

La main visible des managers associatifs : les transformations en cours du marché et des organisations dans le secteur du handicap

Communication à la 13^{ème} journée d'étude du GDR CADRES

CENS- CAR CEREQ Pays de la Loire - MSH Ange Guépin

Vendredi 19 octobre 2007, Nantes

David PIOVESAN, Magali ROBELET et Jean-Pierre CLAVERANNE

IFROSS (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales)

Université Lyon 3

18 rue Chevreul, 69007 Lyon

Tel : 04 78 78 77 62

Email : david.piovesan@univ-lyon3.fr

<http://www.ifross.com>

L'Ifross est un Institut de la Faculté de Droit de l'université Lyon 3 qui forme au management et au droit d'une part des cadres et des directeurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux (licence et master) et d'autre part des étudiants en formation initiale (master et doctorat). Le Graphos est le laboratoire de recherche de l'Ifross et permet de relier savoir, recherche et action.

David Piovesan est maître de conférences en gestion et dirige le département médico-social de l'Ifross. Magali Robelet est maître de conférences en sociologie. Jean-Pierre Claveranne est professeur des universités, il dirige l'Ifross.

Longtemps laissé à l'initiative du tissu associatif, le secteur des établissements sociaux et médico-sociaux fait aujourd'hui l'objet de toutes les attentions des pouvoirs publics¹. Les associations ont construit un secteur médico-social que l'État n'avait pas abandonné mais plutôt délégué à ces opérateurs non marchands. Ce mouvement de délégation leur a fait prendre un poids économique considérable à tel point que les associations gestionnaires ont en charge aujourd'hui la majeure partie des dépenses publiques dédiées au handicap. Le secteur médico-social représente plus de 27 milliards d'euros (Priou, 2006). En terme d'emploi, les 37 000 structures sociales et médico-sociales emploient près de 600 000 salariés. Le secteur du handicap (enfants et adultes) représente un quart de la dépense publique (plus de 8 milliards d'euros), soit plus de 8 500 établissements et services (23 % de l'équipement en nombre de structures et 20 % en nombre de places). Le non marchand représente 56 % des dépenses totales du secteur mais 90 % des dépenses du secteur du handicap (le même pourcentage est à considérer pour le nombre de structures et de places).

On mesure à l'aide de ces quelques chiffres l'immense développement de ce secteur ainsi que la place importante des structures dédiées à l'accueil et la prise en charge de personnes en situation de handicap, ce qui en fait une fenêtre d'observation particulièrement intéressante.

Les associations du secteur du handicap, le plus souvent nées d'initiatives de parents et proches d'enfants et d'adultes handicapés et construites autour d'une fonction tribunicienne, sont rapidement devenues gestionnaires d'établissements et de services ; l'État a vu dans la délégation aux associations la possibilité de développer un secteur, en trouvant une position intermédiaire, plutôt dans le faire-faire que dans le faire seul. La résultante de cette histoire a produit une situation complexe faite d'ambivalence pour ces associations gestionnaires, prises en tension entre les logiques historiques du militantisme familial (Chauvière, Sticker, Paterson et alii, 2005) et les logiques actuelles de professionnalisation et de management.

Le propos de notre communication consiste à mettre en lumière les jeux et enjeux que produit ce conflit de logiques à travers la (re)structuration de la fonction cadre dans les organisations sociales et médico-sociales. En effet, l'encadrement (intermédiaire et supérieur) se trouve

¹ Il circule dans le secteur l'anecdote suivante, qui resterait bien sûr à valider statistiquement, mais la production législative donne une idée toutefois de l'attention que porte les pouvoirs publics à ce secteur : le nombre de lois et de textes réglementaires parus depuis la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale pourrait bien être supérieur à tout l'activité législative réunie de 1945 jusqu'en 2002 !

impacté de plein fouet par les transformations qui affectent les associations gestionnaires d'équipement. Comme l'a montré G. Lazuech à propos des cadres dirigeants dans le champ de l'insertion sociale et économique (2006), le profil majoritaire des cadres médico-sociaux est entrain de changer : alors que les « cadres maison » et les cadres professionnels anciens éducateurs constituaient la majorité d'hier, de nouveaux (jeunes) diplômés arrivent dans le secteur et apportent une conception alternative de la gestion des structures. Cette transformation se caractérise par le passage d'une *logique vocationnelle* à une *logique professionnelle*.

Au carrefour de ces contradictions, les cadres subissent donc des changements qui mettent en tension leurs identités, leurs savoirs, leurs pratiques. Pour autant, il serait difficile, nous semble-t-il, de comprendre ce qu'est la fonction cadre et ses transformations dans les organisations du secteur du handicap sans la remettre en perspective avec les mutations que vivent, justement, ces établissements.

Nous analyserons donc, dans un premier temps, la montée des contraintes dans le champ des organisations médico-sociales. Le second temps de notre communication sera consacré à l'étude de deux restructurations illustrant ces conflits de logiques² : celle de l'Institut Médico-Educatif *Les Jolies Fleurs* et celle de l'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique *Le Rocher*. Enfin, le dernier temps sera l'occasion de tirer les enseignements de ces deux études de cas et de resituer l'évolution des fonctions d'encadrement à la lumière des transformations de la gouvernance des associations médico-sociales.

² Le matériau de ces deux études de cas est issu de recherches-interventions (cf. encadré n°1) menées dans le cadre du laboratoire de recherche GRAPHOS (université Lyon 3). L'anonymat des deux IME a été préservé pour d'évidentes raisons de confidentialité liée à la nature des données traitées.

1 Du militantisme familial au nouvel impératif gestionnaire

1.1 L'héritage militant

Principaux acteurs gestionnaires de services et d'établissements, les associations présentent aujourd'hui une certaine diversité aussi bien dans les formes d'organisation et d'action que dans les sources d'inspiration dont certains auteurs comme Henri-Jacques Sticker ont tenté une lecture ordonnée (Sticker, 2005).

Aux œuvres laïques et religieuses de XIXe siècle, ont succédé des mouvements qui, comme la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) se sont attelés à la réadaptation de centaines de milliers d'hommes mutilés par la première guerre mondiale. LADAPT (originellement Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail), l'Association des Paralysés de France ou encore les associations se réclamant du mouvement parental (comme les Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) se sont rapidement érigées en partenaires de l'État, qu'elles suppléent dans ses missions de solidarité, créant des équipements spécialisés, participant à l'évaluation progressive de besoins exponentiels.

Mais ces associations ont depuis, pour la plupart, connu une « véritable évolution gestionnaire » d'établissements et de services, dans une logique d'expansion et de création de véritables « filières » voire de « filiales ». Ces associations ont opté pour des solutions organisationnelles très diversifiées : fortement centralisée pour l'Association des Paralysés de France (une association regroupant juridiquement et financièrement en son sein plus de 400 établissements) ou résultant d'une mosaïque d'alliances pour l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (une union d'associations locales indépendantes les unes des autres).

Toutefois, il ne faudrait pas croire que le développement social et médico-social n'a été porté que par de grands mouvements associatifs, tels ceux cités précédemment. L'histoire du secteur est aussi celle de petites structures, fondées dans l'après guerre autour d'un projet humaniste et philanthropique. Il ne faudrait pas croire non plus que le secteur social et médico-social reste l'apanage du seul secteur associatif. Le développement d'opérateurs privés à but lucratif, très fort dans le champ de l'hébergement de personnes âgées, plus réduit

sur d'autres activités longtemps conçues comme inintéressantes (car non rentables ?) pour ce type d'offres de service (on pense par exemple à la réadaptation professionnelle ou à la petite enfance), a ouvert la boîte de pandore de la concurrence.

On pourrait poursuivre longtemps cette histoire du mouvement associatif. L'enjeu actuel se situe plus dans la position ambivalente qu'occupent aujourd'hui ces associations gestionnaires, au milieu du gué, prises en tension voire en contradiction, entre leur héritage militant et les nouveaux impératifs de la gestion des structures.

1.2 Les transformations en cours : performance et régulation

Une nouvelle approche de la performance : l'impératif gestionnaire

Cette nouvelle approche de la performance s'inscrit dans un courant souvent appelé « new management public » qui a pris une tournure particulière s'agissant du secteur du handicap. Mais les manifestations de cette nouvelle conception des politiques publiques ne sont en réalité qu'une traduction particulière d'une démarche plus globale qui transcende la spécificité du médico-social : elle touche par exemple aussi bien la gestion des finances publiques avec la nouvelle conception programmatique des budgets de l'État dans le cadre de la LOLF que le financement des structures hospitalières dans le cadre de la T2A. Longtemps à l'abri de toute investigation, le secteur non marchand ne peut plus faire l'économie d'une introspection qui prend différentes formes : l'efficacité, l'efficience, l'utilité, la cohérence sont autant d'objectifs qui fondent les analyses de performance.

Le renforcement des normes est une des illustrations les plus parlantes de l'implantation de démarches gestionnaire au sein du secteur du handicap. En effet, comme l'hôpital ou la clinique depuis vingt ans maintenant, les établissements et services sociaux et médico-sociaux subissent de plein fouet le renforcement des contraintes relatives à la sécurité et à la qualité.

Cet encadrement croissant a eu pour conséquence une augmentation des charges sur ces postes de dépense dans le budget des structures. Ce mouvement n'en est pour l'instant qu'à ses débuts. Les impacts de cette rationalisation seront importants dans un secteur composé de plus de 37 000 structures, dont la plupart sont de petites tailles compte tenu des fondements associatifs, caritatifs et confessionnels du secteur. Les marges d'autofinancement étant bien souvent insuffisantes pour financer les investissements ou l'exploitation, de nombreux

établissements sociaux ont vu dans le regroupement les moyens d'absorber l'augmentation des charges fixes.

Une régulation renouvelée : vers « l'association prestataire » ?

Les deux lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont mis en place un système de rebouclage, assez identique somme toute à celui de la planification hospitalière permettant d'associer étroitement la tarification, la planification, le projet d'établissement, l'évaluation interne et externe, les coopérations, la contractualisation (Volkmar, 2006). Ces différents leviers, parfaitement complémentaires, installent une nouvelle régulation permettant d'introduire l'analyse de la performance dans le secteur social et médico-social.

Toutefois, l'un des évolutions qui alimente, aujourd'hui, la crainte de certains d'une « marchandisation du social » ou d'une relégation des associations à un rôle de prestataire de politiques publiques définies sans elles, est à décrire dans ce nouveau dispositif qu'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) née de la loi du 11 février 2005. En effet, ce dispositif a produit une déconnexion d'une part entre la conception du projet pour la personne handicapée (la MDPH et son équipe pluridisciplinaire déterminent le plan personnalisé de compensation) et d'autre part l'intervention de l'opérateur (un établissement ou un service, et son plateau technique) sur une partie seulement de ce plan. Cette déconnexion fait rupture avec l'ancienne approche des CDES-COTOREP qui n'énonçaient pas de plan de compensation mais simplement une orientation vers une structure, ce qui permettait ensuite aux établissements et aux équipes de ces structures de se positionner sur une approche globale de l'accompagnement de la personne.

Le rôle de la nouvelle MDPH a changé la donne. Désormais, l'établissement participera à un seul des volets du projet de vie de la personne. Sa participation s'inscrira dans une visée de prestataire (un segment d'actions parmi d'autres que réaliseront d'autres prestataires) et non plus dans une approche holistique ; loin de la tradition de « globalité » qui a constitué le trait commun guidant l'intervention sociale de générations de professionnels.

1.3 La fin de la main invisible ?

En réalité, les transformations qui affectent les cadres et dirigeants des structures sociales et médico-sociales sont polymorphes et doivent donc se regarder dans un cadre d'analyse élargi.

Le renouvellement de la composition des conseils d'administration des associations conjugué à la mise en place de sièges et directions générales produit des effets restructurant sur la répartition des rôles, des savoirs et des pouvoirs entre le Président et le conseil, le directeur général et les sièges, les directeurs d'établissements et l'encadrement intermédiaire. La figure traditionnelle du directeur (et plus largement de l'encadrement), ancien éducateur spécialisé et promu un interne, symbole d'un modèle de management marqué par la profession et l'expertise médico-psycho-éducative dans l'accompagnement de l'enfant handicapé, tend à disparaître.

Si le management d'hier était caractérisé par la prégnance d'une part de bénévoles et militants parties prenantes du fait de leur implication personnelle dans les situations de handicap et d'autre part « d'encadrants » (Mispelbolm, 2006) non professionnels et peu formés, les mouvements de transformation que nous avons décrits précédemment ont des répercussions multiples sur le management et la gouvernance des structures :

- une *logique de professionnalisation* qui se répercute de haut en bas sur toute la chaîne des acteurs (le conseil d'administration, la mise en place des sièges, les directions d'établissements et les fonctions d'encadrement intermédiaire). Cette logique trouve une de ses illustrations les plus flagrantes dans le décret du 19 février 2007 sur la qualification des fonctions de direction. Ce décret vient rompre avec les pratiques historiques et traditionnelles de recrutement aux postes d'encadrement supérieur puisqu'il instaure des niveaux de diplômes obligatoires selon la nature des fonctions exercées dans structures médico-sociales³. Il ouvre par ailleurs l'exigence de formation à des formations autres (diplômes universitaires ou écoles de commerce) que la formation dominante et historique (le CAFDES).

- une *logique de diffusion d'outils de gestion* : management de la qualité, formalisation des procédures, contrôle budgétaire, évaluation de la performance, contractualisation renforcée avec l'État, etc. constituent autant de démarches mettant à mal les pratiques managériales historiques. Un des objectifs ainsi de l'évaluation (telle que prévue par la loi du 2 janvier 2002 instituant un double regard interne et externe) revient à « ouvrir la boîte noire », décrire les

³ Le décret 2007-221 du 19 février 2007 pose que le niveau de base de la direction d'un établissement ou service social et médico-social correspond à des formations enregistrées au niveau II dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Cette disposition couvre environ 75% des directions actuelles de structures. Pour diriger un groupement, un siège social ou un établissement dépassant deux des trois seuils exigés pour le commissariat aux comptes (plus de 50 salariés, 3,1 millions d'euros pour le montant hors taxes du chiffre d'affaires ou des ressources, 1,55 million d'€ pour le total du bilan), il faut être titulaire d'un diplôme répertorié au niveau I dans le RNCP. Ces dispositions valident donc le niveau II comme condition d'accès à la direction d'un établissement et service social et médico-social, le niveau I étant seulement nécessaire pour diriger des structures plus importantes.

pratiques, formaliser les modes de faire. Quelle que soit la démarche adoptée (accréditation, certification ISO ou démarche qualité), il s'agit d'inscrire les acteurs, professionnels ou encadrants, dans la logique du « rendre compte ».

Cependant, dans un secteur caractérisé par la prégnance des régulations professionnelles et l'importance des parents d'enfants handicapés dans les conseils d'administration des associations gestionnaires, la « main visible des managers » ne va pas de soi. L'introduction de nouveaux dispositifs de contrôle et d'encadrement, plus centralisés et exigeant d'avantage de transparence sur les pratiques professionnelles, ne se fait pas sans tension et sans aménagement des outils. L'objectif de cette communication revient ainsi à analyser le difficile affermissement de la « main visible des managers » dans les associations gestionnaires du médico-social, à travers le renouvellement des pratiques managériales, les tensions et les ajustements qu'elles génèrent, à partir de deux études de cas présentant des modalités différentes de restructuration.

2 L'encadrement, miroir du conflit de logiques : deux exemples des mutations de la gouvernance des organisations médico-sociales

Les deux études de cas portent sur un IME et un ITEP, établissements médico-sociaux dédiés à la prise en charge d'enfants et de jeunes adultes : en situation de handicap pour l'IME, avec troubles du comportement pour l'ITEP.

Les IME sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent les enfants et adolescents atteints de déficience mentale. Ils sont régis par l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989. Les IME ont souvent été au départ des fondations caritatives, généralement à l'initiative de familles bourgeoises touchées par le handicap mental. La grande majorité des IME restent à gestion associative. Ils sont différenciés par degrés de gravité de la déficience du public accueilli. La plupart disposent d'un internat, mais l'accueil en demi-pension est de plus en plus souvent pratiqué. Un SESSAD (service d'éducation spécialisés et de soins à domicile) leur est souvent accolé.

Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sont des établissements médico-éducatifs qui ont pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant

des troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Ce sont les anciens Instituts de Rééducation (IR) réformés par le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005. L'accueil se fait en internat ou demi-pension. L'enseignement est dispensé soit dans l'établissement par des enseignants spécialisés, soit en intégration dans des classes, ordinaires ou spécialisées, d'établissements scolaires proches.

Bien que la population accueillie soit différente, ces deux types de structures sont confrontées aux mêmes impératifs externes de changement et à une grande similarité dans leurs contraintes internes :

- une forte multidisciplinarité source de cloisonnements et d'incohérence,
- un enjeu de coordination interprofessionnelle autour de la prise en charge des usagers,
- une philosophie non marchande portée par le projet associatif.

Encadré n° 1 : les bases méthodologiques

Le matériau présenté dans cette communication est issu de deux recherches-interventions menées dans le cadre du laboratoire Graphos – Université Lyon 3 auprès de structures médico-sociales. Ces recherches interventions ont porté sur des enjeux de management centraux pour ces structures (audit organisationnel, démarche qualité, projet d'établissement) et ont donc permis l'accès à des données riches sur les transformations des établissements. Si les avantages d'un tel mode d'accès au terrain sont incontestables tant il permet l'intimité avec des situations de gestion difficile à appréhender par une autre méthode, les biais induits par la recherche intervention (liés justement à cette proximité avec le terrain) doivent être contrebalancés, notamment par des triangulations inter données (Denzin, 1989). Ainsi les données collectées dans un cadre rétrospectif et longitudinal (entretiens, observations, analyse financière, réunions de direction, réunions de synthèse, prises de note, etc.) ont-elles été confrontées entre elles chaque fois que possible. Le matériau recueilli a été analysé et traité par le biais de la méthode de l'étude de cas qui se révèle particulièrement adaptée dans des projets de recherche à visée compréhensive (Yin, 1994 ; Hlady-Rispal, 2002).

Le matériau présenté ici constitue les premières pistes d'analyse d'un projet de recherche plus vaste mené actuellement par le Graphos sur la gouvernance des organisations médico-sociales.

2.1 L'IME Les jolies fleurs : « quand la greffe ne prend pas »

Le premier établissement est un Institut Médico-Educatif bénéficiant d'un agrément de 60 places pour accueillir des enfants et des jeunes adultes épileptiques de 5 à 18 ans en situation de handicap. L'effectif se compose de 50 équivalents temps plein. À la structure historique depuis longtemps habituée à accueillir cette population (problématique médicale), a été

fusionné un autre établissement, en 2000, qui accueillait jusque-là des jeunes avec troubles du comportement. Un nouvel établissement réunissant les deux sites est en cours de construction. L'établissement est géré par une association de parents d'enfants handicapés composée de 30 autres structures spécialisées.

Notre intervention (janvier-mai 2007) en tant qu'auditeurs avait pour objectif d'identifier les dysfonctionnements organisationnels dans un contexte social marqué par de nombreux conflits entre les salariés et la direction de l'établissement (encadré n° 2).

Le management de l'établissement repose sur une directrice nouvellement arrivée dans l'établissement. Nommée initialement sur un poste de chef de service éducatif dans la structure suite à un diplôme de chef de service, elle a pris la direction de l'IME quand le directeur-fondateur (20 ans dans l'IME) est parti en retraite. Deux chefs de service éducatif la seconde sur le volet lié à la prise en charge des enfants, tous deux récemment diplômés.

Encadré n° 2 : Synthèse des résultats de l'audit

- des procédures à l'encontre de salariés pour des faits de maltraitance qui leur sont reprochés,
- des problèmes de sécurité (liées à la fragilité de la continuité dans la prise en charge des enfants entre le jour et la nuit, et la nuit et le matin par exemple),
- le fonctionnement des prises en charge repose sur une grande part d'informel (système documentaire, composition et objectifs de la réunion de synthèse, élaboration des projets personnalités des enfants, coordination des professionnels, suivi des événements indésirable),
- fermeture de l'établissement (peu de réseau médical, peu de partenariat),
- certains segments de prise en charge sont défaillants par manque de professionnels ou manque d'implication (rééducation, psychologie, expertise médicale),
- une direction esseulée suite au renouvellement complet en une année de l'équipe administrative et des deux cadres intermédiaires,
- Les parents sont très en attente de retours d'informations de la part de l'établissement et des professionnels, plusieurs d'entre eux ont le « sentiment de ne pas être écoutés », d'être en décalage par rapport à la vie en institution, ils ont souvent l'impression de « ne plus reconnaître leur enfant, de ne plus savoir comment le gérer, de devoir tout lui réapprendre ».

Le fonctionnement de l'ancienne direction a profondément marqué l'établissement, inspiré par un modèle paternaliste et familial, dans lequel les relations avec les professionnels et les familles étaient très affectives et empathiques. Conjugués à l'absence relative de la direction, selon les professionnels eux-mêmes, à l'éloignement géographique (l'IME se situe dans une zone rurale éloignée des autres agglomérations), ces facteurs ont amené progressivement l'institution et le personnel à se considérer comme un établissement « autarcique » voire en

« autogestion ». Les difficultés actuelles pourraient ainsi être comprises comme l'héritage du fonctionnement historique rendant plus complexe le positionnement des professionnels vis-à-vis des usagers et des familles. Cette époque est pourtant évoquée par de nombreux salariés (les plus anciens) avec nostalgie : un accueil familial, un lieu idyllique (au sommet d'une colline, en pleine nature, éloigné des perturbations de la vie sociale), une équipe soudée autour de « ses » jeunes épileptiques, un projet très marqué par les mouvements éducatifs des années 1970.

En effet, force est de constater que la situation actuelle n'a plus rien à voir avec l'ère du développement de l'établissement (1970-1980), aujourd'hui beaucoup plus refermé sur lui-même, c'est là une de ses principales difficultés. Ce repli sur soi, caractéristique d'un positionnement « défensif », a eu pour conséquence un fonctionnement en vase clos. Le contexte géographique et sociologique a joué un rôle structurant par ailleurs : une « petite communauté », où tout le monde se connaît, beaucoup d'interactions personnelles entre les professionnels, peu de mobilité, une structure un peu en retrait, un peu « oubliée ».

Le mariage entre les deux établissements, vécu à l'origine comme une « absorption », une « perte d'identité », un « deuil » pour les personnels de la structure fusionnée n'a jamais été bien digéré.

À ce cloisonnement géographique qui continue malgré tout à sourdre dans l'inconscient institutionnel, s'ajoutent des frontières invisibles, assez fréquentes dans les structures médico-sociales, entre les différentes catégories de professionnels. Le corps médical a longtemps été, et est encore maintenant, disjoint de l'éducatif. Des oppositions se perçoivent aussi entre éducateurs et instituteurs. Ici, comme ailleurs, dans un climat organisationnel tendu, dans un contexte sectoriel en turbulence, dans un champ professionnel confronté à des impératifs de changement de pratiques, la tentation est grande, pour chaque corps de métier, de se réfugier dans des corporatismes et des logiques protectionnistes.

Cette première difficulté est aggravée par le contexte actuel marqué par une opposition frontale à l'équipe de direction. En effet, l'arrivée d'une nouvelle direction plus intrusive et plus impliquée, permet d'expliquer la détérioration du climat social. Certains professionnels ont pu trouver dans l'évocation nostalgique de l'ancienne direction une réassurance. Mais le rappel de l'ancienne direction met plus en lumière son absence et la gestion autarcique qui en découlait qu'une alternative crédible. Dans ce schéma explicatif, les tensions reflètent une

difficulté d'acculturation du personnel aux réformes nécessaires et illustrent des résistances au changement fréquentes dans des organisations en restructuration.

2.2 L'ITEP Le Rocher: « un établissement bloqué »

L'ITEP Le Rocher est un établissement accueillant des enfants et jeunes adultes avec des troubles du comportement. Doté d'un agrément de 60 places d'hébergement, cette structure propose aussi un semi-internat accueillant 30 enfants à la journée. Cet établissement est géré dans le cadre d'une association disposant de 11 autres structures sanitaires et médico-sociales localisées sur un territoire régional. L'effectif de l'ITEP se compose de 70 équivalents temps plein. Le management de l'établissement repose sur une directrice nouvellement arrivée dans la structure, ancienne psychologue clinicienne en établissement médico-social, récemment diplômée d'un DESS en sociologie. Un chef de service éducatif coordonne la prise en charge. Un adjoint de direction la seconde de manière générale. Une directrice de d'école a la délégation de la gestion de l'école sans avoir de reconnaissance hiérarchique.

Notre intervention s'est effectué en deux temps. En 2002, nous sommes intervenus dans un climat social de tension, à la demande de la direction générale de l'association, pour réaliser une analyse critique du fonctionnement de la structure au regard des contraintes exigées par la loi du 2 janvier 2002. Plus récemment (octobre 2006 – mai 2007), nous sommes revenus dans l'ITEP Le Rocher d'une part pour évaluer le chemin parcouru depuis le premier audit de 2002 et d'autre part pour initier l'élaboration du projet d'établissement de l'ITEP, démarche dans laquelle l'association souhaitait que l'établissement s'engage.

Encadré n° 3 : Synthèse des résultats de l'intervention

- une grève de septembre 2005 a entraîné une rupture des relations entre la directrice et le médecin psychiatre de l'établissement, ainsi qu'un conflit fort entre la directrice et l'ensemble du personnel éducatif. Des conflits persistent encore, notamment avec les enseignants qui sont restés à l'écart de la grève et qui se sont peu mobilisés.

- un point d'incertitude fort réside au sein de l'équipe de direction par l'absence d'organigramme clarifiant le positionnement de chaque membre au sein de l'institution et son périmètre de compétence.

- le positionnement de l'adjoint de directeur est très flou et peu reconnu, son poste n'est pas défini au sein d'un profil de poste proprement dit clair et officiel,

- les missions du responsable de pôle au niveau du siège de l'association restent une zone d'ombre pour les personnels et la direction

- il n'y a pas de profil de postes ni de procédure « gestion de ressources humaines »- il y a peu de formations dans la structure, les cadres de direction sont peu formés au management de projet et aux impératifs liés à la gestion d'un ITEP

Qu'apprendre d'un tel cas au sujet des cadres des organisations médico-sociales ?

La grève de 2005 a été dans cet établissement un moment particulièrement fort. S'étalant sur plusieurs semaines, cet épisode a marqué pour plusieurs raisons. Il constitue d'abord la première manifestation ouverte d'un conflit entre personnels et direction mais aussi entre les professionnels dans l'histoire de l'ITEP. La grève a accentué plusieurs cloisonnements :

- entre la direction et les personnels car la contestation portait spécifiquement sur une revendication de moyens humains à laquelle la direction ne souscrivait pas.

- à l'intérieur de l'équipe de cadres : des jeux d'alliance et de conflit se sont structurés à partir de cette contestation. A la directrice appuyée par le chef de service éducatif et l'adjoint de direction, s'est opposé le cadre psychiatre de l'établissement, responsable de l'équipe médico-psychologique, figure fortement charismatique et ayant une influence très forte auprès des personnes éducatifs. Ces lignes de tension ont ainsi mis en difficulté le chef de service éducatif vis à vis de l'équipe éducative engagée entièrement dans le mouvement.

- enfin entre professionnels puisque seuls les enseignants n'ont pas soutenu le mouvement, à l'inverse des éducateurs et des soignants (au sens large).

L'objet de la querelle portait sur une revendication d'effectifs éducatifs supplémentaires pour renforcer les équipes confrontées à des problématiques de violence et d'indiscipline de la part des enfants et jeunes adultes accueillis. Si la clef d'entrée de la contestation repose sur un sujet lié l'exercice professionnel de chacun, il n'en reste pas moins que les réponses aux vraies difficultés éprouvées par les personnels ne s'épuisent pas par des apports techniques. Il

Il y a là un enjeu organisationnel et stratégique fort pour la structure positionnant la direction en première ligne pour résoudre le conflit. La direction s'est dès lors engagée dans l'élaboration d'un projet d'établissement dont l'objectif consistait à :

- objectiver la perception d'un sous effectif en mobilisant des études chiffrées et en visitant d'autres structures équivalentes,
- travailler sur les pratiques (à partir de séminaires de formation) pour comprendre les situations de violence et apprendre à y réagir collectivement.

La démarche engagée par la direction se situe sur un horizon temporel de construction de nouveaux modes de faire. La réponse ne repose pas sur un surcroît d'expertise technique mais sur d'autres arrangements organisationnels.

D'autre part, cette contestation montre bien les contraintes d'un établissement médico-social. L'ITEP doit conjuguer trois métiers différents autour d'un même objet : l'accompagnement de jeunes usagers. Soins (T), éducatif (E) et pédagogie (P) doivent s'articuler pour que la prise en charge des enfants s'accomplisse. On retrouve ainsi la dialogique fréquente dans la vie des organisations entre la *pertinence locale* à laquelle chaque acteur est confronté dans l'exercice individuel de son art et la *cohérence globale* dont l'objectif est de construire une approche collective, globale et multidisciplinaire. Cette impératif, au cœur du métier des ITEP et des établissements sociaux et médico-sociaux, est très lié au motif de la grève de 2005 dans l'ITEP Le Rocher. Cet enjeu positionne les cadres de cette question. L'exemple du cadre éducatif est emblématique des transformations à l'œuvre et des tensions générées. Longtemps missionné seulement sur une expertise technique, la mission du chef de service éducatif se conçoit dans un périmètre restreint, celui de la seule équipe éducative, et porte bien souvent sur les volets éducatifs de la prise en charge de l'utilisateur. On assiste aujourd'hui à un changement de positionnement qui va au-delà de la sémantique : du chef de service éducatif, nous sommes passés à un cadre intermédiaire dont l'autorité hiérarchique dépasse le personnel éducatif pour aborder des sujets plus complexes, multidisciplinaires et organisationnels. Ainsi, au sein de l'ITEP Le Rocher, le cadre a pour mission de mettre en œuvre les obligations de la loi du 2 janvier 2002, notamment :

- la formalisation du projet personnalisé de prise en charge qui nécessite une vision transversale des professions,
- l'animation de la réunion de synthèse, lieu d'élaboration, d'échange et de révision de l'accompagnement des jeunes.

Ces missions sont clairement des missions organisationnelles faisant appel à une fonction de transdisciplinaire. La grève de 2005 fait ressortir le besoin de coordination entre les différentes professions de l'établissement.

Il est intéressant enfin de replacer la place du cadre et ses évolutions dans un contexte plus grand, celui du dispositif managérial de l'entité observée. Ici, plusieurs questions se posent en interne entre l'encadrement supérieur et intermédiaire mais aussi en externe entre l'encadrement supérieur et le directeur de pôle auquel appartient l'établissement. Il serait facile (naïf ?) d'imputer les difficultés de cet établissement aux directions (anciennes et présentes) qui n'ont pu (ou su) mobiliser les outils, les mots, les approches nécessaires pour résoudre ces conflits. Il est tout aussi pertinent de revenir à l'essence du management de cette association dans une perception plus globale. L'ITEP Le Rocher appartient au pôle enfance d'une association plus vaste dirigée par un siège. Et le pôle et le siège sont donc des parties prenantes aux tensions qui se sont manifestées en 2005-2006. Dans la même perspective, il conviendrait de s'interroger sur la connaissance qu'avait le conseil d'administration de l'association de cette situation, et des actions engagées pour y remédier. Cet élargissement de l'horizon d'analyse a le mérite de montrer que les cadres des organisations (médico-sociales notamment) sont confrontés en première ligne aux changements (et à ses résistances, ses tensions, ses conflits). Non seulement, ils doivent gérer ces événements, mais bien souvent ils ne trouvent pas de réponse, de ligne stratégique claire, de la part des organes dits supérieurs de la gouvernance associative. Il est indéniable que ces difficultés sont liées aux transformations en cours dans les organisations. De nombreux regroupements, absorptions et rapprochement ont lieu, les associations subissent ces changements, il y a lieu de croire que ces mutations n'ont pas encore produit tous leurs effets et que ce processus n'a pas atteint son terme. Les cadres médico-sociaux sont donc un élément d'une transformation plus vaste, celle du management des organisations gérant des équipements médico-sociaux.

3 L'affermissement difficile de la main visible des cadres des organisations médico-sociales

La gouvernance associative est affectée par les recompositions qui touchent le marché des établissements et services aux personnes handicapées autour d'une problématique générale

qui est celle du passage d'un militantisme associatif, liée aux origines des établissements, à un management associatif, en voie d'affirmation.

L'emprise croissante des pouvoirs publics (État et collectivités territoriales) sur la définition à la fois des contours des activités à développer par les associations (priorités sur les types de publics à prendre en charge, sur les partenariats à engager avec d'autres associations) et des modes de prise en charge (exigences de qualité et de sécurité) a des répercussions sur le mode de fonctionnement des associations gestionnaires d'établissement. Par analogie avec ce que les historiens des entreprises ont bien montré à propos de l'apparition des grandes firmes dans un contexte de concentration industrielle (Chandler, 1988 ; Lefèbvre, 2003) les associations gestionnaires connaissent une double transformation « managériale » : d'une part l'affirmation de directeurs/managers au sommet d'organisations et d'autre part l'émergence et la professionnalisation des fonctions d'encadrement intermédiaire destinées à coordonner l'action des professionnels en lien direct avec les usagers.

Si ces mutations ont commencé à être analysées en France, en particulier par Jean-Louis Laville (Laville, 1997) et par les études sur les mutations du travail social (Chopart, 2000), ces travaux ont maintenu séparés ces deux axes de transformation et n'ont pas porté spécifiquement sur le secteur des associations gestionnaires d'établissements pour personnes handicapées. Mis à part quelques exceptions (Cheronnet, 2006), ils sont par ailleurs antérieurs aux lois de 2002 et 2005 qui ont donné une impulsion décisive au « tournant managérial » des associations.

Par ailleurs, si quelques travaux autour de l'encadrement intermédiaire existent déjà (Bertaux, Hirlet, Prepin et Streicher, 2006 ; Robelet, Teil, 2006), les études sur les profils professionnels et le travail des cadres supérieurs sont plus rares (Bertaux, Hirlet, 2002, Cheronnet, 2006). La plupart d'entre eux se situent à mi-chemin entre l'essai et le manuel issu de démarches et d'expériences de terrain de consultants, dirigeants, chercheurs et/ou praticiens et se présentent plutôt comme des guides techniques destinés aux dirigeants associatifs et/ou aux directeurs d'établissements (Lefevre, 2006 ; JR. Loubat, 2006 ; J.-M. Miramon, 2001, 2003).

Notre objectif était différent : il consistait à voir dans la professionnalisation (c'est-à-dire l'acquisition de qualifications et de compétences managériales formalisées) le reflet des dynamiques managériales qui affectent la gouvernance associative :

Les transformations qui affectent les structures se dessinent sur trois plans : apparaissent à la fois au sein des associations de nouvelles fonctions (à travers notamment le renforcement des sièges d'association, l'apparition de responsables de dispositifs, de responsables qualité, responsables de projets...), de nouveaux savoirs (en particulier des savoirs en gestion : gestion comptable, financière, gestion des ressources humaines, gestion de production, gestion de la qualité) et de nouvelles pratiques associées à ces savoirs et ces fonctions, autour de la mobilisation/utilisation d'outils de gestion comme le projet, le contrat, le management de la qualité (Benamouzig, Pierru, Robelet, 2004).

L'émergence de nouvelles règles de gouvernance se traduit dans les organigrammes, où se trouve formalisée la répartition des responsabilités (hiérarchiques ou fonctionnelles) à tous les niveaux de l'association mais également dans le développement d'un outillage gestionnaire (système d'information, indicateurs, tableaux de bord, délégation de pouvoir, etc.) permettant au siège et/ou au directeur d'établissement de connaître, évaluer et contrôler (voire sanctionner) les activités des établissements.

Si l'on file l'analogie esquissée précédemment avec « l'émergence de la grande entreprise », l'affirmation des fonctions managériales (dans ses multiples dimensions de pilotage, encadrement, contrôle), s'accompagne d'une spécialisation sur ces fonctions et du développement de formations spécifiques.

L'organisation des sièges d'association fait l'objet de discussion et de nouvelles pratiques : apparition de directions fonctionnelles en lieu et place de fonctions hiérarchiques (dans les organigrammes, si ce n'est dans la réalité) pour faire face à la diversification et/ou l'extension des activités proposées dans les différents établissements de l'association.

Les relations entre les sièges d'associations et les directions d'établissements prenant en charge les personnes handicapées se transforment également du fait du renforcement des fonctions de pilotage des sièges. L'autonomie des directeurs d'établissements pourrait se voir remise en cause du fait de l'introduction d'outils de gestion et de procédures élaborés au niveau du siège (par exemple référentiel qualité, procédure de recrutement et fiches de poste). La façon dont les procédures et règles venues du siège sont négociées, interprétées et/ou détournées par les directions peut être révélatrice de différences de perception des rôles de chacun et de façon plus fondamentale, de différences dans la définition des besoins des personnes handicapées.

4 Bibliographie

- AFCHAIN J., *Les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, 1997
- ARCHAMBAULT E., *Le secteur sans but lucratif, associations et fondations en France*, Paris, Economica, 1996, 224p.
- BARRAL C., PATERSON F., STICKER HJ., CHAUVIERE M., *L'institution du handicap : le rôle des associations*, Paris, PUR, 2000, 415p.
- BATIFOULIER F. NOBLE F., *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris, Dunod, 2005.
- BERTAUX R., HIRLET P., PREPIN O., STREICHER F., *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social*, Paris, Séli Arslan, 2006, 352p.
- BOLTANSKI L., *Les cadres, La formation d'un groupe social*, Ed. de Minuit, 1982,
- BOUFFARTIGUE P. (dir.), *Cadres, La grande rupture*, Paris, La Découverte, 2001
- BOUQUET B., « Management et travail social », in *Revue Française de Gestion*, nov.-déc. 2006, n°168-169, pp. 125-142
- CHANDLER A. *La main visible des managers : une analyse historique*. Paris, Economica, 1988.
- CHAUVIERE M., *Le travail social dans l'action publique, sociologie d'une qualification controversée*, Paris, Dunod, 2004, 304p
- CHAUVIERE M., BOUQUET B., LADSOU JM., *Qualifier le travail social*, Paris, Dunod, 2002
- CHERONNET H., *Statut de cadre et culture de métier, La structuration des fonctions d'encadrement dans le secteur de l'éducation spécialisée*, Paris, L'Harmattan, 2006, 419p
- CHOPART JN., *Les mutations du travail social*, Paris, Dunod, 2000, 376p.
- DENZIN N., *The research act : a theoretical introduction to sociological method*, New York, P.H. Englewood Cliffs, 1989, 306p.
- GADEA C., *Les cadres en France, une énigme sociologique*, Paris, Belin, 2003
- ION J., *La fin des militants*, Paris, L'Atelier, 1997
- ION J., CHOPART JN. et alii, *Actions associatives, solidarités et territoires*, Presses universitaires, Saint-Étienne, 2001, 352p
- ION J., RAVON B., *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte, 2000
- KALBACH P., *Associations lucratives sans but*, Paris, Denoel, 1995
- LASCOURMES P., LE GALÈS P. (Dir). *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences-po, 2004.
- LAVILLE JL, SAINSAULIEU R., *Sociologie de l'association*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997
- LAZUECH G., « Les cadres de l'économie sociale et solidaire », in *Formation Emploi*, n°95, 2006
- LEFEBVRE P., *L'invention de la grande entreprise. Travail, hiérarchie et marché. France fin XVIIIème-début Xxème siècles*. Paris, Puf, 2003.
- HLADY-RISPAL M., *La méthode des cas, Application à la recherche en gestion*, Bruxelles, D.B. Université, Coll. Perspectives Marketing, 2002, 205p.

- MIRE, *Produire des solidarités, La part des associations*, ouvrage paru avec le soutien de la Fondation de France, Paris, 1998, 403p.
- PIOVESAN D. (coord.), « Le secteur médico-social à l'aune de la performance », numéro spécial, *Juris Associations*, février 2007, pp. 12-25
- PRIOU J., « Le rôle économique des associations dans le secteur des personnes handicapées », in TRIOMPHE A., *Economie du handicap*, Paris, Puf, 2006, pp.223-244.
- PRIOU J., *Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2007, 327p.
- ROBELET M., TEIL A., *Prospective pour l'emploi, les compétences et la formation dans le secteur social, médico-social et sanitaire*, Rapport du Graphos pour Unifaf Rhône-Alpes, 2006, 203p.
- STICKER HJ., *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod, 2005.
- TCHERNONOG V., *Trajectoires associatives, Données de repérage sur les cycles de vie et les disparitions d'associations*, Rapport pour la Délégation interministérielle à l'innovation sociale, 1999
- TCHERNONOG V., *Logiques associatives et financement du secteur associatif*, Mire, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, 119p.
- TRIOMPHE A., *Economie du handicap*, Paris, Puf, 2006.
- VOLKMAR C., « Tarification, les prérequis d'une convergence raisonnable », in *JurisAssociations*, n°353, février 2007, pp. 14-16
- WARD J., « Le nouveau vocabulaire des standards (références) en Grande-Bretagne », in *Vie sociale*, 2006-2, pp.33-48
- YIN R., *Case Study Research*, London, S. Pub, 1994, 161p.