

RIVESS

XIVe Rencontres du Réseau interuniversitaire de l'économie sociale et solidaire
« *L'économie sociale et solidaire en coopérations* »

Les coopérations dans le secteur social et médico-social : formes, modalités et contraintes

Isaac GUEYE, LABERS, Université Bretagne Occidentale,
best_isaac9@yahoo.fr

Lille du 21 au 23 mai 2014

<http://riuess2014.sciencesconf.org>

www.riuess.org

Résumé

Depuis quelques années, l'action publique connaît de profondes transformations caractérisées par une volonté de rationalisation et de maîtrise des dépenses publiques. Ces contraintes se traduisent par des transformations organisationnelles qui vont favoriser une plus grande coopération entre les associations gestionnaires dans le secteur social et médico-social.

En nous appuyant sur la théorie institutionnaliste et l'approche de l'ordre négocié et à travers cinq monographies (quatre en France, une à Montréal), nous allons tenter d'interroger les formes, les modalités et les contraintes des processus de mutualisation/coopération dans ce secteur sous l'angle de la contrainte mais aussi de la capacité d'agir des acteurs.

Mots-clés : régulation publique, associations, mutualisation, contraintes, stratégies

Abstract

In recent years, public action knows deep transformations characterized by a desire to rationalize and control the public expenditures. These constraints result in organizational changes that will favour greater cooperation between the administrative/managing association of medico-social establishments (or in the social and socio-medical sector).

Based on the institutionalist theory and the "negotiate/arranged order" approach, we will try, through five case studies (four in France, one in Montreal), to look at the forms, modes and the constraints of the pooling/cooperation processes in this sector, from the standpoint of the restriction but also the capacity to act of the actors.

Keywords: public regulation, associations, pooling, constraints, strategies

INTRODUCTION

Cette contribution, qui fait suite à la communication faite lors du colloque de l'année dernière et qui portait sur les concepts de « régulation tutélaire » et d'« isomorphisme institutionnel », propose une analyse institutionnelle et organisationnelle des formes de groupements de mutualisation dans le secteur social et médico-social. En effet, ce secteur connaît de profondes transformations caractérisées par une volonté de rationalisation et de maîtrise des dépenses publiques. Ces contraintes se traduisent par des transformations organisationnelles qui vont favoriser une plus grande coopération entre les associations gestionnaires dans le secteur social et médico-social.

Dans cette communication, nous allons retenir, comme piste de recherche, d'étudier la dimension organisationnelle des groupements de mutualisation. Nous postulons comme hypothèse principale de notre recherche que les Groupements d'associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) développent des stratégies de négociation interne et externe afin de réduire les contradictions entre leurs projets associatifs et les prescriptions des pouvoirs publics.

En nous appuyant sur la théorie institutionnaliste et l'approche de l'ordre négocié et à travers cinq monographies (quatre en France, une à Montréal), nous allons tenter d'interroger le processus de regroupements associatifs dans le secteur social et médico-social sous l'angle de la contrainte mais aussi de la capacité d'agir des acteurs.

I. LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL : HISTOIRE D'UNE REFONDATION

1. Le modèle classique de régulation publique

Historiquement, l'action sociale et médico-sociale relevait de l'initiative d'organisations privées à but non lucratif, d'origine caritative ou encore issues des mouvements familiaux. En France, dès le Moyen Age, les ordres religieux et les

congrégations se structurent sur le modèle d'associations volontaires autour d'un chef charismatique. Les confréries du XIIème siècle regroupaient des laïcs autour d'un monastère ou dans un même quartier sur des motifs religieux et de secours mutuel et parfois même dans un esprit de contestation du pouvoir communal. Il faudra donc attendre la IIIème République pour voir se voter la loi du 2 juillet 1901 relative au contrat d'association.

L'évolution économique et sociétale de la première moitié du XXème siècle va être l'occasion de la mise en place par l'Etat français de grandes politiques de protection sociale assise sur le travail et dont la consécration sera la création de la Sécurité Sociale. Les finalités de l'action sociale s'exprimeront au cours du XXème siècle successivement autour de concepts tels que l'assistance, la rééducation, l'action sociale, l'insertion, l'accompagnement, la solidarité, etc.

Dans un premier temps, avec, d'une part, la montée du marché et, d'autre part, le développement de la société civile, notamment associative, l'idéologie du « *trop d'Etat* » gagne toutes les couches sociales et politiques, tant du côté du pouvoir libéral que du côté des mouvements autogestionnaires. Dans un second temps, la décentralisation, que contribue à la « *panne du politique* ». Avec l'installation dans la crise et la montée de difficultés dans le fonctionnement du système de protection sociale, la volonté de maîtrise des dépenses s'accompagne d'un changement de méthode en vue de rationaliser l'action publique. Les associations se proposent de combler le vide laissé par la disparition des cadres traditionnels de solidarité. Il s'agissait d'apporter des réponses à des besoins non couverts par l'Etat à travers la solidarité nationale ou par le marché. Elle va donner naissance à de nouveaux modes d'interactions entre associations et pouvoirs publics qui vont dès lors s'inscrire dans un contexte de raréfaction des ressources.

2. Une succession de réformes depuis 1975

Ce nouveau contexte se traduit par une forme de régulation de type « tutélaire » entre l'Etat et les associations gestionnaires (Enjolras, 1996 ; Laville & Nyssens, 2001).

Les évolutions de la réglementation, depuis la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales jusqu'à la loi du 2 janvier 2002 et ses textes

d'application, ont instauré de nouvelles exigences qui traduisent une dimension de contrainte renforcée dans l'allocation des ressources aux associations. Cet encadrement s'est fait par la mise en place progressive de procédures diverses de contrôle des associations à travers un contrôle des investissements et des coûts.

Cette volonté de maîtrise des dépenses s'accompagne d'un changement de méthode en vue de rationaliser l'action publique. Elle va donner naissance à de nouveaux modes d'interaction entre associations gestionnaires et pouvoirs publics qui vont dès lors s'inscrire dans un contexte de raréfaction des ressources. On assiste ainsi à un retour de l'Etat à travers la mise en œuvre de dispositifs et d'instruments de politiques publiques (Lescoumes, Le Galés). Le concept d'« *instrument* » peut être, selon les auteurs, appréhendé comme « *une institution au sens sociologique du terme c'est-à-dire entendue en tant qu'ensemble plus ou moins coordonné de règles et de procédures qui gouverne les interactions et les comportements des acteurs dans les organisations* » (Lescoumes, Le Galés : 16). On retrouve en effet plusieurs logiques derrière ces dispositifs et instruments (HPST, ARS, CPOM) qui sont révélateurs des changements de politiques publiques. En outre, ces dispositifs permettent d'analyser les transformations et les recompositions effectuées par l'Etat pour accroître son pouvoir de coercition et sa capacité à orienter les comportements. Ainsi l'évolution de l'encadrement légal du secteur et l'émergence de nouvelles modalités de financement et d'évaluation des associations du secteur social et médico-social ont affecté ces dernières années la nature de l'offre, créé les conditions de développement d'une concurrence et renforcé les exigences professionnelles quant aux techniques requises. A travers la révision générale des politiques publiques (RGPP), la décentralisation et la gestion par les agences (ARS), l'Etat délègue la production de services sociaux aux associations tout en venant réglementer cette production. De ce fait, on assiste à une transformation des rapports entre l'Etat et les associations gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux.

J. L.Laville et A.Evers montrent que l'insistance sur l'efficacité organisationnelle au service de l'« intérêt commun » a « *laissé de commun un vaste monde de motivations non consuméristes et non instrumentales* » (Evers, 1993).

Demoustier (2002) y voit « *non pas une trahison, mais un ajustement par rapport à l'environnement* ». Chemin et Gilbert (2010) montrent que, derrière leur apparente neutralité, les instruments de gestion ont un effet politique susceptible de transformer très en profondeur les associations. En effet, selon un directeur des associations interrogées, « *on pense les associations comme des organisations avec des réglementations qui nous embêtent, provoquent des dysfonctionnements et des concepts comme : optimisation, logique gestionnaire, etc.* »

Par ailleurs, on peut constater des tensions ou contraintes venant, d'une part du marché avec un risque de marchandisation de l'action publique selon les secteurs, et d'autre part, des institutions publiques. Afin de réduire la dépendance à l'égard de l'administration, les associations gestionnaires d'ESMS tendent à s'engager dans des stratégies d'adaptation, d'évitement ou d'innovation. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que les associations gestionnaires ont tendance à adopter des comportements proches des entreprises marchandes et du secteur public que nous pouvons qualifier de processus d'isomorphisme institutionnel. L'isomorphisme institutionnel est défini comme « un procédé contraignant qui force une unité dans une population à ressembler aux autres unités de cette population qui font face au même ensemble de conditions environnementales » (Di Maggio, Powell, 1991). Le terme *isomorphisme* est emprunté aux mathématiques et à la chimie. Le point de départ de la réflexion des deux auteurs réside dans l'interrogation fondamentale : *pourquoi les organisations deviennent-elles similaires?*

Dans le cas des associations, le phénomène est plus complexe, car celles-ci ont subi la double influence d'une profonde insertion dans les politiques publiques, qui expliquent, dans certains cas, l'adoption des comportements et des règles de fonctionnement de l'administration et de l'immersion sur des marchés concurrentiels qui justifie le recours à des logiques capitalistes ou marchandes.

L'isomorphisme institutionnel se produit à l'intérieur d'un « *champ organisationnel* » que DiMaggio et Powell définissent comme l'ensemble des organisations qui appartiennent à une même « *aire* » de la vie institutionnelle. Au sein d'un même champ, les organisations partagent les mêmes fournisseurs, des ressources similaires ou des consommateurs identiques. Les organisations qui

produisent des services ou des produits similaires appartiennent donc à un même champ, parce qu'elles sont connectées mais aussi parce qu'elles sont structurellement équivalentes. Les réformes et restrictions budgétaires ont rendu beaucoup plus complexe le travail dans le secteur social et médico-social et engagent ainsi les associations gestionnaires de ce secteur dans une profonde transformation de leurs pratiques.

Dans le secteur social et médico-social, l'innovation peut consister à la mise en place de nouvelles organisations regroupant souvent plusieurs associations ayant des préoccupations communes. C'est ainsi que des notions comme la coopération et la mutualisation sont de plus en plus souvent mises en avant. On parle aussi de restructurations, de regroupements, de fusions... Parallèlement, dans un contexte de dégradation budgétaire, les politiques nationales tendent vers un désengagement du financement public. La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale incite à une plus grande coopération entre établissements et services. Le décret du 6 avril 2006 (N°2006-413) pose l'objectif de coopération, de coordination et de fonctionnement en réseau. Plusieurs formes juridiques existent, dont certaines créées par les pouvoirs publics pour accélérer le processus de mutualisation

II. DE NOUVELLES CONTRAINTES

1. LES ARS : UNE GESTION PAR LES INSTRUMENTS

La loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a créé des agences régionales de santé (ARS) qui sont chargées de réguler, soit seules, soit conjointement avec les présidents de conseils généraux, les établissements et services médicosociaux financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie ainsi que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). La loi HPST a modifié assez profondément la régulation de tout le secteur social et médico-social par exemple en introduisant une procédure d'appel à projet quasi-systématique pour la création,

la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil.

Le code de la santé publique précise que l'ARS a notamment pour missions (article L1431-2 du CSP) de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. Ainsi, l'ARS, instaurée dans chaque région, régule l'offre d'accompagnement médico-social, gère les procédures d'autorisations, les investissements et les appels à projet, veille à la qualité et l'efficience des établissements médico-sociaux.

L'ARS comprend une commission de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale dont l'objectif est d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux (articles L1432-1 et D1432-6 et suivants du CSP).

Avec la création des ARS, les pouvoirs publics poursuivent plusieurs objectifs :

- « *renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé devant permettre, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;*
- *simplifier le système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'Assurance maladie : les ARS regroupant en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer. Cette simplification devant favoriser les décloisonnements entre l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social ;*

Le risque pour certaines associations est de tomber dans une « technicisation » de leurs pratiques. Ainsi, on peut remarquer l'adoption des comportements et des règles de fonctionnement de l'administration et de l'immersion sur des marchés

concurrentiels qui justifie le recours à des logiques capitalistes ou marchandes. Des techniques et compétences nouvelles ayant trait notamment à la gestion du personnel et à la gestion financière sont requises au sein de ces structures. Elles sont essentiellement liées au cycle budgétaire établi par l'administration publique. Les associations gestionnaires d'ESMS doivent fournir différents éléments (budgets, comptes administratifs, indicateurs...) venant justifier l'utilisation des fonds publics dans le respect d'un calendrier bien précis à travers le développement de la fonction gestionnaire. Elles s'inscrivent ainsi dans une logique d'adaptation à travers les procédures et les règles institutionnalisées par l'Etat. Ce qui fait que les associations ne semblent ne pas avoir une marge, comme par exemple « *sur la protection de l'enfance* ».

2. LES APPELS A PROJET : OUTIL DE PLANIFICATION SOCIALE OU MISE EN CONCURRENCE DES ASSOCIATIONS ?

Les difficultés financières de l'Etat providence et l'influence du *New Public Management* ont modifié les relations entre associations et pouvoirs publics : ces relations sont devenues moins partenariales et plus soumises à des impératifs marchands (appel d'offre, concurrence...). En effet, ces relations sont marquées par un passage d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service par le biais de la mise en concurrence. Ce passage d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service dans les relations entre pouvoirs publics et associations s'inscrit plus globalement dans un contexte de fortes mutations avec de nombreuses réformes en cours. Depuis quelques années, la planification des structures médico-sociale se réalise à travers différents outils tel que la procédure d'appel à projet. Précédemment, pour obtenir une autorisation de création d'un établissement ou d'un service, les organismes gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux déposaient auprès de l'autorité compétente (DDASS) une demande présentant leur analyse des besoins du public concerné et la description du service assuré. La décision d'autorisation, de non autorisation, ou d'inscription sur une liste d'attente était alors rendue après consultation du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Dorénavant, la loi

HPST a créé une procédure d'appel à projet qui précède la prise de décision du directeur général de l'ARS d'autoriser ou non l'établissement ou le service. Il s'agit d'une véritable mise en concurrence des associations gestionnaires.

Ce qui fait courir un risque de banalisation des associations gestionnaires d'ESMS dans l'exercice en les poussant à adopter, par mimétisme, des comportements imposés par la puissance publique et à développer ainsi une tendance à l' « *isomorphisme institutionnel* » (Di Maggio, Powell, 1991). La difficulté que rencontrent aujourd'hui les associations est liée aux exigences renforcées de la réglementation en termes de « technicité » et de professionnalisation accrue des équipes.

En outre, la notion d'appel à projets induit une mise en concurrence tacite entre les porteurs de projets. Or, les logiques de mise en concurrence placent les associations uniquement comme prestataires des pouvoirs publics sur la base d'un cahier des charges élaboré de façon unilatérale et ne leurs permettent pas d'exercer leur capacité d'initiative et de repérage des besoins. A côté du développement de ces nouvelles logiques, un certain nombre de structures, notamment dans les secteurs de la petite enfance, de l'insertion, du socio-judiciaire ou de la prévention spécialisée sont de plus en plus souvent directement confrontées aux mécanismes formels de la commande publique dans le cadre de marchés publics de services ou de délégations de service public.

Les associations sont non seulement confrontées à des mises en concurrence entre elles mais également avec le secteur lucratif qui pénètre progressivement des secteurs qui leur étaient habituellement dévolus, en particulier les services à la personne et la petite enfance. Cette évolution a été favorisée par les mécanismes tendant à solvabiliser directement l'utilisateur et à déréguler l'activité. On peut citer le droit d'option instauré entre le régime de l'agrément prévu par la loi de 2005 et celui de l'autorisation prévu par la loi 2002/2, qui vise à favoriser le développement du secteur des services à la personne.

Dès lors, il est à craindre que les cahiers des charges ne portent que sur des types de réponses déjà existants et empêchent des projets novateurs ou à la marge d'émerger faute d'entrer dans le moule du cahier des charges. Cette démarche très

descendante, très dirigiste risque d'enfermer les associations dans un rôle de simple prestataire de service avec une standardisation des réponses.

III. Les coopérations dans le secteur social et médico-social

1. Un processus de négociation interne et externe

Les associations gestionnaires d'ESMS tentent d'inventer de nouvelles formes d'organisation, des formes de management, de construire des projets communs et de créer des rapports de forces avec la puissance publique. Dans cette perspective, les associations du secteur social et médico-social sont conceptualisées comme des systèmes de négociations permanentes. L'ordre est sans arrêt en cours de construction par le biais d'arrangements négociés entre les acteurs du secteur. Comme l'explique Strauss (1993), les conditions données par le contexte (règles, rôles et rapports de pouvoir) ne contraignent pas totalement l'action, elles constituent les éléments par rapport auxquels les acteurs vont réagir et qui, en même temps, évoluent, se renforcent ou s'affaiblissent, sous l'effet des négociations. Ainsi, le contexte dans lequel se déroule la négociation interagit avec elle et réciproquement. Ce qui nous semble pertinent dans cette approche au vu de notre objet d'étude, c'est le lien établi entre les initiatives portées par les différents acteurs du secteur social et médico-social et le renouvellement du mode de régulation ainsi que l'analyse faite de la situation de crise. Celle-ci traduit en ce sens une crise plus générale reflétant l'épuisement du mode de régulation d'une part, et d'autre part, une telle situation n'est pas que destructrice, la crise permet de renouveler les compromis sociétaux. Dans cette perspective, ces nouvelles formes organisationnelles que sont les groupements de mutualisation/coopération peuvent être considérées comme un processus de construction de compromis. Autrement dit, de nouveaux arrangements institutionnels

Ce processus crée ainsi une combinaison de négociations donc de rapports de force structurés par la perception des enjeux que sont la négociation entre associations et pouvoir public et la négociation entre associations. Ces stratégies de négociation contribuent à la formation d'un ordre négocié instable et en constante transformation. Le concept d'ordre négocié permet de souligner «*l'absence de fixité*

de l'ordre social, son caractère temporel, mobile et instable» (Strauss, 1993).

2. Formes et modalités de coopération

Dans ce contexte d'évolution des politiques publiques, la perspective de ces associations gestionnaires du secteur social et médico-social est de s'engager dans une logique de mutualisation qui passe notamment par une adaptation de leurs organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires. Ces contraintes se traduisent par des transformations organisationnelles qui vont favoriser une plus grande coopération entre les organisations gestionnaires. Elle peut s'effectuer par la création de différentes formes de regroupements associatifs en vue de mutualiser certains moyens ou services, de fusion-crédation ou de fusion-absorption dans un contexte où la loi du 2 janvier 2002 incite à une plus grande coopération entre établissements et services.

La mutualisation peut se faire sous une forme coercitive, à travers la législation, ou sous une forme négociée à travers le compromis (Boyer, 1986). La coopération entre associations peut aller de la simple convention de prestation de services de l'une au bénéfice de l'autre jusqu'à un partenariat plus élaboré ou durable. Elle peut également prendre la forme de la création d'un outil commun destiné, soit à mutualiser des moyens humains et matériels dans le but de développer ses propres activités économiques (GIE, GCSMS, union d'associations), soit à mutualiser uniquement des moyens humains (Groupement d'employeurs). La mutualisation peut également être envisagée pour élaborer une démarche politique commune (fédération d'associations).

Avec la loi du 2 janvier 2002, l'Etat a souhaité redynamiser la coopération entre les différents intervenants de l'action sociale et médico-sociale en introduisant à côté des outils de coopération existants, un nouvel outil : le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Inspiré du groupement de coopération sanitaire (GCS), le GCSMS ne verra son rôle clarifié qu'à l'occasion de la publication de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées avant qu'un décret, en date du 6 février 2006, ne vienne fixer les

modalités de sa mise en œuvre. C'est aujourd'hui, à côté du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), un outil privilégié par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) pour restructurer le secteur social et médico-social et surtout réduire le nombre d'intervenants et de discussions budgétaires jugé beaucoup trop élevé.

Tout comme le groupement d'intérêt économique (GIE) ou le groupement d'intérêt public (GIP), le GCSMS peut permettre d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale et de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités.

Un partenariat se définit comme une association active de différents intervenant qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de partager leurs efforts. Il s'agit de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans ils ont un intérêt, une responsabilité, une obligation. Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE) est le regroupement de deux ou plusieurs personnes physiques ou morales qui, pour une durée déterminée, vont mettre en œuvre tous les moyens propres à faciliter ou à développer l'activité économique de ses membres, à améliorer ou à accroître les résultats de cette activité.

Le Groupement d'Employeurs (GE) est une structure qui réunit plusieurs entités. Il est constitué dans le but exclusif de mettre à la disposition de ses membres des salariés liés à ce groupement par un contrat de travail, dans le cadre de l'application d'une même convention collective. Le groupement d'intérêt public (GIP) permet de créer des partenariats entre collectivités locales et structures privées. Le Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) permet aux établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur statut juridique, de ressembler une partie, voire toutes leurs activités sociales médico-sociales pour les gérer en commun. La fusion-absorption est l'opération par laquelle plusieurs associations sont dissoutes et immédiatement absorbées par une association déjà existante. Pour l'association absorbée, l'absorption entraîne la dissolution conformément à ses statuts. La fusion-crédation est l'opération par on crée une nouvelle association pour en réunir plusieurs. Les associations qui fusionnent disparaissent au profit de la nouvelle association.

Les innovations organisationnelles représentent des processus longs et complexes susceptibles de se heurter à de nombreux obstacles. Aussi est-il surprenant que peu de recherches se soient intéressées aux barrières à de telles innovations (Segarra-Blasco et al. 2008). Elles semblent, en effet, être les parents pauvres de la littérature sur l'innovation, qui favorise majoritairement les approches centrées sur les innovations technologiques produits, et dans une moindre mesure, procédés (Reynaud, 1995). Selon cet auteur, la notion de réseau, sous diverses acceptions, est au cœur de l'innovation organisationnelle. Il n'y a pas de consensus quant à la définition de l'innovation organisationnelle (Lam, 2005) alors qu'elle représente déjà une des cinq innovations de la typologie de Schumpeter : *l'innovation de produits, l'innovation de procédés, l'innovation de modes de production, l'innovation de débouchés, l'innovation de matières premières* (1912). Deux approches principales peuvent être distinguées. D'une part, l'innovation organisationnelle peut être vue comme un dispositif organisationnel qui soutient l'activité d'innovation technologique (produit et process) de l'entreprise (Kimberly et al. 1981). L'organisation représente ici l'unité d'analyse et ce sont ses caractéristiques (taille, âge, structure...) qui sont examinées pour évaluer leur impact sur l'innovation. D'autre part, Damanpour et al. (1984) définissent l'innovation organisationnelle comme l'adoption de nouvelles pratiques, de nouveaux concepts de travail et de management. Dans le cadre de cette communication, nous allons retenir la définition donnée par Aballéa. En effet, selon cet auteur, les innovations organisationnelles comme « *l'ensemble des dispositifs et des politiques qui affectent l'organisation du travail et les modes de régulation des entreprises* » (Aballéa et al, 2003 : 1)

Dans le secteur social et médico-social, l'innovation peut consister à la mise en place de nouvelles organisations regroupant souvent plusieurs associations ayant des préoccupations communes. C'est ainsi que des notions comme la coopération et la mutualisation sont de plus en plus souvent mises en avant. On parle aussi de restructurations, de regroupements, de fusions. Il s'agit ici de comprendre le sens de la mutualisation et d'en définir son périmètre dans le secteur social et médico-social où elle est souvent assimilée à la coopération, au regroupement, à la restructuration, à la fédération, au réseau, au rapprochement, à la fusion. L'idée de

mutualisation renvoie à celle de partage. Mutualiser, c'est donc s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges. Dans le cadre de nos travaux, nous retenons la définition suivante de l'innovation organisationnelle : un ensemble de formes organisationnelles innovantes, adaptatives ou opportunistes regroupant des associations ayant les mêmes préoccupations, les mêmes valeurs. Dans le cas du secteur social et médico-social, il est question d'échange de moyens techniques et d'échanges de services. Sur le territoire, la mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts. Dans cette perspective, elle a la même signification que le terme coopération. L'idée de coopération renvoie donc à celle d'action organisée ou collective. Pour Erhard Friedberg, l'action collective ou organisée « *n'est pas un exercice gratuit. C'est toujours une coalition d'hommes contre la nature, face à des problèmes matériels pour la solution desquels ils sont obligés ou ont décidé de coopérer* » (Friedberg, 1977)

Dans cette perspective, les groupements de mutualisation peuvent être analysés comme des processus construits socialement par divers types d'acteurs implantés sur un territoire donné dans le but de répondre à des besoins, construire des opportunités et pouvant induire un changement social à divers niveaux. Le territoire se construit comme un espace d'initiatives et de solidarités mobilisant les associations du secteur social et médico-social tant dans leur position d'acteur économique que dans leur positionnement social. Le territoire devient ainsi un lieu de construction d'innovations. Ce processus met en évidence les modalités et formes novatrices que les associations inventent ou s'approprient en vue de résoudre leurs problèmes ou réaliser leurs aspirations en valorisant le territoire comme producteur d'avantages concurrentiels.

Les pratiques de mutualisation interrogent la territorialisation de l'action et des politiques publiques, considérant que le territoire est l'espace qui doit faire sens et être approprié et construit pour l'action collective des acteurs.

Conclusion

Soumis à des réformes successives, le secteur social et médico-social s'inscrit dans

un paysage législatif et institutionnel en constante évolution. De plus en plus, le retrait des financements publics conduit à la recherche de formes de coopération, associatives en particulier. Celles-ci peuvent donner lieu à des innovations organisationnelles depuis des formes légères de mutualisation jusqu'à la concentration, en passant par des alliances entre structures demeurées indépendantes. Si les organisations du secteur social et médico-social, soumises à la régulation tutélaire des politiques publiques de rénovation sociale et médico-sociale, peuvent subir des phénomènes d'isomorphisme, nous observons aussi leur capacité, à travers l'exemple des groupements de coopération, à déployer des stratégies d'innovation.

Notre terrain de recherche se compose d'associations comparables qui ont des domaines d'activités proches ou similaires dans le secteur social et médico-social, des lieux de rencontre, des préoccupations communes avec des modes de financement et des modes d'intervention qui diffèrent sensiblement pour pouvoir établir des comparaisons. Ils fournissent donc un contexte intéressant pour étudier comment la coopération émerge des interactions dans un contexte de mutations. En effet, ce contexte commun permet de faciliter les comparaisons et de se rapprocher d'une logique proche de l'expérimentation (Yin, 1988).

La mutualisation et la coopération sont des instruments de développement et de modernisation de toute organisation sociale et médico-sociale. Ces mouvements de mutualisation bouleversent depuis quelques années ce secteur. Ils ont pour effets d'impulser des dynamiques institutionnelles autour de la mutualisation des compétences, de moyens, de projets. Les enjeux peuvent ainsi être très divers en fonction de la situation propre des associations mais également des relations qu'elles entretiennent avec leur environnement. Ce qui explique la pluralité des groupements de coopération.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

AFCHAIN J. (2001), *Les associations d'action sociale: outils d'analyse et d'intervention*, Paris : Dunod.

ALTER N. (2005), *L'innovation ordinaire*, Paris : PUF

CHAUVIÈRE. M, (2010), *Trop de gestion tue le social, Essai sur une discrète chalandisation*, Paris : La Découverte, 219p

GAGLIO G. (2011), *Sociologie de l'innovation*, Paris: Presses universitaires de France

KLEINJ-L, HARRISSON D. (2007), *L'innovation sociale émergence et effets sur la transformation des sociétés*

LEVESQUE, B. LA JEUNESSE-CREVIÈRE. F. (2005). *Innovations et transformations sociales dans le développement économique et le développement social : approches théoriques et politiques publiques*. coll. « Études théoriques», Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), 72 p., Montréal.

MATTHIEU H. (2009), *Les métamorphoses du monde associatif*, PUF, coll. Liens sociaux

TOURAINE A. (1973), *Production de la société*, Seuil

Articles

ALTER N. (1998), « Action, culture et logiques d'innovation». *Sciences sociales et santé* n.123 134

ALTER N. (2002), « L'innovation : un processus collectif ambigu », In Alter. N (Ed), *Les logiques de l'innovation*. Paris : La Découverte

BELANGER Paul R, LAPOINTE P.A, LEVESQUE, B. (1998), « Innovations organisationnelles et blocages institutionnels. Le cas des entreprises au Québec. » Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)
BIDET E. (2003), L'insoutenable grand écart de l'économie sociale, *Revue du MAUSS*, n°21, pp. 162-178. BLOCH-LAINE F. (1994), Identifier les associations du service social, *RECMA (Revue des études coopératives, mutualistes et associatives)*, n°251.

BOUCHARD M. (2006), « L'innovation sociale en économie sociale », Cahier de la chaire de recherche du Canada en économie sociale
CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris : Fayard, 770p.

CHAUVIÈRE M. (2007), « Les associations d'action sociale : quelle légitimité dans un contexte en mutation ? », *Regards sur l'actualité, La documentation française*, n°333, pp. 25-40.

CATLLA M. (2005) « Action publique régionale et nouveau management public : le cas de la rhétorique de l'innovation », *Sociologies pratiques*, 2005/1, N° 10, p. 77-95

CLOUTIER J. 2003, « Qu'est-ce que l'innovation sociale ? », *Cahier du CRISES*, Collection Études théoriques – no ET0314. Novembre

COMMAILLE J. (2000). « Transformations du droit et de l'action publique », *Economie rurale*, vol.260, n°1, pp.20-25

DANDURAND L. (2005). « Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative », *Revue française d'administration publique* 115(3):377

DI MAGGIO P. & POWELL W. (1991), "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields", In DI MAGGIO P. & POWELL W. (eds.). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, The University of Chicago Press, Chicago and London.

ENJOLRAS B. (2005). "La marchandisation des services sociaux en France et aux USA; le cas de l'aide à domicile ». *Revue Française des Affaires Sociales*, 4, 145-164.

ENJOLRAS B. (1996), « Associations et isomorphisme institutionnel », *RECMA*, n°261, pp. 68-76.

ENJOLRAS B. (2005), Economie sociale et solidaire et régime de gouvernance, *RECMA*, n°296.

ENCAOUA D. (2004) « Les enjeux économiques de l'innovation », *Revue d'économie politique*, 2004/2, Volume 114, p.133-168.

LONCLE P. (2005). « Territoires et innovation sociale ». *Revue française d'administration publique*, 115(3):399

REYNAUD E. (1976), « Innovation sociale, quel enjeu ? », *Informations sociales*, L'innovation sociale pour quoi faire ?, 9-10, p. p. 67-74.

Etudes, Rapports et Dossiers

« La coopération en Auvergne, tirer les leçons de l'expérience », UNIOPSS, *Revue Union sociale* n°226, Avril 2009

« Décentralisation, Etat et territoires », Editions La Documentation française, *Revue Les Cahiers français*, n°318, Janvier 2004, 94p

« Le monde associatif en mutation », *Revue Juris Associations*, n°465, 1^{er} oct. 2012

« Conjoncture : Associations au bord de la crise de nerfs », Dossier, *Revue Juris Associations*, n° 413, 15 fév. 2011

« Les associations dans le secteur médico-social. Guide méthodologique », ANAP, fév. 2012, 104p, fiche n° 65914

« Coopération, groupements et fusion dans le secteur sanitaire, social et médico-social », *IDEAS*, 2ieme éd, déc. 2010, 239p

« Guide coopération et rapprochements associatifs », *UNAPEI*, déc. 2010, 117p, Fiche n°61175

« La coopération, enjeux et outils », *Revue Direction(s)*, n°5, hors-série, nov. 2010, 119p

« La coopération entre les associations sanitaires et sociales. L'autodiagnostic stratégique », *URIOPSS Rhône Alpes*, Guide pratique, n°2, 24 sept 2009, fiche n°51933

Réseaux, mutualisation et fédération : des outils de dynamisation de la vie associative ? In dossier « Quel avenir pour l'union », *Revue Juris Associations*, n° 400, 1^{er} juin 2009, pp14-17

Pour un partenariat renouvelé entre l'Etat et les associations, Rapport Jean-Louis LANGLAIS, Paris, Juin 2008, 62p

Associations et pouvoirs publics : Peuvent-ils encore travailler ensemble, ADELS, *Revue Territoires*, n°463, 2005

Textes de référence et Lois

- *Le code de l'action sociale et des familles*
- *Le code de la santé publique*
- *Le code de la sécurité sociale*
- *Loi n° 2010-1658 du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010 (1)*
- *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009*
- *Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration*
- *Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*
- *Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
- *Loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France*
- *Loi 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association*

- *Ordonnance n° 2005-1477 du 1 décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.*
- *Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code*
- *Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009*
- *Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009*
- *Décret n° 2010-862 Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire*
- *Circulaire n° DGCS/SD3/2010/97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale sur le champ de la politique du handicap.*
- *La circulaire DGCS n°DGCS/5B/2010/434 du 28 décembre 2010 relative à la procédure d'appel à projet et d'autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;*
- *Le guide méthodologique pour la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projet et l'élaboration du cahier des charges du 3 septembre 2010.*