

Préface

Tout observateur des politiques du handicap convient de ce que, depuis une vingtaine d'années environ – une génération –, des transformations très profondes y sont à l'œuvre. Cet ouvrage permet d'en dégager de manière limpide deux dimensions majeures et complémentaires.

D'un côté, l'affirmation, ancienne certes, mais plus clairement revendiquée que jamais par les personnes qui vivent avec un handicap, de leur désir d'autonomie, de libre choix de leurs conditions de vie, en un mot : de leur pouvoir d'agir.

D'un autre côté et conjointement, la volonté de ces mêmes personnes d'être regardées comme capables de participer pleinement à la vie sociale et d'en être réellement contributrices. Pour reprendre la formule du sociologue Serge Paugam, de ne plus seulement compter « sur » les autres et leur soutien, mais de compter aussi, davantage, « pour » les autres.

Il y a là, à l'évidence, le reflet d'une tendance générale qui traverse la société tout entière. Ce que l'on décrit comme une évolution du paradigme des politiques du handicap n'est, au fond, que la contagion d'un trait de notre époque, affirmation du « soi » et volonté de reconnaissance sociale, qui s'étend à des groupes sociaux qui pensaient peut-être que leur vulnérabilité les en tiendrait à l'écart. Mais le grand vent de la fière affirmation des différences s'est moqué de cette assignation et emporte aussi – c'est tant mieux – tous ceux que l'on pensait exclus.

Mais aussi exact que puisse être ce constat, peut-on s'y arrêter ? Peut-on se borner à voir, dans la revendication d'autodétermination des personnes vulnérables, la simple projection d'un mouvement qui touche la société dans son ensemble ?

Peut-être quant à ses sources, mais certainement pas dans ses manifestations, car une différence essentielle subsistera toujours entre l'autonomie d'une personne en pleine possession de ses facultés physiques et mentales et l'autonomie d'une personne fragile : le besoin, pour la seconde, d'être accompagnée jusque, le cas échéant, dans l'exercice même du droit fondamental à s'autodéterminer, c'est-à-dire à exercer sa liberté de décider elle-même de ce qui est bon pour elle.

Le principe est certain : une personne vulnérable, même privée de sa pleine autonomie de décision en raison d'une déficience psychique ou intellectuelle, doit, sauf à la nier en tant que personne, rester autrice de ses choix. Mais un choix de sa part qui, par exemple, la mettrait inconsciemment en danger ne peut pas être regardé comme un choix libre. Et donc cette personne n'est vraiment libre dans ses choix que si ceux-ci peuvent être éclairés et conseillés, avec le moins de surplomb possible, par un ou plusieurs « accompagnants ».

Tel est le cadre spécifique dans lequel il faut penser le large mouvement d'émancipation et de participation qui touche aujourd'hui le corps social : il doit, pour les plus fragiles, s'assortir d'un accompagnement. L'accompagnement, et les immenses questions qu'il soulève s'il veut être à la fois actif et sans emprise, est le sujet central du « pouvoir d'agir » des personnes vulnérables ou, si l'on préfère : est au cœur de ce que doit être, à leur égard, une société inclusive.

De cette condition élémentaire découlent deux conséquences.

La première est qu'il ne peut y avoir d'accompagnement sans accompagnants. Une société « inclusive » ouverte à tous suppose l'existence – et il faut ajouter tout de suite l'existence organisée et structurée – d'un groupe de personnes, composé de professionnels, bien sûr, mais aussi de membres de famille et de bénévoles, chargés de l'indispensable accompagnement.

C'est dans ces termes que se pose la question, rebattue et polémique, des institutions et de la « désinstitutionnalisation ».

Pour que l'autodétermination et la participation sociale des personnes les plus vulnérables soient une réalité concrète, il faut, bien sûr, faire évoluer leur cadre de vie. De ce point de vue, la « désinstitutionnalisation », entendue comme la sortie des formes de vies rigides et imposées, est une évolution indispensable.

Mais plus les parcours de vie sont libres, ouverts sur de nouveaux possibles et sur l'environnement de droit commun, et plus la fonction d'accompagnement doit s'étoffer en compétences, structurer la complémentarité de ses intervenants et développer des passerelles entre savoir-faire de professionnels et de pairs.

De cet autre point de vue, il faut par conséquent pouvoir structurer – et donc, en un certain sens, « institutionaliser » – une intervention conjointe des différents accompagnants, proches, pairs et professionnels. Pour le dire d'une formule : pour mieux « désinstitutionnaliser » les personnes accompagnées, il faut « institutionaliser » davantage l'intervention des accompagnants.

À cette première conséquence de la place centrale du paradigme de l'accompagnement s'en ajoute une seconde.

Le paradigme classique place face à face, dans le cercle clos du « milieu protégé », la personne vulnérable et l'équipe professionnelle. Une vision inclusive de l'accompagnement invite à y substituer une représentation que l'on pourrait dire triangulaire, par la présence de deux interactions supplémentaires avec ce que l'on appelle parfois le « milieu ordinaire », c'est-à-dire la société de tout le monde et de tous les jours.

Interaction d'abord, bien sûr, entre la personne elle-même et ce fameux « milieu ordinaire », qui résulte des plus fréquents recours directs aux espaces, services, environnements professionnels ou relationnels de droit commun. Ce contact vient puissamment solliciter, de manière si évidente qu'il n'est pas besoin de s'y étendre, l'adaptation et la « mise en accessibilité » de la société : celle de ses services publics – à commencer par celui de la scolarisation des enfants –, celle des organisations de travail, des espaces publics, des logements, des transports, etc. La liste est longue de ce qu'implique, en termes de transformations physiques, mais aussi et surtout de mentalités, un accueil bienveillant de la société aux personnes vivant avec un handicap.

Mais dans ce schéma triangulaire, il y a une autre interaction, dont on parle moins et qui est pourtant tout aussi nécessaire : celle qu'il faut désormais structurer entre le groupe des « accompagnants » spécialisés, professionnels ou autres aidants, et les structures ordinaires de la société. Car ces accompagnants ne peuvent espérer remplir leur rôle d'appui aux choix de vie de ceux qu'ils accompagnent que si des ponts sont tendus entre leurs savoir-faire et le fonctionnement des services et des activités de droit commun.

Ce n'est plus seulement d'accessibilité qu'il s'agit, mais bien de professionnalisme à partager, de services à rendre ensemble ou à articuler, ceux de droit commun faisant leur place aux compétences des accompagnants spécialisés, et ces derniers fournissant aux premiers l'expertise qui leur manque ou l'appui ponctuel dont ils ont besoin.

Que l'on songe à cet exemple banal d'une activité sportive ou culturelle ordinaire, à laquelle veulent prendre part des personnes en situation de handicap, sans une coopération étroite entre le moniteur de sport ou l'animateur culturel d'un côté et l'équipe professionnelle d'accompagnants de l'autre, le projet est voué à l'échec.

Pour développer son accessibilité, le milieu « ordinaire » a donc besoin, selon un modèle économique qui est, il faut bien le dire, entièrement à concevoir, d'experts organisés – professionnels et pairs experts d'usage – sur lesquels il puisse s'appuyer. Là encore, une « institutionnalisation » des professionnels du champ social, définie comme leur capacité à exercer dans des organisations stables et autour d'un même projet, se révèle une condition de la transformation « inclusive » de toute la société.

Ainsi, l'avenir des institutions médico-sociales n'est pas, comme on le dit souvent et trop vite, la « désinstitutionnalisation » : c'est plutôt de devenir des institutions tournées vers une transformation de la société, des institutions « médico-sociétales ».

Denis PIVETEAU
Conseil d'État
Anciennement CNSA
Paris

Introduction

Depuis 2008, les colloques Santé de la KEDGE Business School, coorganisés par Corinne Grenier, interrogent les acteurs, les organisations et les autorités publiques des secteurs de la santé et de l'action sociale, selon une approche pluridisciplinaire, pour mieux comprendre leurs dynamiques. Les thématiques ont été les suivantes : la prise en charge de la personne âgée (2008), l'innovation au regard des politiques publiques (2009), les mouvements de mutualisation et de regroupement (2010), l'articulation performance-bien-être des usagers (2011), les organisations de santé, réceptacles d'injonction ou acteurs stratégiques (2013), la gouvernance des organisations de santé (2015), soutenir durablement l'innovation (2017), des outils conceptuels et méthodologiques pour innover (2019¹) et l'expérience des patients et des usagers en 2021². Le colloque 2023 a poursuivi cette ambition de questionner les transformations en cours à travers le thème suivant : « **L'inclusion et la désinstitutionnalisation : nouveaux paradigmes ou injonctions pour innover dans le champ de la santé et du social ?** »

Les contributions réunies dans cet ouvrage sont le fruit des échanges et des discussions qui ont animé le colloque de 2023.

Introduction rédigée par Corinne GRENIER, Elizabeth FRANKLIN-JOHNSON et Giovany CAJAIBA-SANTANA.

1. Des chercheurs participant au colloque, avec d'autres, ont contribué à l'ouvrage coordonné par Corinne Grenier et Ewan Oiry paru chez ISTE (*Les défis du décloisonnement*, 2021) et Wiley (*Altering frontiers*, 2021).
2. Des chercheurs participant au colloque, avec d'autres, ont contribué à l'ouvrage coordonné par Luigi Flora, Corinne Grenier et Frédéric Ponsignon, paru chez ISTE (*L'expérience dans l'innovation en santé*, 2023) et Wiley (*Experience in Healthcare Innovation: Fad or New Paradigm?*, 2024).

1.1. Une promesse sociétale à questionner

Les termes suivants sont souvent évoqués : EHPAD « hors les murs », habitats inclusifs, démarches participatives et citoyennes, transformation de l'offre médico-sociale et sanitaire, désinstitutionnalisation, autodétermination, projets de vie, milieu ordinaire de vie, etc. Autant de vocables qui ont fait leur entrée depuis quelques années dans le champ de la santé et du social, au profit de nouvelles formes d'accompagnement des publics âgés, en situation de handicap, fragiles, précaires ou des patients. Ils ont pour dénominateur commun le souhait social et politique de tendre vers une « société inclusive ».

Selon Amartya Sen (Sen 2001), « l'inclusion est caractérisée par l'expérience sociale largement partagée et la participation active à une société, par l'égalité généralisée des possibilités et des chances de la vie qui s'offrent aux gens sur le plan individuel, et par l'atteinte d'un niveau de bien-être élémentaire pour tous les citoyens ». Lorsque l'on s'intéresse en particulier au champ de la santé et du social, on est davantage attentif aux éléments suivants : une société (ou un territoire) où chacun doit pouvoir vivre et exister selon ses souhaits (c'est-à-dire son projet de vie, par exemple) ; l'importance de considérer toute vie comme importante et nécessaire pour nous enrichir, sans hiérarchie entre formes/états de vie. Ainsi, pour Gardou (Gardou 2014, p. 14), « la gageure d'une société inclusive est de réunifier les univers sociaux hiérarchisés pour forger un nous, un répertoire commun ».

Plus pragmatiquement, promouvoir une société ou des environnements de vie plus inclusifs peut impliquer : a) le renforcement de la participation des personnes aux décisions et aux activités qui les concernent, qu'elles vivent en établissement, dans leur milieu ordinaire ; b) dans le respect de leurs habitudes et de leurs projets de vie ; c) et visant un objectif de participation sociale.

Cette aspiration sociétale rencontre les projets portés par des mouvements sociaux et associatifs qui revendiquent une société plus accueillante, équitable et inclusive, appelant l'ensemble des acteurs institutionnels nationaux et régionaux, et les collectivités locales à orienter dans ce sens leurs politiques sur leur territoire. À titre d'exemple, le mouvement international des villes amies des aînés (VADA) a identifié dans son guide (portée mondiale), en 2007, différents domaines d'action fondamentaux pour soutenir la participation sociale et citoyenne des aînés. Cette approche globale, intersectorielle, est celle également poursuivie par l'expérience d'Humanité³ (nord de la France), qui se définit comme un quartier de services, de structures sanitaires et médico-sociales, accueillant des écoles et des logements pour le bien-vivre de « tous, pour tous et avec tous ».

3. Voir : humanicite.fr.

Cette aspiration sociétale interpelle également et directement les opérateurs en santé/social, notamment lorsqu'ils entament une démarche de transformation de leur offre de service (médico-sociale ou de soin) dans un mouvement qualifié de « dés-institutionnalisation », c'est-à-dire déplaçant l'accompagnement et la prise en charge des publics concernés vers le milieu ordinaire. Cette aspiration sociale interpelle aussi les personnes concernées, âgées, en situation de handicap, en grande précarité, qui ont une expérience à faire valoir et qu'ils désirent exprimer (Grenier 2024).

Mais la transformation d'un système social et de santé réputé cloisonné et fortement régulé, l'articulation de différents mouvements sociaux et militants, l'entrée de nouveaux acteurs ou d'acteurs à qui la reconnaissance d'une parole légitime reste encore trop souvent questionnée, comme les personnes concernées, portent de nombreux paradoxes et de nombreux impensés, que le simple vocable trop souvent invoqué manifeste : celui de la « désinstitutionnalisation » qui serait davantage une quasi-injonction des pouvoirs publics, pouvant aller à l'encontre du souhait des personnes elles-mêmes. Ne se déploierait-elle pas non plus selon une réponse opportuniste des opérateurs (Casseron 2022), favorisée par l'orientation d'appels à projet financés ?

Bien au contraire, ne faut-il pas « refaire institution », à savoir « refaire société » ? Pour Bertillot et Vanneste (Bertillot et Vanneste 2022), trois dimensions structurent cet idéal d'inclusion : la montée des singularités au sein des sociétés contemporaines ; les attentes de reconnaissance dont elles font l'objet ; un horizon politique de transformation des sociétés à l'aune de ces singularités (Martuccelli 2017).

Nous ne pouvons faire l'économie d'un certain nombre de questionnements et d'interrogations, faute de quoi la désinstitutionnalisation ne serait qu'un imaginaire de la libération (Castel 1981). D'aucuns, chercheurs et professionnels, soulèvent les interrogations suivantes :

– les habitats inclusifs ne risquent-ils pas de réinventer de nouvelles formes d'accompagnement coupées de l'environnement immédiat de vie des personnes qu'ils accueillent ?

– l'EHPAD « hors les murs » ne risque-t-il pas de déplacer vers le domicile une expertise gérontologique cloisonnée d'autres expertises (sociales, culturelles, etc.) nécessaires au bien vieillir à domicile ?

– les professionnels ne sont-ils pas démunis face à la quasi-injonction d'« aller vers » des publics à qui d'autres veulent reconnaître un pouvoir d'agir et un droit à l'autodétermination ?

– les organisations et les opérateurs ne sont-ils pas démunis dans leur souhait de répondre à des valeurs qui donnent un sens à leur projet institutionnel et à leurs métiers,

mais dans un contexte d'injonctions multiples, parfois contradictoires, et dans un paysage d'intervention qui reste largement cloisonnées autour de silos d'intérêts et de prérogatives institutionnelles ?

– finalement, si la participation des publics concernés fait l'objet d'un consensus « poli », plusieurs travaux (Buffel *et al.* 2020 ; Bertillot et Vanneste 2022) montrent que ces démarches participatives ne sont pas inclusives en elles-mêmes, faute de porter attention aux formes de gouvernance locale ou à l'ambition poursuivie par les acteurs (Buffel *et al.* 2020).

1.2. Trois points d'entrée pour questionner l'idéal inclusif

Cet ouvrage considère les mouvements en faveur d'une plus grande inclusion comme autant de formes d'innovations sociales (Cajaiba-Santana 2014). Il réunit autour de 13 chapitres des auteurs de milieux académiques français et canadiens, et de disciplines variées, pour questionner **dans quelle mesure le concept d'inclusion, les pratiques associées, les terminologies qui le déclinent, sont-ils porteurs de transformation.**

La première entrée (partie 1) pose quelques fondations pour une société plus inclusive. Quatre chapitres la composent, tous abordant la question de la désinstitutionnalisation au terme d'une analyse des textes, expériences et politiques publiques depuis quelques années (chapitre 1), au regard des cadres d'interprétatif du « dedans » et du « dehors » (chapitre 2), en articulant ce chemin avec la question de l'autonomie des personnes (chapitre 3), en interrogeant les démarches de mesure d'impact social des transformations vers plus d'inclusion (chapitre 4).

La seconde entrée (partie 2) rend compte d'expérimentations récentes pour de nouvelles formes d'accompagnement. Elle se compose de cinq chapitres concernant l'inclusion scolaire (chapitre 5) et professionnelle (chapitre 6) ; le chapitre 7 investigate la pair-aidance, tandis que le chapitre 8 questionne les droits des patients et des personnes en situation de handicap (PSH) en soins de premier recours ; enfin, le chapitre 9 examine comment une association nationale a contribué à l'institutionnalisation de l'habitat inclusif (pour PSH).

La troisième entrée (partie 3) est celle du territoire et regroupe quatre chapitres. Le potentiel des *Living Labs* est analysé pour soutenir la participation des aînés dans des territoires ruraux (chapitre 10), tandis que des expériences variées de cohabitation dans des quartiers intergénérationnels sont étudiées dans le chapitre 11. Le fait de promouvoir des partenariats publics-privés-communautaires à l'aune de la gérontologie sociale pour une approche plus préventive de la santé dans les territoires est examiné

au chapitre 12. Enfin, le chapitre 13 étudie le rôle de plateforme territorialisée pour faire circuler des initiatives en faveur de l'engagement communautaire des aînés.

1.3. Des démarches capacitanes ? L'exemple de la chaire Territoires API

Beaucoup d'expériences présentées dans cet ouvrage sont issues de démarches de recherche de nature « interventionnelle » (Hatchuel 2001) et « participative » (Anadon 2007 ; Bellot et Rivard 2013). Ces démarches visent à construire, avec les acteurs, des connaissances actionnables et transférables pour viser un projet concret de transformation. L'immersion sur le terrain vise à favoriser la participation active des parties prenantes (chercheurs, praticiens, personnes accompagnées, autres) que l'on devrait pouvoir repérer sur l'ensemble des principales phases de la recherche, dès la problématisation, en passant par la conception, la mise en œuvre, l'analyse et l'évaluation des résultats. Mais une telle méthodologie ne pourrait-elle tomber dans le piège de l'impératif à la participation et à l'inclusion (Eyraud *et al.* 2018) ?

C'est l'évitement de ce piège qui anime les chercheurs associés à la chaire de recherche et d'expérimentation Territoires API (inclusifs et capacitanes⁴). L'hypothèse principale de la chaire est de considérer que les établissements, les services, ou toute autre démarche d'accompagnement vers plus d'inclusion dans la société et le milieu ordinaire, ne peuvent tenir leur promesse si l'environnement immédiat de vie au quotidien (le quartier, la ville, etc.) n'est pas accueillant, bienveillant, et capacitant. Ainsi, nous faisons nôtres les propos de Bauer (Bauer 2015, p. 74), pour qui promouvoir une société et des manières de faire inclusives implique « une double démarche, visant à la fois l'augmentation de la capacité à agir de l'individu et l'augmentation de la capacité à accueillir de l'environnement, autrement dit son accessibilité au sens le plus large du terme ».

Le territoire est ainsi capacitant dès lors qu'il offre des ressources, des mécanismes, des dispositifs qui permettent aux personnes accompagnées de recourir elles-mêmes (autant que possible, selon leurs possibilités et leur souhait d'autodétermination) d'y puiser et de se saisir ce qui leur est utile pour mener activités et projets.

4. Voir : chaire Territoires API-Accueillants, partagés et inclusifs-KEDGE BS. La chaire est financée par l'ARS PACA, la FIRAH (Fondation internationale de recherche appliquée au handicap) et l'IRESP (Institut de recherche en santé publique). Elle est dirigée par Corinne Grenier, et les deux chercheurs de cette introduction générale, ainsi que Frédéric Bally (KEDGE Business School) y contribuent ; en partenariat avec le CIRIS (François Routhier, Université de Laval, Québec), la chaire Autodétermination et handicap (Université du Québec à Trois-Rivières, Martin Caouette) et Karl-Emanuel Dionne (HEC Montréal).

Pour y parvenir, nous mobilisons une démarche de conception et d'animation de ces territoires, en nous interrogeant sur les caractéristiques de cette démarche à être elle-même capacitante. Si nous voulons pleinement tenir notre promesse d'une recherche participative, faut-il que ces personnes puissent réellement prendre place dans la démarche, y apporter leurs points de vue, leurs souhaits, leurs craintes, en s'appuyant sur leurs savoirs expérientiels. Ces savoirs sont un « savoir autrement » (Baillergeau et Duyvendak 2016, p. 411), comme « une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par le raisonnement discursif, l'observation ou la réflexion sur des informations fournies par d'autres » (Borkman 1976, p. 446). Ils portent une posture humaniste tendant à « réaffirmer la dignité des hommes et les richesses dont ils sont tous porteurs ainsi que la démocratie participative » (Cartron *et al.* 2021, p. 78).

Mais leur construction n'est pas « naturelle » ; elle suppose une activité réflexive sur ce qui est vécu (Cartron *et al.* 2021), comme le résultat d'une « pratique longue et répétée d'une activité qui permet l'émergence de l'individu expérimenté » (Demailly et Garnoussi 2015, p. 58).

Un enjeu méthodologique de la chaire Territoires API est de s'interroger sur comment associer les PSH aux principales étapes de la recherche, en faisant que les temps d'échanges informels, tout autant que les moments formels de réunion avec les autres acteurs, pour construire ensemble cette « cause commune » d'un territoire API, notamment dans l'élaboration de projets, la collecte de données et leur analyse, soient eux-mêmes capacitants.

I.4. Bibliographie

Anadon, M. (2007). *Recherche Participative: Multiples Regards*. PUQ, Québec.

Baillergeau, E., Duyvendak, J.W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands. *Health, Risk & Society*, 18(7-8), 407–426.

Bauer, F. (2015). Inclusion et planification : vers un territoire inclusif. *Vie sociale*, (3), 71–80.

Bellot, C., Rivard, J. (2013). La reconnaissance : un enjeu au cœur de la recherche participative. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 105–124.

Bertillot, H., Vanneste, D. (2022). L'inclusion comme expérimentation : la Communauté Amie Des Aînés du pays de Mormal. *Gerontologie et Societe*, 44(167(1)), 153–171.

- Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 3, 445–456.
- Buffel, T., Rémillard-Boilard, S., Walsh, K., McDonald, B., Smetcoren, A.S., de Donder, L. (2020). Age-friendly approaches and old-age exclusion: A cross-city analysis. *International Journal of Ageing and Later Life*, 14(2), 89–117.
- Cajaiba-Santana, G. (2014). Social innovation: Moving the field forward. A conceptual framework. *Technological Forecasting and Social Change*, 82, 42–51.
- Casseron, A. (2022). L'innovation comme levier de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale. Dans *Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre*, Batifoulier, F., Noble, F. (dir.). Dunod, Paris.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques*. Les Éditions de Minuit, Paris.
- Cartron, E., Lefebvre, S., Jovic, L. (2021). Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 1, 76–86.
- Demailly, L., Garnoussi, N. (2014). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences et actions sociales*, 1, 1–22.
- Eyraud, B., Saetta, S., Tartour, T. (2018). Introduction. Rendre effective la participation des personnes en situation de handicap. *Participations*, 3, 5–28.
- Flora, L., Grenier, C., Ponsignon, F. (dir.) (2023). *L'expérience dans l'innovation en santé : Modes éphémères ou nouveau paradigme ?*. ISTE Editions, Londres.
- Flora, L., Grenier, C., Ponsignon, F. (dir.) (2024). *Experience in Healthcare Innovation: Fad or New Paradigm?*. ISTE Ltd, Londres, Wiley, New York.
- Gardou, C. (2014). Quels fondements et enjeux du mouvement inclusif ?. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 1, 11–20.
- Grenier, C. (2024). Renforcer le recours aux savoirs expérientiels des bénévoles d'un accueil de jour : le rôle de la régulation sociale. *Revue des Sciences de Gestion*, 327, 53–65.
- Grenier, C., Oiry, E. (dir.) (2021a). *Les défis du décloisonnement : innovations organisationnelles en santé*. ISTE Editions, Londres.
- Grenier, C., Oiry, E. (dir.) (2021b). *Altering Frontiers: organizational Innovations in Healthcare*. ISTE Ltd, Londres, Wiley, New York.

Hatchuel, A. (2001). The two pillars of new management research. *British Journal of Management*, 12, S33–S39.

Martuccelli, D. (2017). *La condition sociale modern*. Gallimard, Paris.

Sen, A. (2001). *Development as Freedom*. Oxford University Press, Oxford.