

Observations inattendues...
et capricieuses de la santé



Les associations et la santé

“ Hybride. Fruit d’une démarche associative.

Ambrose Bierce¹ ”

Notre modèle associatif est sans nul doute une spécificité française, même s’il existe sous d’autres formes une vie associative européenne voire internationale. Une étude de la Conférence Permanente des Coordinations Associatives (CPCA) de mai 2008 stipule que « le modèle associatif français est un mixte des modèles européens d’associations de membres, d’associations gestionnaires et/ou caritatives ».

Leur nombre, leur champ d’activité, la part de leur financement – part qui ne cesse d’augmenter – font du secteur associatif un secteur non négligeable du secteur économique en France.

En 2005, la vie associative française c’est : 59 milliards d’euros de budget cumulé, 1 050 000 emplois équivalents temps plein, auxquels s’ajoute le travail de 14 millions de bénévoles qui eux-mêmes représentent 935 000 emplois équivalents temps plein, tout ceci au service des quelque 1 100 000 structures composant le secteur associatif en France.

La loi de 1901 qui régit les associations françaises depuis plus d’un siècle reconnaît un droit personnel relativement large à s’associer.

Cette loi de liberté d’association a été investie depuis plus d’un siècle par l’ensemble des sphères de la vie sociale au point d’y voir un « hologramme de la société »².

Le nombre des associations ne cesse d’augmenter et ceci n’est pas sans présenter de difficultés.

On trouve dans les registres préfectoraux, sous la forme associative, des organisations de tailles multiples, centrées sur des objets très variés, diversement actives voire, pour une part relativement importante, sans plus aucune activité.

Le financement public des associations permet toutefois de distinguer, parmi ces structures, différents types de fonctionnement.

Il y a d’une part, celles à qui les pouvoirs publics confient – voire délèguent – des actions jusqu’à des fonctions. Le plus bel exemple s’illustre dans le secteur médico-social à propos du handicap. L’UNAPEI est une association puissante qui repose sur l’engagement de 60 000 familles de handicapés au sein de 750 associations, la gestion de 2 700 établissements et services spécialisés accueillant 180 000 personnes handicapées, enfants et adultes. En confiant la thématique à l’association qui emploie 75 000 professionnels de l’accompagnement, l’État se dispense d’intervenir pour notamment répondre au manque de places de prise en charge sur lequel l’association alerte depuis de nombreuses années.

À l’opposé, on rencontre des associations de malades, véritables partenaires des équipes soignantes pour certaines pathologies : pourtant bénévoles et engagées, leur place est reconnue dans le système de prise en charge, comme c’est par exemple le cas de l’alcoolisme. Les associations d’usagers, pour leur part, peinent encore souvent à être considérées comme de véritables interlocuteurs, malgré la place qui leur a été faite dans les instances des établissements de santé.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, l’exemple de la prévention en santé laisse entrevoir deux autres facettes de la collaboration entre les associations et les pouvoirs publics. Soit les associations

¹ - Écrivain et journaliste américain. 1842-1914

² - Adam M. L’association, image de la société : carnets de voyage d’un militant invétéré. Paris : L’Harmattan, 2005 ; 256 p.

s'inscrivent dans une politique – voyant leur financement accordé en fonction de leur concordance avec des objectifs préalablement définis – soit elles ont pour mission de proposer – comme c'est le cas de « grands opérateurs », tel l'Observatoire Régional de la Santé notamment.

La diversité de ces situations ne peut conduire qu'à s'interroger sur l'essence même de l'association.

La diversité de ces situations ne peut conduire qu'à s'interroger sur l'essence même de l'association : à l'origine, celle-ci était une force de progrès, de débat, d'opposition. On voit qu'il existe aujourd'hui un flou autour de son rôle réel : son image de force, de contre-pouvoir se heurte à la nature de son financement. En fonction du pouvoir politique qui la soutient, elle peut être perçue et utilisée comme un exécutant tandis que sa vocation est d'être « proposant » si ce n'est opposant.

La CPCA constate : « que le financement public intervient de plus en plus dans le cadre de prestations qui génèrent des recettes d'activités, nous savons également que le financement d'origine publique est de moins en moins direct (subvention du projet associatif) et de plus en plus multiple (avec les collectivités). Nous savons enfin que ce financement s'institutionnalise de plus en plus dans le cadre de conventions entre associations et Pouvoirs publics. »

Les 172 000 associations « employeurs » représentent 16 % des associations françaises mais concentrent 82 % du budget total. Le budget du secteur associatif est donc pour l'essentiel réalisé par celles qui recourent à l'emploi de professionnels salariés.

Il convient donc de scinder l'observation de la vie associative en deux : les associations participant à l'« économie sociale » et les « assos » faisant appel exclusivement à des bénévoles, qui ne sont pas à négliger pour autant car on les retrouve dans les regroupements conviviaux, mais aussi revendicatifs, voire se constituant en groupe de pression sur les pouvoirs publics.

En parallèle des associations employeuses ou non, il se dégage des associations vouées à la pratique d'activités ou à l'expression d'intérêts communs aux seuls membres. Et un second type mû par la volonté d'influer sur l'espace public.

Un manque de visibilité dans l'existence légale des associations

Toute personne s'intéressant au fait associatif s'accorde sur la complexité de son observation. Même si de nombreuses associations commencent leur existence avant leur déclaration en préfecture, elles « naissent » le jour de leur parution au Journal Officiel. Par contre, la cessation de leur activité est nettement moins lisible. Dissoutes par leurs membres – ou adhérents – qui omettent d'en avertir officiellement la préfecture, ces associations en sommeil ou n'ayant plus aucune vie associative, mais toujours officiellement existantes, sont par le fait difficilement comptabilisables.

La croissance du nombre des associations est exponentielle depuis les années 70 : elle a amené la création d'un document spécifique du Journal Officiel : le Journal Officiel des Associations (JOA).

La croissance du nombre des associations est exponentielle depuis les années 70.

L'écriture des statuts associatifs est libre, laissée à la discrétion des créateurs de l'association ; aucun texte n'encadre la rédaction de ces statuts, ce qui rend la classification difficile.

Le recensement des associations reste complexe.

Le recensement des associations reste complexe en dépit des efforts déployés par les préfectures. Les raisons en sont multiples et dépassent le cadre de leur classification : elles tiennent dans leur mode d'organisation centrée autour du projet associatif, la présence importante de bénévolat en leur sein, ou plus simplement dans leur nom qui ne précise pas souvent leur objet, la nature

particulière des ressources qu'elles mobilisent, etc.

Il existe toutefois une classification internationale des organisations sans but lucratif (*International Classification of Non-Profit Organizations*, ICNPO), qui fait apparaître un groupe santé comportant quatre rubriques intermédiaires :

- hôpitaux et établissements de rééducation ;
- cliniques, maisons de convalescences et maisons de retraite médicalisées ;
- santé mentale (hôpitaux psychiatriques, soins ambulatoires en santé mentale, prévention du suicide, centres de désintoxication) ;
- autres services de santé (dispensaires, soins infirmiers et paramédicaux, prévention et éducation sanitaire, hospitalisation et autres soins à domicile, services de rééducation, services médicaux d'urgence, associations de malades, de lutte contre une maladie).

Le ministère de l'Intérieur publie sur son site internet la liste des associations reconnues d'utilité publique. Sur 1 965 organisations, 298 sont inscrites dans le champ de la santé, soit un peu plus de 15 %. Pour obtenir cette reconnaissance, une association doit en faire la demande auprès du ministère de l'Intérieur. L'obtenir implique a minima une pratique d'au moins trois ans comme association déclarée, des ressources en adéquation avec son objectif (un budget d'au moins 45 734,71 euros est demandé), l'adhésion d'au moins deux cents membres, l'intervention sur un plan national, des statuts conformes au modèle approuvé par le Conseil d'État.

Le ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales développe un projet pour créer un répertoire national des associations.

En France, le projet WALDEC : Web Associations Librement DEClarées

Dans le cadre de la simplification administrative et de la modernisation des relations entre l'administration et ses administrés, le ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales développe un projet pour créer un répertoire national des associations. Celui-ci permettra :

- de mettre à disposition des services de l'État (administrations centrales et services extérieurs) les informations sur l'état civil des associations déclarées relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901, ainsi que l'image numérisée des statuts et de la liste des dirigeants. Ceci permettra d'éviter les demandes multiples et redondantes aux associations de pièces à joindre aux dossiers qu'elles doivent constituer dans leurs relations avec l'administration et donnera aux services de l'État la possibilité de disposer des documents régulièrement déclarés à la préfecture ou à la sous-préfecture ;
- d'échanger automatiquement des données avec le Journal Officiel : le lancement de ce dispositif (courant 2005) permettra de mettre en place des imprimés CERFA de déclaration qui seront mis en ligne en attendant de pouvoir être transmis ultérieurement par les associations par voie numérisée ;
- de fournir, conformément à la demande du CNVA (Conseil National de la Vie Associative), des statistiques fiables sur le milieu associatif, ce qui suppose la mise au point de nomenclatures adaptées : une nomenclature nationale d'objet social a été élaborée par la Délégation Interministérielle à l'Innovation Sociale et à l'Économie Sociale (DIES).

La DIES a travaillé, avec le concours des préfectures du Nord, du Rhône et de la préfecture de police de Paris, sur la correspondance entre les anciennes rubriques telles qu'elles existent dans les préfectures et celles de la nouvelle nomenclature.

Répartition des associations en activité selon leur secteur, en France

	Associations sans salarié	Associations employeurs	Total
Action caritative et humanitaire	3,8 %	3,1 %	3,7 %
Action sociale, santé	9,5 %	20,8 %	11,3 %
Défense des droits et des causes	17,6 %	4,1 %	15,5 %
Éducation, formation, insertion	3,2 %	9,0 %	4,1 %
Sports	23,3 %	28,2 %	24,1 %
Culture	18,7 %	18,3 %	18,6 %
Loisirs et vie sociale	19,4 %	9,4 %	17,8 %
Économie, développement local	3,2 %	6,4 %	3,7 %
Autres	1,4 %	0,7 %	1,2 %
Total	100 %	100 %	100 %
Nombre d'associations	928 000	172 000	1 100 000

Source : Enquête CNRS – Matisse / Centre d'économie de la Sorbonne 2005-2006.

En région Nord – Pas-de-Calais, une économie sociale et solidaire très présente

Dans le Nord – Pas-de-Calais, on dénombre 137 000 associations soit 13,7 % des associations déclarées en France : elles sont 90 000 dans le Nord et 47 000 dans le Pas-de-Calais. Ce nombre est en forte croissance depuis les dix dernières années, avec près de 34 000 associations créées. La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports (DRDJS) a créé des pôles ressources : leur vocation première réside dans l'information de premier niveau. Ils sont, au niveau local, les agents de promotion de la vie associative.

Économie sociale et solidaire

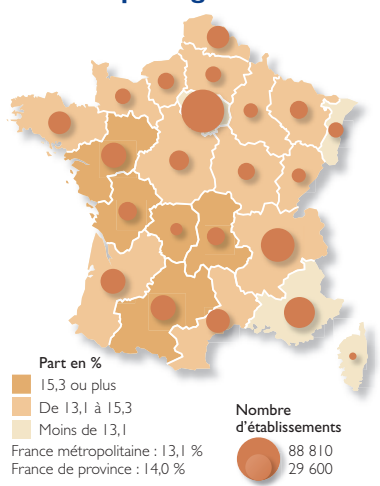
Au 31 décembre 2006, le Nord – Pas-de-Calais compte près de 26 000 établissements, hors secteur de l'agriculture, relevant du champ de l'économie sociale, soit 14 % des établissements régionaux. Cette part est légèrement supérieure à la moyenne nationale, mais comparable à la moyenne des régions de province. Elle place la région au 16^e rang des régions métropolitaines.

Sur ces 26 000 établissements, 9 812 comptent au moins un salarié, ce qui représente 38 % des établissements de l'économie sociale (36 % quand il s'agit exclusivement des associations, 63 % pour les coopératives, 76 % pour les mutuelles, 91 % pour les fondations). Ce qui différencie la région dans ce domaine est sans nul doute les 92 % d'établissements de l'économie sociale qui sont des associations, contre 90 % pour les autres régions de province. Ces associations représentent plus de 86 % des établissements employeurs de l'économie sociale en Nord – Pas-de-Calais soit deux points de plus en moyenne.

92 % d'établissements de l'économie sociale sont des associations.

Il est important de souligner que huit postes de salariés sur dix relèvent de la sphère « résidentielle » à savoir des établissements qui rendent des services aux personnes.

Les établissements de l'économie sociale dans le tissu économique régional



D'après Insee, Sirene 2007.

Les associations regroupent la majeure partie des postes de travail salariés de l'économie sociale. Dans le Nord – Pas-de-Calais, la densité des associations est de 296 postes de travail salariés pour 10 000 habitants contre 284 en moyenne dans la France de province. Cette densité est beaucoup plus élevée dans le Nord (324) que dans le Pas-de-Calais (246). Plus précisément, dans le Nord, la densité des associations est forte dans les communautés urbaines de Lille et Dunkerque (autour de 400 postes de travail salariés pour 10 000 habitants) ainsi que dans quelques territoires autour de Saint-Omer. Dans le Pas-de-Calais, la densité est élevée sur le territoire de la communauté urbaine d'Arras et dans la communauté d'agglomération de Cambrai.

195 structures employeuses sont des associations de santé qui emploient 8 089 salariés, soit environ 40 salariés par structure. Sur 100 associations dans le Nord – Pas-de-Calais, 2 % sont des associations de santé pour 1,7 % en France.

L'écart des salaires va de 1 à 3 dans les associations de santé et de 1 à 2,5 dans l'ensemble des associations d'économie sociale. Dans le secteur santé, les salaires sont moins bas : ils s'échelonnent entre 1 200 euros et 3 500 euros. Dans le reste des branches d'activité notamment sociale, une forte proportion des salaires commence à 1 000 euros.

Les associations de bénévoles

Les associations dans le Nord – Pas-de-Calais

	Associations sans salarié	Associations employeurs	Total	Ensemble (%)
Action caritative et humanitaire	35 400	5 400	40 800	4 %
Action sociale, santé	88 100	35 700	123 800	11 %
Défense des droits et des causes	163 600	7 100	170 700	15 %
Éducation, formation, insertion	29 300	15 500	44 800	4 %
Sports	216 200	48 500	264 700	24 %
Culture	173 400	31 400	204 800	19 %
Loisirs et vie sociale	179 900	16 200	196 100	18 %
Économie, développement local	29 600	11 000	40 600	4 %
Autres	12 500	1 200	13 700	1 %
Total	928 000	172 000	1 100 000	100 %

On dénombre entre 10 et 12 millions de bénévoles en France : une enquête de l'INSEE en 2002 recense 800 000 bénévoles dans le Nord – Pas-de-Calais.

On dénombre entre 10 et 12 millions de bénévoles en France.

La région compte une association pour 200 habitants soit 20 000 associations.

Ces associations regroupent des personnes autour d'un projet mais aussi autour d'un « événement vécu ».

Michel Adam³ expose au moins quatre types de motivation à la création d'une association, desquels découle l'homogénéité sociologique de ses adhérents ou membres.

3 - Adam M. L'association, image de la société : le modèle associatif et ses enjeux. Paris : L'Harmattan, 2008 ; 280 p.

Dans l'association où la consommation domine, on constate un public adhérent assez homogène sociologiquement. Ce type de structure a pour thème : la culture, l'environnement, le tourisme social ou encore le sport. L'homophilie – il s'agit de « parler avec les mêmes » – y est prépondérante. On retrouve ces caractéristiques dans les associations qui naissent de passions communes – modélisme ferroviaire, club de micro-informatique... – où les membres proviennent d'horizons souvent très proches.

Quand l'association porte un projet social, comme l'insertion par l'économie, l'homogénéité sociologique s'estompe et le champ sociologique des adhérents s'élargit.

Le quatrième cas de figure nous amène à la santé. En effet, dès qu'il s'agit d'associations nées de problèmes vécus – telles la naissance d'un enfant handicapé, la survenue chez un proche d'une maladie rare, ou encore la présence parmi l'entourage d'un traumatisé crânien – la « communauté de destin » rapproche des personnes de catégories sociales très différentes. Souvent même, dans ces associations, se glisse une dimension politique qui se veut revendicatrice face aux pouvoirs publics.

Le Collectif Inter Associatif de Santé (CISS) a muté en association en 2004, à la suite de la participation de ses associations membres aux réunions organisées par le ministère de la Santé lors de la préparation de la loi relative à l'assurance maladie et de la loi relative à la politique de santé publique. Le CISS siège au Conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et regroupe 24 associations. Son but : devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme. Il existe 18 CISS régionaux, celui du Nord – Pas-de-Calais a son siège social situé à Arras.

Le CISS, un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a été porteuse d'avancées pour les usagers : l'accès au dossier médical et l'indemnisation, jusqu'alors inexistante, d'accidents médicaux graves imputables à un aléa thérapeutique. De cette loi sont nées de nombreuses associations d'usagers du système de soins.

Ces avancées, reconnues comme des signes forts, semblent pourtant encore en rester au stade « symbolique ». Qu'il s'agisse des représentants des usagers présents dans les conseils d'administration des hôpitaux ou dans les Comités de Relations avec les Usagers et de la Qualité des Soins (CRUQS) des établissements de santé, ceux-ci sont parfois qualifiés d'alibi par les acteurs de santé. On affiche leur présence, mais on peine à tenir compte de leur parole, de leur avis, insuffisamment éclairé la plupart du temps, dans un contexte de rapports déjà tendus par le corporatisme, les enjeux de pouvoir et les équilibres sans cesse renégociés.

La perception du niveau de participation actuelle des usagers, via les associations, familiales, de consommateurs ou de malades, diverge en effet. Pour certains professionnels de santé, particulièrement sévères, c'est la qualité même des individus qui limite l'avancée du débat. Avec

Trouver des représentants volontaires et assidus est une difficulté de taille.

les représentants d'usagers, le dialogue est parfois qualifié d'impossible voire de sclérosant.

Trouver des représentants volontaires et assidus est une difficulté de taille : l'effort à fournir pour comprendre le fonctionnement, les obligations, et les enjeux même d'une structure, n'est pas chose aisée. Il requiert du temps et de

l'investissement personnel. Difficile dans ces conditions pour un individu qui découvre cette complexité d'oser prendre la parole ou de questionner. D'autant que sa présence est souvent précédée d'a priori.

Les représentants des usagers des hôpitaux sont désignés par les associations agréées par l'État depuis 2004. Une fois désignée, la personne qui siège à l'hôpital par exemple, ne reçoit bien souvent de l'association ni formation, ni directive pour assurer sa mission. Les collectifs associatifs présentent l'avantage d'être paritaires et désormais labellisés : ils regroupent des associations plus ou moins spécialisées. Ainsi, en théorie, échappent-ils à une démarche clientéliste. Pourtant, lorsqu'un représentant nommé dans un établissement de santé est à l'origine membre d'une association spécialisée, c'est qu'il est particulièrement sensibilisé à une thématique. Il le reste dans sa mission de représentant des usagers.

Paradoxal que ce caractère associatif qui est la raison d'être de ces volontaires et qui est en somme ce que beaucoup d'acteurs de santé leur reprochent : ils ne sont pas professionnels. Ajoutés à cela, la

La limite de leurs moyens, leur statut de bénévoles ne leur permettent pas – faute de temps, de savoir-faire, et d'argent – d'enquêter auprès des usagers pour connaître leurs attentes ou leurs préoccupations.

limite de leurs moyens, leur statut de bénévoles ne leur permettent pas – faute de temps, de savoir-faire, et d'argent – d'enquêter auprès des usagers pour connaître leurs attentes ou leurs préoccupations.

Ainsi leur parole ne peut-elle se fonder sur celle de ceux qu'ils représentent, mais reste le témoignage subjectif d'un individu, reflet de sa sensibilité, de son parcours, de ses convictions. Si certains –ils sont rares– soutiennent la légitimité de ces associations et considèrent qu'elles sont garantes du débat et doivent être pleinement associées, aux côtés des élus, cette vision n'est pas partagée par la majorité des professionnels qui considère encore les associations d'usagers avec méfiance voire défiance.

Une incompréhension subsiste, il semble que le manque de communication en soit à l'origine : si les citoyens qui s'engagent ont un motif de vouloir se faire entendre, une écoute plus attentive de leurs attentes et besoins, un dialogue plus ouvert avec eux pourraient-ils pacifier cette relation ?

De véritables collaborations fonctionnent pourtant, telles celles qui existent au sein d'une discipline médicale avec les associations spécialisées, ressenties comme un véritable vecteur de changement et d'adaptation. Mais il ne s'agit pas là de démocratie, même si cette collaboration entre les usagers parties prenantes, car directement concernés par une maladie, et les professionnels du soin démontre la possibilité d'un dialogue pouvant aller jusqu'à une réelle coopération pour l'amélioration du parcours du malade (cf. encadré).

La majorité des professionnels considère encore les associations d'usagers avec méfiance, voire défiance.

L'expérience fructueuse de l'alcoologie : un partenariat au quotidien pour aider à guérir

L'alcoologie fait figure de précurseur en ce qui concerne le co-pilotage du système. Depuis les années 50, les associations ont interpellé les professionnels et n'ont pas cessé de s'impliquer, accompagnées par les médecins. L'un d'entre eux décrit l'alcoolisme comme « un trouble dans lequel la médecine peut intervenir » ce qui révèle une conception ouverte, sans les limites habituellement rencontrées entre le temps de la prise en charge et la vie de l'individu, limites auxquelles s'arrête souvent le système de santé. À Lille, la prise en charge de l'alcoolisme repose sur un partenariat dont les associations sont au cœur : elles accueillent les patients et leur offrent une réponse dense et rapide, nuit et jour, puis orientent les malades et font une importante partie du travail d'accompagnement, de soutien, de prévention, d'information.

Chaque association est inscrite dans une dynamique d'échanges au sein d'un des collèges du Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie (GRAA) : collège sanitaire qui regroupe les professionnels de santé, collège social qui rassemble les acteurs sociaux, et collège des associations d'anciens buveurs. Chaque collège travaille sur des thématiques données et met ensuite en commun ses travaux au sein du GRAA qui se veut être un lieu d'échanges et un laboratoire d'idées. Interpellés par les associations sur les délais d'obtention d'un rendez-vous, les médecins du collège sanitaire ont, par exemple, mis en place une « consultation sans délai », ou encore une « écoute sanitaire » accessible en continu aux associations qui pratiquent pour leur part l'écoute associative accessible à tous.

Chaque semaine, les professionnels de santé accueillent les associations pour un échange des faits marquants. Des demi-journées d'échanges, ouvertes à tous et organisées en différents lieux de la région, sont l'occasion de réfléchir à un aspect du trouble alcoolique : une de ces sessions a permis aux enfants de malades alcooliques d'exprimer leurs difficultés et de tracer des voies d'accompagnement, donnant naissance à l'idée d'unité mobile de prise en charge des enfants d'alcooliques, qui verra peut-être le jour.

Selon un médecin, la diversité et le nombre des associations sont des atouts qui ont permis de ne pas faire d'erreur. La parole « multiple » permet de couvrir l'ensemble du champ de la prévention de l'alcoolisme et de limiter les dérives éthiques. Certains membres d'associations peuvent céder à la tentation d'intervenir de manière « forcée » dans la vie des malades alcooliques, de leur imposer une prise en charge. Il faut rappeler que l'on peut guérir de la maladie alcoolique et que ceux qui s'en sortent vont de mieux en mieux, ce qui explique aussi la très forte solidarité qui existe entre les associations, les anciens buveurs et les malades. Cette réflexion existe également chez les médecins, qui s'interrogent sur la frontière entre leur devoir de soigner et la liberté de l'individu, protégée désormais légalement par le consentement. Ces questions éthiques sont l'objet du travail de la Société Française d'Alcoologie qui regroupe 3 000 professionnels et associations. À noter toutefois qu'aucun représentant des usagers n'est jusqu'ici parvenu à être élu à son conseil d'administration, composé de 20 membres, tous médecins. Il existe donc des limites à ce partenariat apparemment idéal : le partage oui, mais le partage du pouvoir non.

Des rapports complexes et ambigus avec les pouvoirs publics

Nul n'ignore le rôle joué par le monde associatif agissant en accord tacite avec l'Administration, ou de sa propre initiative, dans le développement de l'action sociale en direction de nombreux publics.

Dans la plupart des cas, les associations attirent l'attention des pouvoirs publics sur des problèmes de société, des attentes de la population, auxquels ces derniers n'auraient pas répondu naturellement soit par manque d'intérêt soit par manque de moyens mobilisables.

Cette attitude permet à l'Administration de répondre aux attentes des citoyens en finançant le monde associatif.

Les associations incarnent la volonté des citoyens de ne pas laisser aux pouvoirs publics le monopole de la représentation de leurs intérêts.

Les associations incarnent la volonté des citoyens de ne pas laisser aux pouvoirs publics le monopole de la représentation de leurs intérêts.

De leur côté, face au fait associatif, les autorités publiques font montre d'un large éventail de comportements et d'attitudes, depuis l'ignorance jusqu'à l'instrumentalisation, en passant fort heureusement par le respect, la compréhension voire le soutien intelligent.

Michel Adam mentionne même la prise de risque partagée entre l'élu et l'association.

En filigrane de ces deux paragraphes transparaît toute l'ambivalence des rapports entre ces deux partenaires : défiance ou confiance ?

La tentation est forte de subordonner l'initiative privée à l'action publique.

La tentation est forte pour les pouvoirs publics de subordonner l'initiative privée à l'action publique. Se voulant lieux de démocratie ouverts au plus grand nombre, les associations se résument parfois à la réunion d'intérêts particuliers réservés à quelques volontaires.

L'élu, représentant de la population, agit dans le sens de l'intérêt général.

Le monde associatif français, de par sa diversification, son importance, voire son influence, oblige le représentant des pouvoirs publics à une concertation, à prendre l'avis ou encore à prendre acte des oppositions du monde associatif.

Les associations se sont imposées comme des interlocuteurs à part entière face aux pouvoirs publics. Depuis longtemps, l'approche et le traitement des problèmes sociaux par des associations ont fait naître au grand jour des préoccupations sociétales. Mais la place grandissante qu'elles occupent aujourd'hui a fait se nouer entre elles et l'Administration une relation de plus en plus étroite, justifiée par les lourds budgets que cette dernière leur octroie, mais aussi propice à éveiller la tentation chez certains élus de les institutionnaliser.

Ainsi les pouvoirs publics attendent-ils du monde associatif :

- un appui de l'aide à la décision : les Observatoires Régionaux de la Santé entrent dans cette catégorie mais doivent aller au-delà dans une fonction de prospective, ou d'alerte face à telle ou telle situation (démographie médicale, enjeux de santé publique) ;
- une mise en application de leur politique : dans ce cas pourrait-on parler de « délégations de service public ».

Dans le champ de la santé, les deux exemples qui suivent en sont une illustration :

- La déferlante de l'infection au SIDA dans les années 80 a obligé l'État à une réponse rapide et visible. À cette fin, l'ensemble du dispositif s'est appuyé sur le monde associatif pour la totalité de la déclinaison des campagnes de prévention et de dépistage sur les territoires. De plus, dans ce domaine, les associations homosexuelles ont pris et prennent encore toute leur part, en étant le plus souvent avant-gardistes en la matière.
- Dans le domaine du handicap, l'UNAPEI et l'association des Papillons Blancs portent une part plus qu'importante de l'action nécessaire en faveur des personnes handicapées : places d'accueil, défense des droits fondamentaux, accompagnement des familles, etc.

Un mouvement associatif en structuration

Les années 70 sont synonymes du désir affirmé de former un « mouvement associatif ». Ce mouvement prendra toute sa force dans la société civile en 1981, quand l'État porte un intérêt nouveau au monde associatif et lui donne les moyens de sa structuration. D'abord la Délégation Interministérielle à l'Innovation Sociale et à l'Économie Sociale (DIES) devient l'interlocuteur privilégié des organisations de l'économie sociale. En 2006, le relais est pris par la Délégation Interministérielle à l'Innovation, à l'Expérimentation Sociale et à l'Économie Sociale (DIIESES). La même année se crée un Conseil Supérieur de l'Économie Sociale.

Ce parcours de légitimation de la vie associative contribue à développer la citoyenneté « active ».

Mais sans doute est-ce 1983, avec l'instauration du Conseil National de la Vie Associative (CNVA), instance consultative placée auprès du Premier ministre, qui signe la légitimation des associations au sein du pouvoir politique. Pour avoir une vision complète sur ce point il faut ajouter que les associations font leur entrée – bien que modeste – au Conseil Économique et Social (CES) en 1984. De leur côté, les associations poursuivent jusqu'à aujourd'hui la création de coordinations thématiques, unions ou fédérations.

Ce parcours de légitimation de la vie associative contribue à développer la citoyenneté « active ». À l'heure où la démocratie participative est affichée par de multiples acteurs publics, la considération du mouvement associatif comme partenaire institutionnel semble indispensable à la modernisation de la vie publique.

De nombreuses Maisons des Associations (MDA) voient le jour ; une centaine en France et une quinzaine dans le Nord – Pas-de-Calais. Elles sont pour la plupart regroupées dans les pôles ressources de la DRDJS. À 60 % municipales, les MDA offrent aux associations la même base de prestations : domiciliation, base documentaire, permanence d'experts, formation, voire aide financière au démarrage, comme le fait la MDA de Lille. Cette maison, qui a ouvert ses portes en octobre 2007, compte déjà 400 associations dont environ 7 % investies dans la santé. Des journées spécifiques y sont organisées sur des thèmes divers touchant la santé publique : elles se veulent être un lieu d'échanges entre le monde associatif et les professionnels de la santé, ou encore informatives sur l'évolution de la santé publique et son mode d'organisation.

Structure des ressources selon l'existence d'emploi salarié dans l'association

	Associations sans salarié	Associations employeurs	Ensemble (%)
Cotisations	26 %	9 %	12 %
Dons et mécénat	10 %	4 %	5 %
Recettes d'activités publiques ou privées	46 %	49 %	49 %
Subventions publiques*	18 %	38 %	34 %
Total en %	100 %	100 %	100 %
Total en milliards d'euros	10,9	48,5	59,4

* Subventions publiques seulement, à l'exclusion des financements contractuels, des ventes de prestations ou prix de journée provenant d'organismes publics classés dans la catégorie recettes d'activité.
Source : Enquête CNRS Matisse – Centre d'économie de la Sorbonne auprès des associations – 2005-2006.

Financements : des sources et budgets

Ce qui est commun à l'ensemble des associations employeuses ou non, c'est la direction bénévole : on serait en droit de s'interroger sur ce statut quand il s'agit de budgets très importants. Ce qui est également commun à toutes les associations, c'est le réinvestissement des bénéfices éventuels dans l'association, les membres dirigeants ne s'enrichissant pas.

Nature et origine des ressources selon le secteur d'activité

	Action humanitaire	Action sociale santé	Défense des causes et des droits	Éducation formation insertion	Sports	Culture	Loisirs	Économie développement local, gestion d'une activité	Autres	Ensemble
Financements privés, dont :	59 %	33 %	61 %	52 %	67 %	53 %	64 %	52 %	75 %	49 %
- cotisations	2 %	3 %	24 %	4 %	38 %	17 %	18 %	11 %	11 %	12 %
- dons et mécénat	26 %	4 %	7 %	2 %	6 %	5 %	2 %	2 %	9 %	5 %
- recettes d'activités privées	32 %	27 %	30 %	47 %	23 %	31 %	44 %	39 %	56 %	32 %
Financements publics*, dont :	41 %	67 %	39 %	48 %	33 %	47 %	36 %	49 %	25 %	51 %
- communes	6 %	11 %	6 %	6 %	20 %	22 %	25 %	21 %	9 %	14 %
- Conseils généraux	14 %	17 %	6 %	8 %	5 %	6 %	2 %	5 %	4 %	10 %
- Conseils régionaux	1 %	2 %	2 %	7 %	2 %	7 %	1 %	10 %	1 %	4 %
- État	13 %	18 %	10 %	19 %	4 %	9 %	4 %	4 %	6 %	12 %
- Europe	1 %	1 %	1 %	3 %	NS	NS	NS	2 %	NS	1 %
- organismes sociaux	4 %	15 %	12 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	4 %	7 %
- autres financements publics	2 %	4 %	2 %	4 %	2 %	3 %	2 %	5 %	1 %	3 %
Total en %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Total en milliards d'euros	2,7	21,5	2,6	8,9	8,8	5,5	5,3	3,8	0,3	59,4

* Tous financements publics (subventions politiques, financements contractuels, ventes de prestations ou prix de journée).
Source : Enquête CNRS Matisse – Centre d'économie de la Sorbonne auprès des associations – 2005-2006.

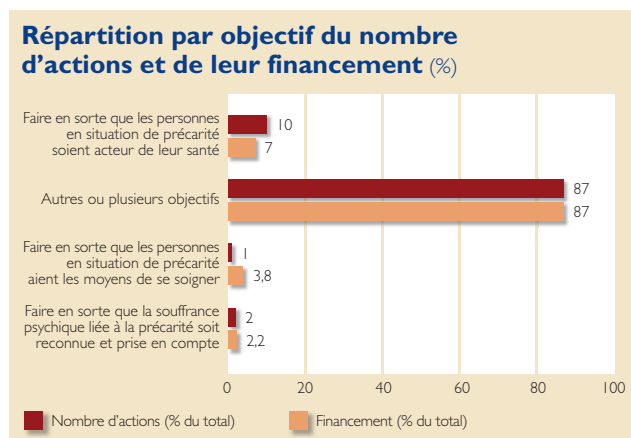
Si ce fait n'a pas changé depuis 1901, la source du financement public évolue et n'est pas sans conséquence sur les relations entre le monde associatif et les pouvoirs publics.

La diminution réelle ou annoncée des deniers publics en raréfaction, l'assujettissement à l'impôt des activités ne répondant pas à des critères attestant de la spécificité des publics et de la demande associative, la normalisation des formes d'interventions imposée par les financeurs en vue de garantir la qualité de prestation, ce sont là autant de facteurs qui ont amorcé une intervention de plus en plus encadrée des pouvoirs publics. Et que dire des financements corrélés à des évaluations d'actions qui, mal encadrées dans la plupart des cas, ne recueillent que des données quantitatives peu significatives.

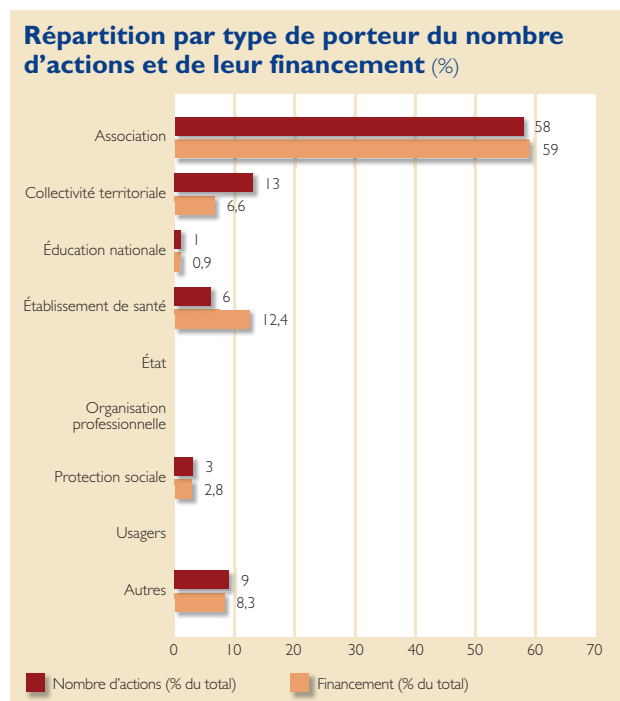
Une intervention de plus en plus encadrée des pouvoirs publics.

Dans le Nord – Pas-de-Calais, la santé publique est un enjeu qui date de plus de vingt ans. C'est la première région à avoir créé une « Maison de Promotion de la Santé » regroupant une dizaine d'associations de santé publique spécialisées soit dans l'observation, la promotion de la santé, la formation, la santé au travail ou encore la prévention.

Elle est devenue aujourd'hui un Groupement d'Intérêt Économique (GIE) baptisé « Groupement Régional de Promotion de la Santé ». Les associations qu'il regroupe, disposent de budgets importants allant de 130 000 euros à 1 000 000 euros. Elles assurent une large part de « délégation de service public » à l'aide de financements croisés : Conseil Régional, Conseils Généraux, État, Assurance Maladie ou communes, même si ces financements sont de moins en moins croisés et font de plus en plus appel aux collectivités territoriales avec, par exemple, une baisse de 8 % annoncée en 2008 sur les financements de l'État dans la prévention du SIDA.



Source : Comité Régional des Politiques de Santé, Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.



3 idées clés :

- *Il est difficile de savoir si des associations ont des activités dans le domaine de la santé ou non. C'est un paradoxe. À moins de se fonder sur une définition large de la santé « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » telle que définie en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans ce cas, en effet, pourrait-on considérer que toutes les associations peuvent contribuer à la santé, même les clubs de pétanque, ceux du 3^e âge, ou encore les associations de pêcheurs ?*
- *Une partie des associations a une activité explicite en santé : on en compte de nombreuses dans le Nord – Pas-de-Calais, comme par exemple l'Institut Pasteur de Lille, l'ORS Nord Pas-de-Calais, Vie Libre, etc. Pourtant, il est difficile de savoir quelles sont, parmi elles, celles qui interviennent au nom des pouvoirs publics, celles qui contribuent au débat et à la connaissance, celles qui revendiquent. C'est toute l'ambiguïté de ce que sont aujourd'hui les associations. Leur posture qui peut être : soit « je participe », soit « je contribue au débat », soit « je m'oppose », ou une combinaison de plusieurs de ces facettes, n'est pas visible au travers de leur financement. Certaines ne sont d'ailleurs pas financées. Le financement n'est donc pas un prisme suffisant pour comprendre l'action.*
- *Des rapports complexes et ambigus lient les pouvoirs publics et les associations. Les associations ont besoin des pouvoirs publics ; les pouvoirs publics ont besoin des associations ; les pouvoirs publics critiquent les associations ; les associations critiquent les pouvoirs publics.*

La bibliographie

- Tchernonog V, Tabariés M, Thiéry P, Hubert A. Le paysage associatif français. Stat-Info 2007 ; 07-4 : 10 p.
- Sondage de l'institut CSA. Que pensent les européens de leurs associations ? Rapport détaillé, n°0800789 [en ligne]. 2008. Disponible sur <http://www.csa-fr.com/dataset/data2008/opi20080917-que-pensent-les-europeens-de-leurs-associations.pdf> (consulté en 2009).
- Tchernonog V, Vercamer JP. Trajectoires associatives : enquête sur les facteurs de fragilité des associations. Neuilly-sur-Seine : Deloitte, 2006 ; 35 p.
- Classification internationale des associations sans but lucratif (International Classification of Non-Profit Organizations, ICNPO). Disponible sur : <http://www.reseau-sara.org/outils/classif/icnpo.htm> (consulté en 2009).
- Adam M. L'association, image de la société : carnets de voyage d'un militant invétéré. Paris : L'Harmattan, 2005 ; 256 p.
- Lebas-Lacoste E, Lacoste O. L'information et la communication d'un système de santé régional destiné à la population. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2005 ; 122p.

Le lexique

CES : Conseil Économique et Social
CISS : Collectif Inter-Associatif de Santé
CPCA : Conférence Permanente des Coordinations Associatives
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CNVA : Conseil National de la Vie Associative
CRUQS : Comité de Relations avec les Usagers et de la Qualité des Soins
DIES : Délégation Interministérielle à l'Innovation Sociale et à l'Économie Sociale
DIIESES : Délégation Interministérielle à l'Innovation, à l'Expérimentation Sociale et à l'Économie Sociale
DRDJS : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GRAA : Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie
ICNPO : International Classification of Non-Profit Organizations
JOA : Journal Officiel des Associations
MDA : Maison des Associations
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux