



Mieux comprendre le rôle de l'économie sociale dans les services sociaux et de santé: exemples choisis en France et au Canada

Sebastien Fleuret, Mark Skinner

► To cite this version:

Sebastien Fleuret, Mark Skinner. Mieux comprendre le rôle de l'économie sociale dans les services sociaux et de santé: exemples choisis en France et au Canada. *Revue Internationale de l'Economie Sociale*, 2010, 315, pp.75-89. halshs-00865099

HAL Id: halshs-00865099

<https://shs.hal.science/halshs-00865099>

Submitted on 22 Jun 2017

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

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

MIEUX COMPRENDRE LE RÔLE DE L'ÉCONOMIE SOCIALE DANS LES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ : EXEMPLES CHOISIS EN FRANCE ET AU CANADA

par Sébastien Fleuret* et Mark Skinner**

*Ce texte déconstruit l'assertion qui laisse accroire que les organisations du champ de l'économie sociale (associations en France, organismes communautaires et secteur du volontariat en Amérique du Nord) sont une solution à la crise des modèles de protection sociale et à la raréfaction des ressources dans les systèmes de santé. Ce processus de déconstruction se base sur une posture théorique à l'intersection de la dimension du territoire (qu'il soit rural, urbain ou métropolitain, par exemple), de la dimension sectorielle (la santé, le social...), qu'il convient de croiser avec le champ de l'économie sociale et solidaire (ESS). Après une présentation générale du contexte, cette contribution suggère l'utilisation d'un modèle théorique comme grille de lecture des réalités à l'échelle locale. Nous présentons ensuite les résultats de nos observations sur le terrain (deux études de cas en Ontario, sur l'importance du volontariat dans les services aux personnes âgées des communautés rurales, et en France de l'ouest), mettant ainsi en exergue le rôle des acteurs du secteur médico-social relevant de l'ESS dans la définition de nombreux enjeux de développement durable des territoires.****

* Eso-Carta, université d'Angers. Mél.: sebastien.fleuret@univ-angers.fr.

** Université de Trent, Ontario, Canada. Mél.: markskinner@trentu.ca.

*** Une première version de cet article a été présentée le 30 novembre 2008 à Nantes, dans le cadre d'un colloque intitulé « ESS : nouvelles dynamiques territoriales » (www.iemniae.univ-nantes.fr).

La dimension spatiale de l'économie sociale est un sujet d'intérêt croissant dans de nombreuses recherches pluridisciplinaires, comme en témoigne le foisonnement récent de colloques mettant l'accent sur les relations entre économie sociale et territoires (Marseille, 2005 ; Bordeaux, 2007 ; Nantes, 2008). Les dynamiques locales dans un contexte de changement global font l'objet d'une attention toute particulière dans une perspective qui, dans le champ de la géographie humaine, est à dominante anglo-américaine. Cette dernière tend à présenter l'économie sociale et solidaire (ESS) et ses acteurs comme une forme de solution « universelle » à tout un ensemble de problèmes en lien avec les restructurations néolibérales actuellement à l'œuvre. Dans cette vision, les organisations du champ de l'économie sociale, vues comme un statut intermédiaire dans la dichotomie Etat-marché (Milligan, Conradson, 2006), sont une solution

à la crise des modèles de protection sociale et à la raréfaction des ressources publiques dans les systèmes de santé. En Ontario, particulièrement dans les zones rurales, on observe un désengagement tant des pouvoirs publics (en raison des coûts) que du secteur privé (absence de rentabilité) qui s'accompagne d'un discours mettant en exergue les ressources de la communauté. En France, notamment dans le secteur médico-social, que nous étudions spécifiquement ici, le désengagement de l'Etat est compensé par les associations, dont le rôle est vanté, mais qui manquent souvent de moyens. Or dans cette approche, il manque certainement une dimension : celle du territoire (qu'il soit rural, urbain ou métropolitain, par exemple). Cette dimension est pour nous centrale. Notre objectif est en effet d'apporter des perspectives nouvelles à la lecture des relations de l'ESS aux territoires là où certaines visions, par exemple le rôle et la place du volontariat dans les communautés rurales au Canada (Skinner, 2008), peuvent être abusivement normatives⁽¹⁾. Pour ce faire, nous nous basons sur deux études de cas menées en Ontario, sur l'importance du volontariat dans les services aux personnes âgées des communautés rurales, et en France de l'ouest, sur le rôle des associations dans l'offre de services socio-sanitaires de proximité.

(1) En France, la tendance actuelle à placer les associations dans une logique de contractualisation présente elle aussi un aspect normatif.

Considérant l'importance du modèle anglo-saxon dans la littérature, nous adoptons une démarche empirique de comparaison croisée entre des exemples pris en France (spécifiquement dans le grand ouest) et en Ontario (Canada), assumant l'hypothèse de spécificités européenne (Simonet, 1998 ; Evers, Laville, 2004), nationale et locale.

Après une présentation générale du contexte, nous présentons dans ce texte un modèle théorique que nous suggérons d'utiliser comme grille de lecture des réalités à l'échelle locale. Nous présentons ensuite les résultats de nos observations sur le terrain, mettant ainsi en exergue le rôle des acteurs du secteur médico-social relevant de l'ESS dans la définition de nombreux enjeux de développement durable des territoires.

Contexte, terrains et approche

Cadrage général

Cette étude s'inscrit dans le contexte d'une double évolution. La première est d'ordre sociodémographique : il s'agit du vieillissement des populations occidentales, qui génère de nouveaux besoins et de nouvelles problématiques souvent spatialisées (par exemple, le vieillissement accru des espaces ruraux). Cette évolution s'inscrit dans un cycle à long terme. La seconde évolution est d'ordre politique : il s'agit de l'ensemble des processus de restructuration à l'œuvre qui affectent l'offre de services dans différents secteurs d'activité et tout particulièrement dans ceux de la santé et du médico-social (économies budgétaires, recompositions territoriales à la recherche d'économies d'échelle...), les rapports entre public et privé (influence de la pensée néolibérale), les échelles géographiques

(2) Les résultats du programme Johns Hopkins, étude portant sur vingt-deux pays, mettent en lumière des différences profondes entre les différents pays. Le modèle anglo-saxon repose sur des organisations volontaires. Il insiste sur l'importance symbolique du bénévolat, fondée sur une longue tradition individualiste et puritaine d'initiative privée charitable. Ces organisations indépendantes et privées ont des sources de financement variées : financement public contractuel, parfois en concurrence avec des entreprises classiques, dons relativement élevés et recettes privées multiples. L'environnement sociopolitique est marqué par l'importance du pouvoir local dans un système politique et administratif centralisé (variante européenne) ou décentralisé (variante américaine). L'Etat-providence y est faible (Etats-Unis) ou déclinant (Royaume-Uni). Source : Archambault, 2000.

(3) www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/20050216_dp_presentation-plan.pdf.

(4) Note de travail n° 6, « Combien d'emplois dans les services à la personne ? », par Florence Jany-Clatrice : www.idies.org/public/Publications/idies_note_de_travail_6_BAT.pdf.

(décentralisation...). Ces évolutions s'inscrivent dans des cycles à court terme. Dans ce contexte, le terrain français est particulièrement intéressant à comparer avec le Canada, car, premièrement, il s'agit d'un pays qui n'a finalement que très récemment souscrit à l'agenda néolibéral tendant à déplacer de l'Etat vers les communautés locales et le secteur privé un certain nombre de prérogatives et, deuxièmement, il s'agit d'un pays dans lequel les bases du volontariat sont philosophiquement et contextuellement très différentes de la situation anglo-américaine (Simonet, 1998 ; Archambault, 2000, 2001 ; Damon, 2009) ⁽²⁾. Le travail que nous présentons ici est donc une pierre de plus dans le jardin de la recherche « hors du contexte anglo-américain ».

Le choix de focaliser sur le secteur sanitaire et social associatif est justifié par le fait qu'il représente l'un de ceux qui comptent le plus d'acteurs (volontaires, salariés et bénévoles) de l'économie sociale (tableau 1). Et ceci est vrai tant dans l'offre formelle que dans l'offre informelle de services.

La seconde raison du choix de ce secteur est qu'il a récemment été l'objet d'une loi sur les services à la personne, dite loi Borloo (2006), faisant suite à une autre loi (2002) portant sur le secteur médico-social. La première de ces lois, par un jeu de défiscalisation, avait pour objectif la création de 500 000 emplois de proximité, en cinq ans, sous la forme de services à la personne ⁽³⁾. Selon l'Institut pour le développement de l'information économique et sociale, nous sommes loin du compte (environ 12 000 créations en trois ans ⁽⁴⁾). De plus, en artificialisant la demande, cette loi participe à un ensemble de « vagues successives de réglementations

Tableau 1
Nombre d'employés des associations par secteurs
dans les Pays de la Loire et en France

Secteurs d'activité des associations	Nombre d'employés	
	Pays de la Loire	France
Enseignement	16 039	340 966
Santé	5 646 (4,91 %)	123 209 (5,74 %)
Social	39 119 (34,01 %)	623 016 (29 %)
Culture, loisirs, sports	4 457	118 093
Insertion	2 096	128 988
Autres associations	15 282	341 340
Total	82 639	1 675 612
Ensemble de l'économie sociale	114 795	2 146 000

Sources : pour les Pays de la Loire, Insee, 2004 ; pour la France, Insee, 2006.

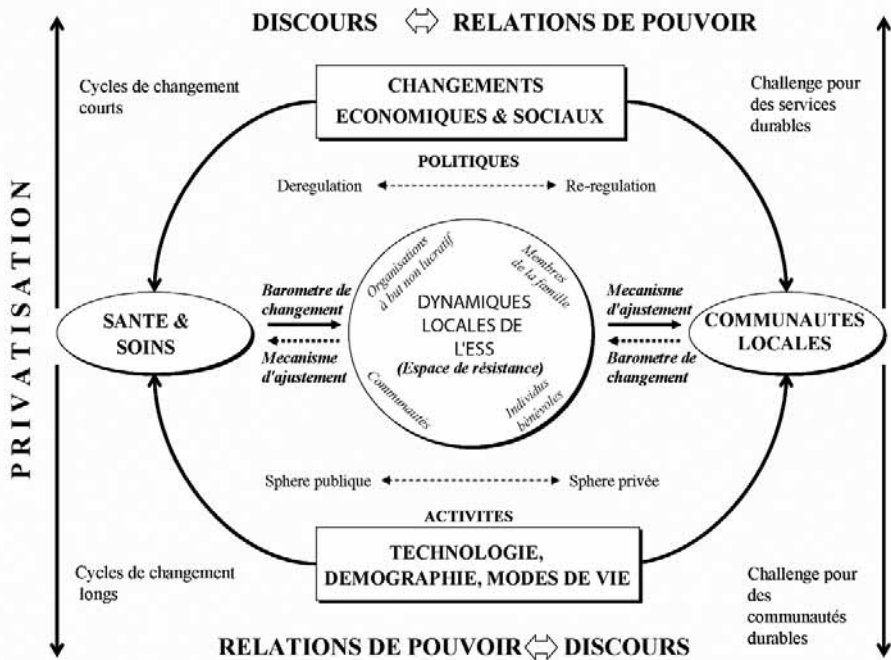
et de politiques publiques, le plus souvent sédimentées qui font qu'offre et demande ne sont pas des réalités spontanées » dans ce domaine (Devetter, Jany-Catrice et Ribault, 2009). La loi portant réforme sur le secteur médico-social marque elle aussi une intrusion des politiques publiques par le biais des schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui « *définissent les critères d'évaluation [et] instaurent une programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs* » définis par chaque département. Ces deux mesures sont venues se surimposer au fait que ce domaine a été la cible de restructurations nombreuses et d'ampleur ces vingt dernières années en France, mais aussi dans l'ensemble des pays occidentaux, ce qui rend la démarche comparative d'autant plus intéressante. Il est dès lors pertinent d'examiner les perspectives et les similarités entre la France et le Canada à l'aune des particularités contextuelles évoquées. Nous voulons ici suggérer que la compréhension des formes de provision de services sanitaires et sociaux nécessite de porter une attention toute particulière aux dynamiques locales de l'ESS. Les dynamiques locales sur lesquelles nous portons une attention spécifique sont l'ensemble des activités et actions entreprises en réponse aux injonctions à court terme des processus de restructuration et aux enjeux à long terme de l'évolution de nos sociétés dans le champ sanitaire et social.

Approche conceptuelle

Notre approche conceptuelle vise à une interprétation des dynamiques locales selon deux axes (*figure 1, en page suivante*). Le premier, vertical, prend en compte les changements économiques et sociaux et leur traduction dans les politiques publiques (dérégulation, « re-régulation »). Il s'agit par exemple de la privatisation des systèmes de santé ou des processus de décentralisation et de dévolution de services à des échelons locaux. Ces changements économiques et sociaux sont mis en parallèle avec des changements fonctionnels : l'offre de services sur le terrain doit s'adapter à des mutations technologiques, démographiques, à une rapide évolution des modes de vie. Ces changements s'inscrivent dans des cycles à long terme (vieillesse de la population) et à court terme (restructuration des politiques publiques). Le second axe conceptuel, horizontal sur la *figure 1 (en page suivante)*, confronte l'organisation de l'offre de santé et de soins (incluant les services médico-sociaux) aux réalités des communautés locales, et notamment (c'est ce qui est exprimé dans le cercle central) à la capacité de ces communautés à se structurer plus ou moins spontanément autour d'aidants naturels (membres de la famille, bénévoles) et de structures à but non lucratif (associations, mutuelles) et à créer ainsi du lien social. Ces deux axes interviennent simultanément sur les territoires à l'échelon local. Les dynamiques locales de l'ESS sont ici placées au centre et constituent donc l'objet d'étude. Si la question du territoire est de plus en plus présente dans les études portant sur l'économie sociale, la géographie est souvent périphérique et ne constitue qu'un facteur explicatif parmi d'autres.

Figure 1

Dynamiques locales de l'ESS, cadre conceptuel



Source : Skinner et Joseph, 2007, p. 121.

Le positionnement du territoire local comme objet principal est donc novateur.

Cette figure développée sur l'exemple canadien, d'après Skinner et Joseph (2007), et transposée ensuite en France fournit trois indicateurs utiles à la compréhension du rôle de l'ESS dans une dimension territoriale. Ces dynamiques peuvent être lues comme des baromètres du changement, l'expression de mécanismes d'ajustement, la formation d'espaces de résistance.

Les sources utilisées, au Canada et en France

Pour transposer cette figure théorique dans la réalité, nous nous appuyons sur deux études de cas. La première, dans la province de l'Ontario, au Canada, analyse le sens des notions de communauté et de volontariat dans les espaces ruraux. La seconde étude de cas porte sur un département français : le Maine-et-Loire, et examine le rôle du mouvement associatif dans le champ de la santé (*tableau 2, en page suivante*).

● **Tableau 2**
Descriptif résumé des études de cas en France et en Ontario

Localisations	France	Ontario
	Département du Maine-et-Loire	Blind River, St Marys, North Grenville
Contextes médico-sociaux nationaux	Système de santé national avec cloisonnement fort entre la santé médicale, le social et le médico-social. Ce dernier est décentralisé à l'échelon départemental. Au niveau local, l'offre de services est morcelée et il n'existe pas d'organisme de coordination globale. Seules les associations les plus visibles interagissent avec le système	Système de santé provincial avec, en Ontario, un ministère unique pour la santé et le social. Au niveau local, des centres de santé communautaires (CSC) assurent des programmes de santé primaire et de promotion de la santé en lien avec la collectivité et les organisations communautaires
Cultures médico-sociales	Forte centralisation et tradition de « <i>top down</i> » décisionnel	Forte dimension communautaire et tradition de « <i>bottom up</i> » décisionnel
Profil des terrains étudiés	Département comptant 671 000 habitants, au profil rural. Chef-lieu : Angers, 250 000 habitants dans l'agglomération. L'offre de services de santé et de services sociaux, comparable à la moyenne nationale, émane de trois secteurs : public (hospitalier, collectivités territoriales), privé libéral et associatif. La santé et le social sont relativement cloisonnés	Trois communautés situées à des gradients différents d'éloignement des centres urbains (proximité, 50 km et plus de 150 km) et présentant des profils socio-économiques différenciés (deux communautés dynamiques, l'une périurbaine, l'autre agricole, et une communauté minière en déclin démographique). L'offre de services est mixte (public-privé), avec dans les deux cas une forte dévolution aux organismes à but non lucratif adossés par exemple à l'hôpital local ou à une aide municipale. La santé et le social sont relativement décoisonnés
Méthodologies employées	Enquête (n = 115) et entretiens semi-directifs avec des responsables associatifs (n = 16). Différenciation territoriale <i>a posteriori</i>	Entretiens semi-directifs avec des responsables des communautés et de l'offre de services (n = 72). Différenciation territoriale préalable entre trois sites tests

L'étude canadienne effectuée en 2006 et 2007 dans trois espaces ruraux analyse l'application du concept de communauté à la prestation de soins à domicile et communautaires aux aînés. L'étude se fonde sur des entretiens réalisés auprès d'informateurs clés provenant d'organismes gouvernementaux, d'agences de santé et de services sociaux, ainsi que de groupes du secteur bénévole et communautaire locaux. Les résultats révèlent le paradoxe de la croyance conventionnelle selon laquelle il existerait une compensation au manque de services structurés qui caractérise les petites villes rurales, par la création de liens serrés entre leurs habitants et par une compréhension commune de la notion de communauté. Les résultats démontrent qu'au contraire les communautés rurales ne peuvent pas totalement compenser le manque de services offerts aux personnes âgées, cette croyance ne tenant pas compte de la capacité d'adaptation incertaine des secteurs informels locaux, ce qui revient à démolir certaines présomptions à propos des services offerts aux personnes âgées dans les régions rurales du Canada.

L'étude française a été réalisée entre 2003 et 2006 dans le Maine-et-Loire, dans l'ouest de la France. Elle avait pour objectif d'identifier le rôle et la place des associations dans un système local de santé. La première étape consistait donc en l'inventaire de toutes les associations à l'échelle d'un département, suivi d'une enquête⁽⁵⁾. L'enquête a été complétée par seize entretiens en vis-à-vis avec des présidents d'association représentatifs. Cette étude montre que le fait de pallier un manque ou une carence du système est la première raison d'être des associations de la santé et du médico-social. Jusqu'au début des années 80, la motivation de combler un manque était plus largement dominante⁽⁶⁾ et les enjeux de complémentarité et de coordination étaient absents ou minimes, mais aujourd'hui la tendance s'est modifiée. Les associations créées depuis le début des années 90 apparaissent pour des motifs plus variés au sein desquels la coordination des acteurs, la complémentarité et la diversité de services offerts occupent une place importante. Par exemple, il n'est pas rare, dans le service public, qu'il soit plus aisé de créer une association pour coordonner l'activité de deux services de soins que d'adapter les statuts des établissements à des règles de fonctionnement et de contrôle parfois rigides : « *La formule association est souvent la plus souple à mettre en œuvre* » (un responsable associatif). C'est la traduction des changements récents dans les modes de gestion du territoire : décentralisation, planification plus stricte, lois d'encadrement du secteur médico-social, loi d'orientation sur les finances publiques, etc. Les résultats des études canadienne et française ont été confrontés et c'est le résultat de cette confrontation qui est présenté ci-après⁽⁷⁾.

(5) Cent quinze associations y ont répondu.

(6) Plus de 75 % des réponses parmi les associations créées dans les années 60-70.

(7) Ces deux études ayant été publiées indépendamment l'une de l'autre par ailleurs, le lecteur se reportera aux références suivantes pour plus de détail : Skinner, 2008, et Fleuret, 2006.

Résultats

Les résultats sont ici présentés en suivant la logique du schéma conceptuel de la figure 1 : nous examinerons tout d'abord ce que révèle l'économie

sociale prise comme baromètre de changement, puis nous aborderons les mécanismes d'ajustement, avant d'évoquer les espaces de résistance.

Baromètre du changement

Ce baromètre se lit à deux échelles temporelles : court et long termes. Sur le long terme, c'est incontestablement le processus de vieillissement de la population qui se lit à travers l'évolution des organisations à but non lucratif dans le champ de la santé et des services aux personnes. Ce vieillissement entraîne un changement des demandes (nouveaux besoins) et des pratiques (besoins de plus en plus spécifiques). La spécification des besoins incite les acteurs à se former, à se spécialiser et à se professionnaliser. En cela on rejoint le point suivant, qui est l'évolution du secteur à plus court terme avec de nombreuses restructurations visant à mutualiser les compétences et à créer des chaînes de services (injonction au réseau, notamment). Sur le terrain, les acteurs évoquent ce changement comme une difficulté, d'autant que les bénévoles eux-mêmes vieillissent et que, comme nous le confie une responsable associative en France, « *parfois ce sont les mêmes personnes qui sont les bénévoles et celles qui auraient besoin de services, car ce sont des personnes âgées* ».

Sur le court terme, ce sont des changements structurels que l'on observe. Si les changements à long terme sont assez semblables entre la France et l'Ontario, ceux à court terme, tributaires des orientations politiques, montrent une différenciation plus marquée. En Ontario, bon nombre de programmes publics (subventions) ont été dirigés vers le secteur privé lucratif. Il en résulte pour les organismes à but non lucratif :

- Une multiplication de challenges opérationnels face à une demande de soins croissante et complexe : « *Les gens ont besoin de plus de soin... A cause des coupes franches à l'hôpital, on les renvoie plus tôt chez eux et là ils nous appellent, mais on n'a pas vraiment de bénévoles formés pour ce type de situation.* »
- Des enjeux et challenges spécifiquement ruraux. Cet espace traditionnellement vu comme un territoire sur lequel s'exercent des solidarités naturelles montre en réalité qu'un modèle de développement basé sur les seules ressources du milieu rural est très limité : « *J'ai plus peur du retrait des services privés dans les communautés rurales, car il y aura toujours des bénévoles, des familles et des associations. Mais ça ne suffit pas.* »

En France, le développement du secteur privé est très inégal, avec de fortes différences régionales. Une étude menée en Midi-Pyrénées (Rumeau, Rouyer, 2007) donne des résultats en matière d'implantation concurrentielle du privé que l'on ne retrouve pas dans l'enquête sur le Maine-et-Loire. Des effets de lieu sont donc à l'œuvre et, dans le Maine-et-Loire, le secteur public (soutenu par les collectivités territoriales, notamment le conseil général) et les associations n'ont pour l'instant à plus de 80 % pas d'interaction concurrentielle avec le secteur privé lucratif. En revanche, la loi sur les services à la personne (dite loi Borloo) commence à avoir un impact considérable et de nombreuses initiatives individuelles dans ce domaine

viennent modifier le paysage. Le développement des services à la personne induit par cette loi consiste souvent à mettre (par des aides publiques très coûteuses) des salariés au service du confort de ménages aisés, ce qui remet ainsi à l'honneur la société de serviteurs (Jany-Catrice, 2009). L'impact de cette loi se voit tout particulièrement dans des secteurs spécifiques comme celui des personnes âgées, dans lequel une association comme l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR) était quasi monopolistique. On assiste actuellement à l'arrivée de nouveaux acteurs cherchant à tirer profit des opportunités que créent les défiscalisations et qui génèrent le plus souvent des emplois de mauvaise qualité s'accompagnant d'un manque de formation, d'une absence de structures d'encadrement et de garde-fous éthiques. De nombreux auto-entrepreneurs qui s'improvisent prestataires de services auprès de personnes âgées et des sociétés à but lucratif profitent du régime de subvention pour vendre des services au prix fort. La marchandisation des services à la personne est cependant très disparate géographiquement et de nombreux espaces « peu rentables », souvent ruraux, restent le terrain des seules associations. Là aussi, il existe une forte spécificité rurale et une forte présomption par les acteurs des politiques publiques d'une « solidarité » rurale innée qui pallierait tous les manques. Pourtant, la problématique de l'isolement des personnes âgées ressort avec force et apparaît systématiquement dans les priorités des associations, ce qui contredit cette présomption.

D'autres restructurations à l'œuvre pèsent également sur le secteur, et en premier lieu le virage ambulatoire pris dans les années 90, qui a raccourci les temps de prise en charge à l'hôpital pour éclater la prise en charge sur le territoire en la plaçant au domicile des patients. L'ensemble des soins de suite qui étaient auparavant donnés en un même lieu (le service hospitalier) est aujourd'hui fragmenté en différents points du territoire. Il y a autant de lieux de soins que de patients. Cette fragmentation a généré de nouveaux besoins et c'est le plus souvent le secteur associatif qui a endossé cette charge nouvelle d'accompagner les personnes à domicile.

Mécanismes d'ajustement

Face à ces changements qui bien souvent se font sans concertation et à des niveaux de décision nationaux, voire supranationaux, les rapports entre le secteur de l'économie sociale, le secteur privé et le public sont constamment en mouvement, en ajustement, et ces ajustements se font le plus souvent à l'échelle locale, voire microlocale. Cela se traduit tout d'abord par des processus de co-construction territoriale, par des effets d'échelle (*all is local?*) et par des enjeux de visibilité.

Les mécanismes de co-construction territoriale sont, d'une part, les processus d'adaptation du secteur associatif aux règles et normes édictées par le pouvoir politique et aux évolutions du marché et, d'autre part, les réponses politiques aux changements générés par l'activité des associations et des entreprises de l'ESS. Dans le secteur médico-social, l'avènement des schémas départementaux du vieillissement ou du handicap en est un

exemple concret. Dans le Maine-et-Loire, on constate que les associations sont dans une large proportion nées d'un manque repéré sur le territoire. Elles ont donc développé une activité et l'ont structurée spatialement. Plus récemment, la loi de 2002 sur le secteur médico-social a fixé un certain nombre de règles (la procédure d'agrément, par exemple) et engagé un processus de cartographie des besoins et des ressources dans un schéma départemental qui s'impose aux associations. On a donc bien là un processus de co-construction.

En Ontario, la co-construction se fait par substitution du volontariat au secteur privé : en d'autres termes, là où l'investissement de marché n'est plus rentable, l'économie sociale prend le relais. S'il existe de nombreux lieux où services privés et associatifs coexistent, la co-construction se fait souvent sur des territoires distincts : chacun participe à la construction de son territoire et il faut changer d'échelle pour observer la partition.

Aux mécanismes de co-construction il faut donc ajouter des effets d'échelle. D'un point de vue géographique, des différences notables apparaissent selon les échelles d'intervention observées. Elles naissent notamment des rapports aux acteurs de la régulation des territoires. Ainsi, une fédération nationale n'a pas les mêmes rapports aux pouvoirs qu'une antenne locale, mais surtout, pour tendre vers un même résultat, elle ne va pas solliciter les mêmes institutions. Une distinction des espaces concernés (rural peu dense *versus* urbain au maillage social très développé) et des champs d'intervention (maladie, handicap, vieillissement, pauvreté...) renforce cette diversité. En France, un modèle semble pouvoir être établi : le niveau de relation avec les acteurs institutionnels va décroissant à mesure que l'on élargit l'aire décisionnelle considérée (*tableau 3, en page suivante*). Seules 25 % des associations n'ont pas de liens avec les instances municipales, contre 55,5 % avec les services déconcentrés de l'Etat au niveau régional. Cela semble logique, puisque l'on accroît la distance au pouvoir considéré. Mais un paradoxe naît du fait que les compétences en matière de décision et de planification sanitaire et sociale se répartissent dans des proportions à peu près inverses entre ces différents niveaux de pouvoir.

En Ontario, les effets d'échelle se manifestent en termes de taille des communautés et de distance aux centres urbains. L'accent est mis sur le local et la contribution des ressources locales (volontaires) à l'offre de services. Ceci est présenté sous un jour positif (arguant de l'*empowerment*, de la participation accrue et de l'exercice de citoyenneté), mais ne tient pas compte du fait que cette ressource peut venir à manquer ou se sentir dépassée par les enjeux.

Enfin, des enjeux de visibilité se font jour dans les mécanismes d'ajustement. Ils s'expriment de deux façons. Premièrement, l'enjeu de la visibilité est une préoccupation des associations qui veulent « participer », être le « co » de la co-construction territoriale. Or, le monde associatif est très mal connu en dehors de quelques grandes associations bien représentées dans les différentes instances décisionnelles. Cela a son importance dans un contexte de restructurations. Deuxièmement, si une responsabilité

Tableau 3
Effets d'échelle dans le Maine-et-Loire

Niveau décisionnel	Part des associations ne déclarant aucun lien avec les instances correspondantes au niveau décisionnel (n = 115)	Graduation des niveaux de relation	Graduation des niveaux de compétence décisionnelle en santé
Municipal	25 %	↑	↓
Départemental	45,5 %		
Régional	55,5 %		

implicite est donnée au secteur de l'économie sociale (là où les services publics sont défaillants ou là où le privé n'investit pas), se pose la question de la légitimité d'une association par rapport à une autre. La visibilité est là un enjeu déterminant. Or, par exemple, lorsqu'une personne âgée sort de l'hôpital et a besoin de soins de suite à domicile, le personnel hospitalier ne dispose pas toujours d'une bonne visibilité de l'offre sur le territoire et peine à orienter son patient.

Espaces de résistance

Au-delà des changements observables et des mécanismes d'ajustement aux restructurations, des résistances s'observent. En effet, les organisations à but non lucratif sont bien souvent fondées sur une posture militante. Or cette dernière s'accommode assez mal des contraintes extérieures ou des injonctions liées aux transformations des politiques publiques. Ainsi, en Ontario, un responsable associatif réagit face à la dévolution de responsabilités à la communauté locale et spécifiquement au secteur du volontariat en disant : « *Je pense qu'on est là en train de chercher à revêtir un habit trop petit et les coutures craquent.* » En France, plusieurs responsables administratifs confient leur intention de résistance face à l'institutionnalisation, tout en constatant que, « *de toute façon, le processus est enclenché à travers la loi de 2002* ».

Discussion et conclusion

Le tableau 4 (*en page suivante*) résume les enseignements tirés de l'étude comparative sur la base des trois entrées du modèle conceptuel utilisé comme grille de lecture. Ces enseignements sont ensuite discutés.

Si l'on replace ce travail en perspective avec l'idée largement répandue dans le monde anglo-saxon d'une économie sociale ou d'un tiers secteur

(regroupés sous la désignation de *volunteers*) comme solution à tous les maux, on constate qu'en effet, aujourd'hui, de nombreuses formes de dévolutions de services sont observables, et ce plus particulièrement dans certains domaines (par exemple les services aux personnes âgées) et dans certains territoires (l'espace rural, notamment). Néanmoins, et en réponse à la question posée en titre de la *Revue du Mauss* (1998): « Une seule solution, l'association? », les situations française et canadienne sont bien plus complexes et cette complexité se lit tout particulièrement à l'échelle locale.

Les dynamiques locales de l'économie sociale sont un enjeu qui peut se traduire par des phénomènes de conjonction d'attentions et de tensions. La territorialisation accrue des politiques de santé et du social, d'une part, et, d'autre part, l'emphasis générale sur le local, omniprésent dans les discours politiques actuels, traduisent une attention pour l'échelon local. Simultanément, des phénomènes de tensions matérialisées par des restructurations à court terme et des changements sociaux à long terme interviennent sur les territoires et les sociétés qui les habitent. Ces changements sont difficiles à concilier avec les réalités du terrain. Il y a donc là une contradiction et, si les formes d'ajustement ou de résistance au changement varient entre le contexte français et le contexte anglo-saxon, des similarités sont notables.

Tableau 4
Les organisations de services médico-sociaux,
bilan comparatif d'après le modèle conceptuel de Skinner et Joseph

	Ontario	France
Baromètre de changement	Challenges opérationnels très forts pour des organisations livrées à elles-mêmes	Imbrication forte des changements contextuels et de l'impact des politiques publiques qui s'imposent aux organisations
Mécanismes d'ajustement	Peu de cohabitation sur un même territoire local: l'ESS est considérée comme « naturelle » là où le privé lucratif n'est pas	Co-construction locale limitée aux associations disposant d'une bonne visibilité
Espaces de résistance	Réticence à se voir confier une charge trop lourde	Réticence à se voir enfermer dans une contractualisation contraignante avec les collectivités territoriales

Le bilan de cette comparaison entre deux études de cas dans deux contextes différents permet ainsi de dégager quelques idées essentielles.

- Une série de points en opposition sont à prendre en considération : long terme *versus* court terme, formel (visible) *versus* informel (invisible?), résistance *versus* ajustement. L'ensemble de ces points pose en fait une seule vraie question, sous forme, une nouvelle fois, d'opposition : efficience *versus* durabilité ?

- Le secteur à but non lucratif (associations, organisations communautaires, volontariat) est tiraillé entre les demandes à court terme (injonctions aux restructurations) et celles à long terme (assurer le développement local durable des communautés).

L'opposition entre efficience et durabilité de même que celle entre court et long termes posent la question du maintien du secteur de l'économie sociale dans une précarité relative (dans le domaine de la prise en charge et des services aux personnes âgées). En effet, on ne confie pas de mandat à long terme aux organismes de l'ESS. En France, la loi de 2002 sur l'action sociale et médico-sociale propose une révision des contrats et des objectifs tous les cinq ans, sur un calendrier non négocié avec les associations et donc subi par elles. De plus, ces objectifs s'inscrivent dans des dynamiques qui ne correspondent pas nécessairement aux dynamiques locales, mais à des décisions relevant d'une autre échelle. Inversement, la volonté des associations de garder leur autonomie conduit à se demander si des mandats à plus long terme sont totalement souhaitables au regard des enjeux liés à l'institutionnalisation ou à la visibilité des petites associations⁽⁸⁾. En Ontario, l'impact des politiques publiques se fait par défaut : c'est le désengagement de l'Etat qui induit le changement et qui fait peser sur le secteur du volontariat un poids de plus en plus préoccupant et menace l'engagement des bénévoles à long terme. Dans les deux cas, sous des formes différentes, c'est la question de la place des organisations de l'ESS dans les systèmes socio-sanitaires locaux qui est posée. Quel niveau de reconnaissance, quels moyens et quelles responsabilités est-on prêt à leur accorder ? Ces constats dressés sur deux exemples localisés dans leurs pays respectifs présentent des similitudes et des différences et constituent l'une des (trop rares) tentatives pour étudier ce sujet. Le modèle conceptuel que nous avons utilisé présente un intérêt indéniable. Il fournit en effet une grille de lecture commune aux deux espaces étudiés. Il reste, en conclusion, à lever une interrogation et à réaffirmer une assertion exprimée en introduction.

L'interrogation est celle que nous avons préalablement à la réalisation de cette étude était de savoir si un modèle conceptuel établi sur un corpus de références anglo-saxonnes pouvait être transposé dans un contexte sensiblement différent. Les résultats auxquels nous sommes parvenus lèvent cette interrogation. Il existe bien des différences entre le modèle canadien et le modèle français, mais il est possible de les analyser sans changer de modèle conceptuel. Néanmoins, nous ne pouvons pas non plus présumer que l'exemple français suffit à lui seul à valider ce modèle hors du contexte anglo-saxon. D'autres études de cas seraient utiles afin de l'enrichir.

(8) Nous n'avons pas travaillé sur le sujet de l'innovation par ailleurs décrit dans la littérature comme s'apparentant à cette catégorie d'enjeux.

Enfin, la comparaison présentée dans ce texte montre la pertinence de placer la question territoriale (le local) comme objet central de l'étude. Premièrement, il s'agit d'une échelle d'observation privilégiée et la parole des acteurs recueillie localement donne à voir les répercussions concrètes de processus à l'œuvre à d'autres niveaux. Deuxièmement, le terme « local » est actuellement sur toutes les lèvres, employé à tort ou à raison, désignant tour à tour un espace, une communauté, un ou des individus. En faire un objet central d'étude permet de replacer ce terme dans un emboîtement d'échelle et d'en préciser le contenu. Cela revient à tenter de relever progressivement le défi posé par C. Milligan et D. Conrardson (2006), qui invitent les géographes à constituer une géographie de l'économie sociale, considérant qu'« *il ne faut pas étudier les politiques sociales et de santé uniquement au regard d'une emphase qui porte tantôt sur l'initiative communautaire, tantôt sur le rôle des institutions, mais aussi au regard des transferts de responsabilité de l'Etat vers le secteur de l'ESS et même vers les communautés, les ménages, les individus* ». ●

Bibliographie

Archambault E., 2000, « Perspective internationale sur le secteur sans but lucratif », *Ceras, Projet*, n° 264.

Archambault E., 2001, « Historical roots of the nonprofit sector in France », *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 30, n° 2, juin, p. 204-230.

Bordeaux, 2007, « Economie sociale et solidaire, territoire et politique : regards croisés », colloque international Sciences-Po, 29-30 novembre.

Damon J., 2009, *Questions sociales : analyses anglo-saxonnes*, Presses universitaires de France.

Devetter F.-X., Jany-Catrice F., Ribault T., 2009, *Les services à la personne*, La Découverte, « Repères ».

Evers A., Laville J.-L. (eds.), 2004, *The third sector in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar.

Fleuret S., 2006, « Les associations dans le système sanitaire et social en France : les territoires de l'invisible », *Economie et Solidarités*, Québec, vol. 36, n° 2, p. 107-128.

Jany-Catrice F., 2009, « La "bulle" des services à la personne éclate », *Le Monde*, édition du 9 juillet.

Marseille, 2005, *Economie sociale, solidaire et territoires*, V^{es} Rencontres inter-universitaires d'économie sociale et solidaire, 11-12 mai.

Milligan C., Conradson D. (eds.), 2006, *Geographies of voluntarism : new spaces of health, welfare and governance*, Bristol, Policy Press.

Nantes, 2008, « Economie sociale et solidaire : nouvelles pratiques et dynamiques territoriales », colloque international, 29-30 septembre.

Rumeau L., Rouyer A., 2007, « Dispositifs gérontologiques locaux et territoires : un rapport en mutation », in Séchet R., Veschambre V. (dir.), *Penser et faire la géographie sociale aujourd'hui*, Presses universitaires de Rennes.

Simonet M., 1998, « Le bénévole et le volunteer, ce que traduire veut dire », *Revue du Mauss*, n° 11, « Une seule solution, l'association ? », p. 57-64.

Skinner M. W., 2008, « Voluntarism and long-term care in the countryside : the paradox of a threadbare sector », *Canadian Geographer*, vol. 52, n° 2, p. 188-203.

Skinner M. W., Joseph A. E., 2007, « The evolving role of voluntarism in ageing rural communities », *New Zealand Geographer*, vol. 63, n° 2, p. 119-129.