

- La logique territoriale "traditionnelle": si l'affirmation du territoire comme lieu d'intervention transversale et intégrée repose sur plusieurs éléments intégrateurs (le décloisonnement, le partenariat, la mobilisation et l'exploitation des "ressources locales" et l'adéquation entre l'offre et la demande de service), cette affirmation territoriale est loin d'être la règle générale du tissu associatif. L'intervention territoriale de ces associations ne se manifeste pas par la mobilisation des éléments cités plus haut mais par une définition sectorielle et catégorielle du territoire investi (par exemple: l'intervention est fonction du lieu scolaire, du troisième âge ou de l'habitat...)
- La logique du système de piliers: au vu de la diversité de ses objets et de ses champs d'intervention, le tissu associatif des QI apparaît comme un cadre "horizontal" diversifié et pluraliste. Mais cela ne doit pas faire oublier l'existence également d'une construction "verticale" de certaines associations liées à l'histoire du mouvement associatif, en rapport avec les deux grands piliers, socialiste et chrétien.

La construction "verticale" est déterminante lors de choix de travail et de relation régulière avec les organismes ou réseaux hors QI. La majorité des associations issues de ces deux piliers a tendance à se référer à "l'arbre généalogique" de leur association (rapport centre-périphérie).

Bibliographie

ANADON, M., "Les mots, les arguments". Le discours officiel québécois sur le partenariat dans la formation des enseignants, 1997.

Actes de la journée d'étude, *Les réussites et difficultés de l'animation des espaces publics*, STICS-asbl, Bruxelles, novembre 1993.

Cahier pédagogique n° 2: « Partenariat et négociation. Vade-mecum: des principaux programmes en partenariat dans la Région de Bruxelles-Capitale », réalisé par CRIDIS, Ed. Commission communautaire française, Bruxelles, 1996.

Cahiers de la DRISU, Initiatives locales et développement social de la ville, Bruxelles, juin 1998.

CLENET, J. et GERARD, G., Partenariat et alternance en éducation. Des pratiques à construire, Ed. L'Harmattan, Paris, 1994.

CRIDIS et CSUR/UCL, « Les groupes de coordination sociale locale. Recherche-action sur les enjeux et les perspectives de l'action sociale à partir du champ d'intervention local », Recherche réalisée à la demande du Service des Études et de la Recherche Scientifique du ministère de la Communauté française de Belgique, décembre 1988.

CRIDIS, « La coordination sociale », in *Revue Contradictions*, n° 42, Bruxelles, hivers 1984-1985.

DONZELOT, J. et ESTEBE, Ph., *L'Etat animateur. Essai sur la politique de la ville*, Ed. Esprit, Paris, 1994.

FERRAND, J-L., « Partenariat et formation professionnelle continue : de l'inexistence d'un concept », in *Revue Education permanente*, n° 131, Paris, 1997.

FRANCO, B., «La coordination sociale comme processus politico-administratif, 1ère. partie : de l'aggiornamento à la crise financière», Ed. Service Européen de Coopération pour les Jeunes, Bruxelles, 1984.

HAMZAOUI, M., (sous la dir.de), *Le social à l'épreuve de la politique transversale*, Revue Les Politiques Sociales, n°3-4, Bruxelles, 2008.

HAMZAOUI, M., «Question sociale et fragilisation du lien social », *Revue EMPAM*, n° 66, Toulouse, Ed.érès, juin 2007.

HAMZAOUI, M., *El Trabajo Social Territorializado : Las transformaciones de la accion publica en la intervencion social*, Ed. Presses Universitat de Valencia (PUV), coll. Trabajo Social, 2005a.

HAMZAOUI, M., « Amélioration du cadre de vie et renforcement de la cohésion sociale dans les quartiers populaires : vers une implication active des habitants?», *Revue Travail, Emploi et Formation (TEF)*, n° 5, éditée par le Centre de Sociologie du Travail, de l'Emploi et de la Formation, Université Libre de Bruxelles, 2005b.

HAMZAOUI, M., *Le travail social territorialisé*, Les éditions de l'Université de Bruxelles, Coll. « Sociologie du travail », Bruxelles, 2002.

HAMZAOUI, M., « Les régies de quartier : un nouveau dispositif d'insertion locale en Wallonie», in *Année Sociale 1995*, Institut de Sociologie-Université Libre de Bruxelles, juin 1996.

HIERNAUX, J-P., « Le partenariat, une perspective de développement en travail social », in *Revue de d'Action Sociale*, n° 5, Liège, 1988.

MERLE, V., « Les nouvelles formes d'emploi en France », in *Travail et Emploi*, n° 39, Paris, 1989.

POULLET, I., *Les nouvelles politiques de prévention. Une nouvelle forme d'action publique ?*, rapport de recherche réalisé par le département de Criminologie et de droit pénal-UCL, Services fédéraux des affaires scientifiques, techniques et culturelles, Bruxelles, 1995.

Revue d'Action Sociale, *Le partenariat: une évolution réaliste du travail social*, Liège, 1988.

REA, A., *La société en miettes. Epreuves et enjeux de l'exclusion*, Ed. Labor, Bruxelles, 1997.

ZAY, D., « Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? », in *Revue Education permanente*, n° 131, Paris, 1997.

De la gouvernance des établissements à la gouvernance des territoires

Valérie LEYS
Directrice des Formations
IRTS de Basse-Normandie - Caen - France
vleys@irts-bn.asso.fr

Le secteur social et médico-social en France est majoritairement géré par des associations. L'association, en tant que forme organisationnelle, mérite que l'on s'y attarde du fait de sa place prépondérante. Les apports théoriques sur la gouvernance d'entreprise sont très largement transposables aux fonctionnements associatifs. Ainsi, la théorie de l'agence nous éclaire sur les éventuels conflits d'intérêt entre les administrateurs bénévoles et les dirigeants salariés ; tandis que la théorie des parties prenantes attire notre attention sur la nécessité d'un système de gouvernance ouvert sur son environnement. Une fois ces traits génériques identifiés, il nous faut poser la question des spécificités associatives. Ces spécificités existent-elles réellement et, si oui, quel est leur impact sur les modes de gouvernance des organisations et le positionnement du dirigeant ?

La forte hétérogénéité de l'association en fait une forme organisationnelle difficile à cerner. De plus, la conciliation de l'engagement bénévole et des contraintes gestionnaires est de plus en plus complexe à réaliser pour les dirigeants associatifs. Sous la pression des politiques publiques, les associations se regroupent et développent des stratégies territoriales. Ces évolutions nous conduisent à revisiter nos pratiques en matière de formation des cadres et dirigeants du secteur sanitaire et social.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale en sciences de gestion menée à l'Université de Caen depuis juin 2008. Afin de situer notre propos, nous présenterons dans un premier temps le contexte et les principales étapes de ce travail de recherche. Nous évoquerons ensuite les premiers résultats obtenus à ce stade de la

démarche pour finalement engager une réflexion autour de la question des formations au management.

1. Le processus de recherche

1.1. Le cadre théorique

D'un point de vue théorique, notre propos se situe dans une perspective interactionniste. Pfeffer et Salancik⁴⁰ définissent l'organisation comme une coalition de groupes d'intérêts, chacun d'entre eux attendant d'obtenir quelque chose de la collectivité grâce à ses interactions avec les autres et chacun ayant ses propres intérêts et objectifs. Le résultat de ces échanges et interactions est constitutif de l'organisation.

Cette conception des relations entre une organisation et son environnement conduisent les auteurs à définir la théorie sur laquelle nous nous appuyons, dite « théorie de la dépendance des ressources ». Selon eux, l'environnement est constitué de demandes conflictuelles pour les organisations. Le dirigeant est obligé de traiter ces demandes conflictuelles et de gérer ces coalitions d'intérêts. La fonction primordiale du manager est alors d'être un symbole, c'est-à-dire un point de focalisation des succès et des échecs de l'organisation.

Le deuxième axe structurant de nos références théoriques est l'importance de l'ancrage spatial des organisations. La notion de « territoire », largement utilisée dans le registre des politiques publiques, constitue une « scène » sur laquelle se « jouent » les relations entre différents acteurs appartenant à différentes organisations. La délimitation par l'action publique d'un territoire d'intervention a pour conséquence de désigner un certain nombre d'acteurs « autorisés » à faire entendre leur voix de manière officielle. Il s'agit du territoire prescrit. Mais nous mobilisons une deuxième dimension pour notre analyse, il s'agit du territoire construit et émergent développé par les acteurs locaux. Cette approche

⁴⁰ PFEFFER J., SALANCIK G., *The External control of organizations, a resource dependence perspective*, Stanford University Press, 1978.

dialectique du territoire permet de faire apparaître que la délimitation de la « scène » de l'action constitue en elle-même une source d'enjeux pour les acteurs.

1.2. Les objectifs et la méthode

Cette démarche de recherche a tout d'abord pour objectif de comprendre et analyser les interactions entre les établissements de santé sur un territoire. Il s'agira ensuite d'identifier des facteurs facilitant la coopération et des facteurs de blocage pour évaluer, enfin, quelles sont les conditions propices à la mise en place de groupements ou de communautés de territoire.

Il s'agit d'une étude de cas longitudinale centrée sur un territoire de santé à dominante rurale. L'analyse est de type qualitatif, réalisée à partir d'un corpus de 24 entretiens menés auprès de trois principaux groupes d'acteurs : des élus politiques locaux, des directeurs d'établissement et des représentants des pouvoirs publics. Les résultats s'appuient également sur une expérience professionnelle en tant que responsable d'une organisation médico-sociale associative.

2. Apports et limites de la gouvernance associative

2.1. Qu'est-ce que la gouvernance ?

Si la notion de gouvernance nous vient directement du monde de l'entreprise privée, elle a aujourd'hui largement dépassé ces frontières pour intégrer le domaine de l'action publique (« gouvernance territoriale »), de la santé (« gouvernance hospitalière ») et du secteur privé non lucratif (« gouvernance associative »). Le secteur de l'intervention sanitaire et sociale se trouve de fait lui aussi traversé par cet engouement pour un concept à première vue novateur.

La diffusion du concept de gouvernance dans notre secteur est à relier aux mutations profondes qui le traversent depuis le début des années 2000. La professionnalisation des acteurs, la complexification du cadre réglementaire et budgétaire, les impératifs de

transparence, de visibilité et de gestion efficiente des fonds publics rendent nécessaire la refonte des systèmes de pilotage des organisations.

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont fortement participé à l'instauration de nouvelles formes de régulation, prônant la participation des usagers, fixant des exigences de qualification, d'évaluation, de planification ou encore de contractualisation. Enfin, les perspectives de regroupements, fusions et autres recompositions viennent percuter de plein fouet les pratiques managériales et de gouvernance en redistribuant les rôles au sein des instances dirigeantes.

Gérard Charreaux définit la gouvernance d'entreprise comme : « *L'ensemble des mécanismes organisationnels qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions des dirigeants, autrement dit, qui gouvernent leur conduite et définissent leur espace discrétionnaire.*⁴¹ » Cette définition met ainsi l'accent sur la problématique du contrôle du dirigeant au sein de la personne morale et sur la nécessité de faire prédominer les objectifs collectifs (pérennité de l'entreprise) par rapport aux intérêts individuels.

Une autre définition donnée par Roland Pérez (2003) élargit la notion de gouvernance pour la sortir d'un face-à-face, considéré par certains auteurs comme trop réducteur, entre actionnaire et dirigeant. Pour Pérez la gouvernance d'entreprise s'apparente à un « *dispositif institutionnel et comportemental régissant les relations entre les dirigeants d'une organisation et les parties concernées par le devenir de ladite organisation*⁴². »

2.2. Place des associations dans le système sanitaire et social français

En France, le système sanitaire, social et médico-social est géré par trois types d'acteurs :

- Le secteur public (hôpitaux et établissements médico-sociaux rattachés à la fonction publique territoriale) ;

⁴¹ CHARREAUX G., Le Gouvernement d'entreprise, Paris, Economica, 1995.

⁴² PEREZ R., La gouvernance de l'entreprise, Paris, La Découverte, 2003.

- Le secteur privé lucratif (cliniques et maisons de retraite pour l'essentiel) ;
- Le secteur privé non lucratif (hôpitaux, cliniques et une majorité d'établissements médico-sociaux). Les structures du secteur privé non lucratif prennent généralement deux formes juridiques très proches : l'association ou la fondation.

Le secteur privé à but non lucratif est plus présent dans le secteur social et médico-social sous la forme associative (56% des lits et places) que dans le secteur de la santé, où il a plus de mal à faire reconnaître sa place (15% des lits et places) entre un secteur public majoritaire (66%) et un secteur privé en plein développement (19%).

Peu connu du grand public, le secteur privé non lucratif est souvent défini comme un modèle de gestion alliant les avantages du privé et du public pour le plus grand profit de l'utilisateur. *« Le secteur privé non lucratif, souvent désigné par les termes de “troisième voie”, fait partie intégrante de l'économie sociale. Il est aujourd'hui un acteur important de l'offre de soins et de l'aide à la personne tant dans le champ sanitaire que social et médico-social. Il a fait ses preuves en termes d'efficacité et de performance, à tel point que l'on peut aujourd'hui parler d'un vrai modèle alliant souplesse de gestion et dynamisme à la qualité du service, proximité de l'offre de soins à l'adaptation aux besoins de la population. »*⁴³

Par comparaison avec le secteur privé lucratif, ces établissements et services remplissent une mission d'intérêt général et sont soumis à des obligations en termes de garantie de l'accès aux soins pour tous, de permanence et de continuité des soins, de jour comme de nuit. D'autre part, la valeur créée par l'établissement n'est pas redistribuée aux actionnaires, mais elle doit obligatoirement être réinvestie au profit de l'utilisateur, c'est-à-dire consacrée au développement de la qualité du service.

Par comparaison avec le secteur public, les établissements et services du privé non lucratif, appliquent des modalités de gestion plus souples et plus équilibrées que celles des structures publiques. Ainsi, les organisations sont plus flexibles et plus adaptables

⁴³ Emmanuel Duret, Président de la FEHAP, *Perspectives sanitaires et sociales*, décembre 2007.

aux exigences de l'environnement. Les directeurs bénéficient d'une plus grande autonomie et d'un pouvoir de décision plus important que leurs homologues du secteur public (par exemple, un directeur d'établissement associatif a autorité sur l'ensemble du personnel salarié, y compris médical). Les ressources humaines sont soumises aux règles du droit privé, ce qui permet plus de flexibilité en termes de recrutement, de licenciement, et favorise la recherche d'efficience dans les dépenses de personnel. Enfin, les achats sont encadrés par des règles moins formelles que celles fixées par le code des marchés publics, ce qui assure une plus grande réactivité dans les investissements.

Pour toutes ces raisons, le secteur privé non lucratif, qu'il prenne la forme d'associations ou de fondations, est souvent cité en exemple comme le mode d'organisation permettant de concilier au mieux différentes contraintes et de développer une prise en charge de proximité au seul profit de l'utilisateur. Il est à noter également que ce secteur n'est en rien une spécificité française : il se développe partout en Europe et représente 57% du parc hospitalier aux Etats-Unis. Malgré toutes ces forces, le secteur privé non lucratif apparaît aujourd'hui comme un système organisationnel fragilisé par différentes sources de tension.

2.3. Le secteur privé à but non lucratif : un système sous tension ?

2.3.1. Une forte pression économique

La réforme du système de tarification mise en place depuis 2004 a considérablement renforcé les contraintes de gestion dans les établissements de santé, quel que soit leur statut. En 2008, la pression s'est accentuée du fait de la mise en œuvre pleine et entière du système de tarification à l'activité. Les financements sont désormais liés à l'activité, ce qui induit dans la gestion des établissements une forte logique concurrentielle : plus un établissement est attractif, plus il a de « clients » et plus il obtient de ressources financières. Dans un territoire à dominante rurale où l'éparpillement des établissements s'ajoute à une faible densité de population, ce système génère de la concurrence et constitue un frein à la coopération. On peut observer ainsi le caractère paradoxal des

réformes successives, la réforme de la tarification ayant un effet contraire à l'objectif annoncé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires »⁴⁴.

Cette logique concurrentielle est renforcée par le développement des démarches qualité. La population souhaite aujourd'hui avoir accès à un certain nombre d'informations lui permettant d'apprécier la qualité du service rendu par l'ensemble du système de soins. Cette exigence à l'égard de la qualité des soins peut se traduire par une attitude « consumériste » de la part de l'utilisateur-client aboutissant à un nombre croissant de recours auprès des juridictions. Cette évolution est légitimée par les textes législatifs qui mettent l'accent sur les droits de l'utilisateur et sa position centrale dans le dispositif⁴⁵.

L'évolution du système de financement a une deuxième conséquence. Il induit une catégorisation des activités selon leur niveau de rentabilité. Traditionnellement, dans le secteur de la santé, le niveau de rentabilité d'un acte est proportionnel à son niveau de technicité. Ainsi, les établissements sous gestion associative se trouvent pénalisés car ils sont majoritairement positionnés sur des secteurs de prise en charge de longue durée avec une forte dimension relationnelle : soins de suite et de réadaptation, médecine, gériatrie, maladie mentale.

2.3.2. L'érosion de l'engagement bénévole

La dynamique interne du secteur privé non lucratif repose notamment sur sa capacité à attirer et à fidéliser des administrateurs bénévoles compétents et impliqués. Actuellement, de nombreuses associations se trouvent confrontées à une difficulté de recrutement et renouvellement de leurs adhérents.

Est-il pour autant légitime d'évoquer une « crise du bénévolat » ? En quoi cette situation a-t-elle un impact sur la gouvernance associative ? Selon une étude réalisée par France

⁴⁴ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Journal officiel du 22 juillet 2009.

⁴⁵ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – Loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

Bénévolat⁴⁶, en juin 2008, « s'il est abusif de parler de crise du bénévolat dans un pays qui peut justifier d'environ 14 millions de bénévoles dans les associations, on peut, en revanche, légitimement parler de crise du renouvellement des dirigeants associatifs. »

On peut également faire le constat d'un vieillissement des dirigeants associatifs et d'une absence de parité au niveau des dirigeants. Si les hommes et les femmes sont en nombre égal parmi les « bénévoles de terrain », seulement 39% des membres de CA sont des femmes et 26% des présidents sont des présidentes.

Trois raisons majeures sont avancées dans cette étude pour expliquer ces difficultés. La première de ces raisons est le manque de disponibilité. Assurer des responsabilités associatives implique des contraintes de durée (souvent un tiers ou un mi-temps) et de calendrier peu compatibles avec une activité professionnelle. De ce fait, les dirigeants associatifs sont généralement des retraités. La seconde explication concerne la perception du risque juridique. Dans certains cas, très rares, les présidents peuvent être civilement et pénalement responsables et peuvent se voir saisir leurs biens personnels. Le contexte général de « judiciarisation » qui touche les élus locaux et les médecins renforce cette crainte. Enfin, le troisième frein a trait à la montée en puissance des contraintes de gestion. Quelle que soit la taille de l'association, les budgets sont difficiles à boucler et les sources de financement sont multiples. De ce fait, la gestion d'une association devient rapidement complexe. Certains présidents se trouvent de plus en plus fréquemment confrontés à des procédures de liquidation ou à la gestion d'un plan social.

Pour pallier ces difficultés de recrutement, des solutions empiriques sont parfois trouvées dans les associations, comme, par exemple, la participation de directeurs au conseil d'administration d'associations partenaires. Mais le problème de fond demeure car il devient, dans le contexte actuel, de plus en plus difficile de concilier les impératifs d'une gestion performante avec les contraintes de l'engagement bénévole et cette tension constitue une réelle fragilité pour le secteur associatif.

⁴⁶ Résultats du premier Baromètre d'opinion des bénévoles « France bénévole 2008 » disponibles sur le site www.francebenevolat.org

Les établissements du secteur associatif se trouvent donc dans une situation totalement paradoxale. Tandis que leurs avantages et leurs qualités sont unanimement loués par les experts et les professionnels, leur légitimité est mise à mal. L'enjeu, pour les associations, est de démontrer leur spécificité et de préserver leur identité face à deux forces opposées. La première, émanant des pouvoirs publics, qui tend à faire peser sur eux les mêmes contraintes et les mêmes exigences que celles des établissements publics. La seconde, émanant du marché, qui tend à calquer leurs modes de fonctionnement sur celui des établissements privés lucratifs.

2.4. Des organisations tiraillées entre deux logiques

Il n'y a pas un modèle d'organisation associative mais des modèles très disparates constituant un secteur difficile à cerner. Cette disparité est valable également pour les modalités de gouvernance : certains établissements fonctionnent selon des règles quasi identiques à celles du secteur public (les centres de lutte contre le cancer, présidés par le Préfet), tandis que d'autres présentent des logiques de fonctionnement assimilables à celles de l'entreprise privée (les fondations).

L'association est différente de la fondation car elle se doit, selon ses statuts, de faire fonctionner ses instances dirigeantes selon le principe de représentation démocratique : l'assemblée des adhérents, ouverte à tous citoyens, élit ses représentants au conseil d'administration. Ce modèle fonctionne bien dans un contexte où l'association joue un rôle avant tout politique (représentation d'intérêts, groupe de pression). Mais il est mis en difficulté à partir du moment où la fonction gestionnaire prend le dessus. Les militants font peu à peu la place aux experts (en finance, en droit...), les administrateurs sont recrutés en fonction de leur parcours professionnel (souvent dans l'entreprise). La professionnalisation des administrateurs répond certes à un principe de réalité (une formation est nécessaire pour l'appréhension d'enjeux de plus en plus complexes et pour faire face à l'augmentation du niveau de responsabilité) mais elle pose avec acuité la question de la pertinence de la forme associative dans le secteur de la santé.

Les structures qui mettent l'accent sur la représentativité sont confrontées à des problématiques de conflits d'intérêt et de dilution du processus de décision (ex : dans les hôpitaux publics, les trois pouvoirs, administratif, médical et infirmier, génèrent de l'immobilisme en se neutralisant). Dans certaines associations, le conseil d'administration est tellement « représentatif » de la société civile qu'il a perdu tout pouvoir de décision. Il est cantonné à un rôle de chambre d'enregistrement des décisions préparées en amont par quelques acteurs clés du conseil d'administration, souvent réunis en « bureau ».

A contrario, les structures qui mettent l'accent sur la professionnalisation et la nécessaire montée en compétence des membres du conseil d'administration, si elles gagnent en efficacité et en réactivité, risquent de perdre de vue leur fonction politique face à la montée en puissance de la sphère gestionnaire. Tout l'enjeu de la gouvernance est de trouver un équilibre satisfaisant entre ces deux pôles.

2.5. Le difficile positionnement du dirigeant associatif

2.5.1. D'un risque de dérive à l'autre

Le risque permanent qui guette le dirigeant associatif est l'effacement d'une dimension au profit de l'autre. Lorsque la dimension axiologique et politique de l'association est mise en avant, la tendance sera de survaloriser l'engagement personnel, le militantisme au détriment de la nécessaire prise en compte des réalités économiques. Le risque est celui de la perte de crédibilité pour l'association aux yeux de ses partenaires et notamment de ses financeurs. Ce risque est renforcé par les relations de coopération entre associations qui peuvent avoir un effet de confrontation des compétences respectives autour d'un projet commun. Ainsi, au moment de la constitution d'un groupement de coopération, certaines structures pourront apparaître comme demeurées au stade de l'amateurisme, tandis que d'autres, plus organisées, plus professionnalisées, prendront naturellement le leadership avec le soutien des autorités de tutelle.

L'autre risque de dérive à laquelle est confronté tout dirigeant associatif est le risque de perte d'identité qui se manifeste à travers la survalorisation des méthodes de management issues de l'entreprise privée. Cette tendance, souvent observée dans le

monde associatif, est qualifiée par certains auteurs⁴⁷ de « managérialisme ». Cette expression contient une critique implicite de la transposition dans les organisations associatives de modèles de management centrés sur les notions d'efficacité et de performance et ne prenant pas en compte la spécificité associative.

« L'efficacité n'est un critère de pertinence dans les associations qu'à condition d'être croisée avec les finalités et les valeurs, qu'à condition d'être le signe d'un meilleur service et d'un plus grand respect. »⁴⁸

Au vu de tous ces éléments, la perspective interactionniste semble particulièrement éclairante pour le dirigeant associatif. Ce dernier est en effet positionné au sein d'un environnement constitué de demandes conflictuelles entre lesquelles il va falloir réaliser des arbitrages.

2.5.2. Diriger une association, une posture « intenable⁴⁹ » ?

Dans les associations, les niveaux politique, stratégique et même opérationnel sont étroitement liés et il n'existe pas de frontière étanche entre décision politique et décision stratégique. Le concept de gouvernance permet de mettre en synergie, sans confusion des rôles, les structures politiques et les structures de direction. La légitimité de la direction repose sur sa faculté à proposer une stratégie conforme à la réalisation des orientations politiques des élus, mais également sur son aptitude à doter la structure des compétences nécessaires à la mise en œuvre de ces orientations. Cette recherche de cohérence se matérialise autour du projet et de l'articulation entre ses différents niveaux (projet de territoire, projet associatif, projet d'établissement, projet individualisé de prise en charge).

La construction du projet résulte d'un échange permanent entre le conseil d'administration et la direction générale ou d'établissement (renvoie aux modalités de concertation

⁴⁷ AVARE P., SPONEM S., « le managerialisme et les associations », in *La gouvernance des associations*

⁴⁸ LAVILLE J.-L., C. HOARAU, *La Gouvernance des associations*, Paris, Erès, 2007.

⁴⁹ Cette expression est empruntée au titre d'un numéro spécial des Cahiers de l'actif. « A propos des directions intenable, réflexions à l'usage des dirigeants », n° 388-389, sept / octobre 2008

formelles ou informelles prévues entre le président et le directeur). Il est de la responsabilité de la direction de bâtir le projet managérial à partir des grandes orientations définies par le conseil d'administration, ce projet apparaissant ainsi comme la continuité naturelle du projet politique.

Les difficultés d'articulation des pouvoirs sont fréquentes dans les organisations associatives car il ne peut y avoir de cloison étanche entre la définition d'axes de développement par le pouvoir politique et leur mise en œuvre par les techniciens. Les conflits pourront d'autant mieux être régulés que les fonctions et champs de compétences respectifs, les modalités de fonctionnement et de contrôle constitueront un cadre de référence commun.

La tâche du dirigeant associatif est complexe car il doit maintenir un système de gouvernance cohérent et équilibré et garant des spécificités associatives. Or, nous avons observé une tendance à l'homogénéisation des statuts et des modes de gouvernance des établissements sanitaires et sociaux qui tend à résorber les particularités des trois secteurs et réduit l'espace pour un tiers secteur. La notion même de « tiers secteur » est remise en cause par certains auteurs.

Si l'espace se réduit pour la définition d'un tiers secteur, les établissements qui constituent ce secteur bénéficient cependant d'une forte légitimité grâce à la nature d'activités qui devrait leur permettre de jouer un rôle de premier plan dans le système de santé de demain. Ils ont développé, en effet, une réelle expertise sur les prises en charge de proximité auprès des personnes les plus démunies (personnes âgées, handicapées, soins de suite, conduites addictives.), secteurs dans lesquels les besoins sont importants et en constante augmentation. Ils ont également mis en œuvre des prestations innovantes de type accueil de jour, hospitalisation à domicile, qui intéressent les pouvoirs publics du fait d'un rapport coût / efficacité satisfaisant. Enfin, leur capacité de souplesse et de réactivité vont probablement permettre à ces établissements de s'organiser en groupements avant la mise en place des agences régionales de santé (installation prévue au 1^{er} janvier 2010). Ce possible effet de levier devrait, selon toute vraisemblance, intéresser les futurs directeurs d'agence régionale de santé.

La phase exploratoire de notre recherche a permis de mettre en évidence que l'entrée par le statut juridique des établissements n'était pas pertinente. L'hétérogénéité associative est telle qu'il est pratiquement impossible d'identifier des modalités de gouvernance spécifiques aux associations. Au sein de la nébuleuse associative, les établissements médico-sociaux et de santé constituent le secteur le plus « institutionnalisé ». Ainsi, l'organisation d'un centre de lutte contre le cancer se rapproche bien davantage, en termes de caractéristiques de fonctionnement, d'un hôpital public que d'un club de joueurs d'échecs, bien que tous deux soient des associations. Les enjeux de gouvernance, pour les établissements de ce secteur d'activité, sont à relier à des réformes législatives et structurelles de grande ampleur qui viennent percuter à la fois le système de pilotage et de régulation au plan régional et les interactions entre établissements sur un territoire donné. La problématique de notre recherche se situe dans l'articulation de ces deux niveaux.

3. Gouvernance et territoire

3.1. Un territoire se doit d'avoir des limites

La notion de territoire est distincte de la notion de réseau. *« Le réseau échappe à la logique simple de l'inclusion et de l'exclusion en ce qu'il est ouvert sur sa toujours possible prolongation. Alors que le territoire exige une découpe et une clôture pour exister, le réseau nécessite de pouvoir s'étendre pour en être un véritable.⁵⁰ »*

Alors que la dynamique de réseau consiste, pour un établissement, à développer des relations de coopération avec ses voisins dans un maillage le plus exhaustif possible, le territoire impose de définir des limites au-delà desquelles les relations de coopération ne sont plus légitimes.

⁵⁰ LUSSAULT M., *L'Homme spatial, la construction de l'espace humain*, Paris, Le Seuil, 2007.

3.2. La coopération, un objectif central de la réforme

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009⁵¹ entérine et donne un coup d'accélérateur au processus de regroupement inter-établissements timidement engagé depuis les années 2000. Deux modalités organisationnelles sont prévues pour inciter les établissements à coopérer davantage et à mutualiser leurs moyens sur un territoire donné : les communautés hospitalières de territoire permettent le regroupement des établissements publics, tandis que les groupements de coopération sanitaire sont destinés à favoriser les rapprochements entre établissements publics et privés.

La question des regroupements apparaît cruciale pour deux raisons majeures. D'une part, la mise en place des agences régionales de santé suppose une instance de pilotage commune pour le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Afin de demeurer « visible » face au secteur sanitaire qui représente des enjeux financiers beaucoup plus importants, les associations médico-sociales sont incitées à se regrouper. D'autre part, la nécessité de rationaliser la répartition de l'offre médico-sociale sur un territoire conduit les établissements à se rapprocher, sous la pression des pouvoirs publics, afin de mutualiser des moyens.

Les processus de coopération inter-établissements peuvent générer plusieurs formes organisationnelles, plus ou moins intégrées : dans le cas de la forme fédérative, l'un des établissements se voit attribuer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. Le groupement définit une stratégie commune et mutualise des compétences. Les établissements restent autonomes juridiquement et financièrement mais doivent s'inscrire dans le projet stratégique commun. Chaque établissement conserve ses propres instances de gouvernance. Les instances du groupement sont composées de membres des instances des établissements adhérents. Le risque de ce type de structure est de générer des coûts de coordination élevés afin de garantir la cohérence décisionnelle.

⁵¹ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Journal officiel du 22 juillet 2009

Dans le cas de la forme intégrée : les établissements préexistants confient au groupement l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites du groupement. Ce dernier est doté d'instances de pilotage uniques se substituant à celles des établissements préexistants. Cette démarche équivaut à une fusion. Le risque majeur est celui de la bureaucratisation qui se manifeste notamment par un décalage entre les centres de décision et les acteurs opérationnels.

3.3. Différentes modalités de régulation coexistent

Le projet de loi prévoit également, au travers des agences régionales de santé, la mise en place d'un pilotage unifié des politiques régionales de santé, entendues au sens large (hospitalisation, médecine de ville, prévention et secteur médico-social). Reprenant la typologie établie par J.-L. Laville⁵², la relation entre les pouvoirs publics et les acteurs professionnels peut s'établir selon trois modalités différentes, les trois étant présentes dans le projet de loi. La première est la régulation tutélaire correspondant à une posture de domination classique dans laquelle les normes sont imposées aux acteurs de terrain par les pouvoirs publics. Par exemple, le directeur de l'agence régionale de santé a le pouvoir d'imposer la création d'une communauté hospitalière de territoire. La seconde modalité est la régulation concurrentielle qui, en référence à la logique de marché, promeut la compétition entre les prestataires. Cette logique est présente dans la volonté de généraliser les procédures d'appel d'offres dans le secteur médico-social, le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale disparaissant au profit d'une commission d'appel à projets. Enfin, une troisième modalité, plus innovante, est la régulation conventionnée dans laquelle les règles définies sont le résultat d'un processus négocié. L'outil emblématique de cette démarche est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les interactions entre les établissements de santé et les pouvoirs publics, plus ou moins denses selon les périodes et la nature des activités menées, évoluent sans cesse entre ces trois formes idéal-typiques de régulation. L'analyse des entretiens nous permet d'observer que la régulation tutélaire reste encore aujourd'hui le mode d'interaction le plus

⁵² LAVILLE J.-L., C. HOARAU, *La Gouvernance des associations*, Paris, Erès, 2007.

fréquent mais que la régulation conventionnée est la modalité la plus adaptée au développement de relations de coopération sur un territoire.

Le contexte de réforme auquel se trouve aujourd'hui confronté le secteur de la santé situe au centre des débats et des enjeux la question du territoire et des interactions entre établissements au sein de ce territoire. Deux réalités sont à dissocier : celle du territoire prescrit, légitimé par la puissance publique, et celle du territoire construit par les acteurs.

3.4. Territoire prescrit et territoire d'action

Le territoire de santé est l'espace défini par les pouvoirs publics pour la mise en œuvre, au niveau local, de la politique de santé. Les limites géographiques de ces territoires ont été définies en 2003 dans le cadre d'une démarche d'évaluation des mouvements de population entre les établissements de santé. Cet espace est régulé par des instances spécifiques. Les instances de gouvernance territoriales existantes ne paraissent pas adaptées au développement des relations de coopération. En effet, les acteurs présents au sein de la conférence de territoire sont les dirigeants des établissements de santé présents sur ce territoire : directeur et Maire de la commune. Chacun représente les intérêts de sa structure et de sa commune mais aucun n'a de vision globale ni d'activité transversale sur le territoire. Le Président de cette instance est généralement le Maire de la plus importante commune, dont l'enjeu principal est de défendre les intérêts de son établissement plutôt que de développer une complémentarité des prises en charge sur le territoire.

Au moins trois conditions doivent être remplies pour que deux établissements de santé décident de coopérer : la proximité géographique, la proximité culturelle et la complémentarité de leurs activités. Lorsque ces trois critères sont réunis, de véritables relations de coopération peuvent s'instaurer sous différentes formes : les consultations avancées, les fédérations, les groupements d'achat... Une habitude de travail en commun peut alors s'installer, constituant ainsi de véritables territoires d'action, dont les limites, informelles, ne coïncident pas avec les limites des territoires prescrits. Ce sont donc les

comportements coopératifs entre les acteurs qui font exister le territoire, plutôt que l'inverse.

Les motifs à l'origine des comportements coopératifs sont divers. On distingue généralement deux principaux motifs : la perception d'un intérêt commun ou la conscience d'une communauté de destin. « *Qu'il prenne la forme d'un projet commun ou d'une communauté de destin, le motif qui pousse les acteurs à coopérer ne leur fait généralement pas oublier leurs intérêts individuels.*⁵³ » Une même situation peut générer des comportements tantôt coopératifs, tantôt concurrentiels. Par exemple, la captation des ressources humaines (médicales et paramédicales) est en enjeu vital pour un territoire rural. La pénurie de la ressource médicale et para-médicale produit à la fois de la concurrence entre établissements (objectif d'attractivité) et de la coopération (objectif de mutualisation de compétences).

La coopération apparaît donc comme un phénomène complexe et multi-dimensionnel qui s'inscrit dans un contexte social, économique et historique. La coopération ne peut être imposée de façon exogène dans le cadre d'une régulation tutélaire.

Au vu de ces éléments, les outils mis en place dans le projet de loi risquent d'être contre-productifs. Les communautés hospitalières de territoire sont mieux appréhendées par les acteurs de terrain comme le moyen de formaliser des « superstructures » que comme un outil visant à développer les coopérations. Elles ne pourront fonctionner que si elles viennent entériner des pratiques de coopération pré-existantes et dans le cadre d'un projet porté collectivement par les acteurs concernés.

On peut supposer que les années 2010 / 2011 constitueront une période transitoire au cours de laquelle vont se structurer les nouvelles agences régionales de santé. La problématique de la coopération sera avant tout interne à l'agence : comment coordonner et faire fonctionner ensemble les ARH⁵⁴, les DDASS⁵⁵ et les services de l'Assurance

⁵³ KOENIG G., *Le Management stratégique : projets, interactions et contextes*, Paris, Dunod, 2004.

⁵⁴ Agence régionale de l'hospitalisation.

⁵⁵ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

Maladie ? Durant cette période, les établissements auront tout intérêt à porter eux-mêmes leurs propres projets de groupements de coopération ou de communauté de territoire, dans le cadre d'une régulation conventionnée avec les pouvoirs publics.

4. Conséquences pour la formation des cadres et dirigeants

Dans ce contexte, il devient impossible pour les établissements associatifs, de demeurer isolés. L'enjeu en termes de gouvernance est le passage d'une logique d'établissement à une logique de territoire. Pour le dirigeant, les questions à résoudre sont les suivantes : quelle est la place de mon établissement dans le projet de territoire ? Quelles alliances puis-je contracter afin de garantir la pérennité de mon établissement ? Quelles modalités de coopération trouver avec mes futurs partenaires ?

En ce qui concerne la formation des futurs dirigeants, cela impose de développer l'ouverture sur l'environnement, les capacités d'élaboration stratégique, les capacités de négociation, l'inscription dans des réseaux d'acteurs. L'action étant conçue sur le territoire à partir de la communauté des parties prenantes sur ce territoire, les formations proposées, qu'elles soient ou non diplômantes, doivent intégrer dans leurs objectifs et leurs modalités de sélection cette question du leadership partagé. Pourquoi ne pas imaginer par exemple des formations en binôme, destinées aux directeurs et présidents de conseil d'administration, sur l'analyse stratégique de l'environnement et ses conséquences en termes de gouvernance ?

Le mode collaboratif doit être privilégié non seulement dans les contenus de formation mais également dans les postures des enseignants et formateurs en management. Ainsi, le système de formation peut intégrer des actions collaboratives dans ces processus de validation. La question qui en découle est de savoir comment valider individuellement des compétences à partir d'un exercice de type collaboratif.

Enfin, ces évolutions conduisent nécessairement à envisager le rapprochement des formations sanitaires et sociales sur la question du management. Le décloisonnement des

activités sur le terrain doit nécessairement s'accompagner d'un décloisonnement des formations. Ainsi, la région Basse-Normandie, sous l'impulsion de l'ARH, conduit une démarche de réflexion sur la fonction de cadre en associant l'ensemble des partenaires de la branche sanitaire et sociale. L'objectif de ce travail est de partager une analyse des enjeux et de concevoir des dispositifs de formation adaptés aux évolutions environnementales du secteur de la santé, dans son acception la plus large. Dans un avenir proche, la mise en place de tronc communs entre formations sociales, médico-sociales et sanitaires devraient pouvoir voir le jour.

Bibliographie

BATIFOULIER F., NOBLE F., *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, 2005.

CHARREAUX G., *Le Gouvernement d'entreprise*, Paris, Economica, 1995.

CHARREAUX G., WIRTZ P., *Nouvelles perspectives en matière de gouvernance d'entreprise*, Paris, Economica, 2007.

KOENIG G., *Le Management stratégique : projets, interactions et contextes*, Paris, Dunod, 2004.

LAVILLE J.-L., C. HOARAU, *La Gouvernance des associations*, Paris, Erès, 2007.

LE GALES P., *Gouvernement et gouvernance des territoires*, Paris, La documentation française, mars 2006.

LUSSAULT M., *L'Homme spatial, la construction de l'espace humain*, Paris, Le Seuil, 2007.

PEREZ R., *La gouvernance de l'entreprise*, Paris, La Découverte, 2003.

PFEFFER J., SALANCIK G., *The External control of organizations, a resource dependence perspective*, Stanford University Press, 1978.

WIRTZ P., *Les meilleures pratiques de gouvernance d'entreprise*, Paris, La Découverte, 2008.