Programme Transfert des innovations** coordonné par la FIRAH.

Ce rapport est décliné en 5 parties. La première partie s'attache à montrer que la clé pour accélérer la transformation de l'offre est le transfert des innovations. La deuxième partie explore les enjeux du transfert des innovations dans le champ du handicap. La troisième partie étudie les champs de l'évaluation et du transfert des innovations en Santé Publique et dans le secteur de l'Economie Sociale et Solidaire. Sur la base de ces enseignements, la quatrième partie dresse des préconisations au vu des spécificités du handicap. Enfin la cinquième partie aboutit à la présentation d'une démarche structurée et opérationnelle de transfert.

Ce travail a été réalisé dans la continuité de l'expérience FIRAH en croisant les savoirs des acteurs de terrain et des chercheurs. Il apporte des éléments pour continuer à mener une réflexion dans une dynamique participative et une volonté opérationnelle au service de l'essaimage des innovations de terrain.