

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

Auteurs :

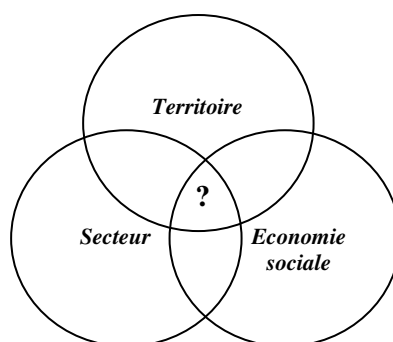
Sébastien Fleuret, Chargé de recherche CNRS, Carta-ESO, Université d'Angers
Mark Skinner, Professeur à l'Université de Trent, Ontario, Canada

Pour toute correspondance : sebastien.fleuret@univ-angers.fr

Introduction

La dimension spatiale de l'économie sociale est un sujet d'intérêt croissant dans de nombreuses recherches pluridisciplinaires, comme en témoignent le foisonnement récent de colloques mettant l'accent sur les relations entre économie sociale et territoires (Marseille, 2005 ; Bordeaux, 2007 ; Nantes 2008). Les dynamiques locales dans un contexte de changement global font l'objet d'une attention toute particulière dans une perspective qui, dans le champ de la géographie humaine, est à dominante anglo-américaine. Cette dernière tend à présenter l'économie sociale et solidaire (ESS) et ses acteurs comme une forme de solution « universelle » à tout un ensemble de problèmes en lien avec les restructurations néolibérales actuellement à l'œuvre. Le premier objectif de cette contribution est donc de déconstruire l'assertion qui laisse à croire que les organisations du champ de l'économie sociale (associations en France, organismes communautaires et secteur du volontariat en Amérique du Nord) sont une solution à la crise des modèles de protection sociale et à la raréfaction des ressources dans les systèmes de santé. Dans cette communication, nous montrerons l'intérêt de positionner ce processus de déconstruction dans une posture théorique à l'intersection de trois périmètres trop souvent étudiés indépendamment où deux à deux. Il s'agit de la dimension du territoire (qu'il soit rural, urbain ou métropolitain par exemple), de la dimension sectorielle qu'il convient de croiser avec le champ de l'économie sociale. Dans ce texte, nous nous baserons sur des exemples choisis dans le secteur du sanitaire et social – services à la personne notamment- (Figure 1).

Fig. 1



Considérant l'importance du modèle anglo-saxon dans la littérature, nous adoptons par ailleurs une démarche empirique de comparaison croisée entre des exemples pris en France (spécifiquement dans le Grand Ouest du pays) et en Ontario (Canada) assumant l'hypothèse de spécificités européenne (Simonet, 1998 ; Evers & Laville, 2004), nationale et locale. Le second objectif de cette contribution est donc d'apporter des perspectives nouvelles à la lecture des relations de l'ESS aux territoires là où certaines visions par exemple le rôle et la place du volontariat dans les communautés rurales au Canada (Skinner, 2008), peuvent être

abusivement normatives. Pour ce faire, nous nous basons sur deux études de cas menées en Ontario, sur l'importance du volontariat dans les services aux personnes âgées des communautés rurales et en France de l'Ouest sur le rôle des associations dans l'offre de services socio-sanitaires de proximité.

Contexte, terrains et approche

Cadrage général

Cette étude s'inscrit dans le contexte d'une double évolution. La première est d'ordre socio-démographique, il s'agit du vieillissement des populations occidentales qui génère de nouveaux besoins et de nouvelles problématiques souvent spatialisées (ex. vieillissement accru des espaces ruraux). Cette évolution s'inscrit dans un cycle à long terme.

La deuxième évolution est d'ordre politique : il s'agit de l'ensemble des processus de restructuration à l'œuvre qui affectent l'offre de services dans différents secteurs d'activité et tout particulièrement dans ceux de la santé et du médico-social (économies budgétaires, recompositions territoriales à la recherche d'économies d'échelle,...), les rapports entre public et privé (influence de la pensée néo-libérale), les échelles géographiques (décentralisation, ...). Ces évolutions s'inscrivent dans des cycles à court terme.

Dans ce contexte le terrain français est particulièrement intéressant à comparer avec le Canada car premièrement il s'agit d'un pays qui n'a finalement que très récemment souscrit à l'agenda néo-libéral qui tend à déplacer de l'Etat vers les communautés locales, un certain nombre de prérogatives. Et deuxièmement, il s'agit d'un pays dans lequel les bases du volontariat sont philosophiquement et contextuellement très différentes de la situation anglo-américaine (cf travaux de E. Archambault ou M. Simonet). Le travail que nous présentons ici est donc une pierre de plus dans le jardin de la recherche « hors du contexte anglo-américain ».

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

Tableau 1 : Nombre d'employés des associations par secteurs en Pays de la Loire (source Insee, 2004)

Secteurs d'activité des associations	Nombre d'employés (équivalents temps plein)
Enseignement	16039
Santé	5646
Social	39119
Culture-Loisirs-Sports	4457
Insertion	2096
Autres associations	15282
Total	82639
Ensemble de l'économie sociale	114 795

La seconde raison du choix de ce secteur est qu'il a été récemment fortement impacté par la loi sur les services à la personne, dite loi Borloo (2006) faisant suite à une autre loi (2002) portant sur le secteur médico-social. Ces deux mesures sont venues se surimposer au fait que ce domaine a été la cible de restructurations nombreuses et d'ampleur ces 20 dernières années, en France mais aussi dans l'ensemble des pays occidentaux, ce qui rend la démarche comparative d'autant plus intéressante. Il est dès lors pertinent d'examiner les perspectives et similarités entre la France et le Canada à l'aune des particularités contextuelles évoquées. Nous voulons ici suggérer que la compréhension des formes de provision de services sanitaires et sociaux nécessite de porter une attention toute particulière aux dynamiques locales de l'ESS. Par cette expression nous entendons l'ensemble des activités et actions entreprises en réponse aux injonctions à court terme des processus de restructuration et aux enjeux à long terme de l'évolution de nos sociétés.

Approche conceptuelle

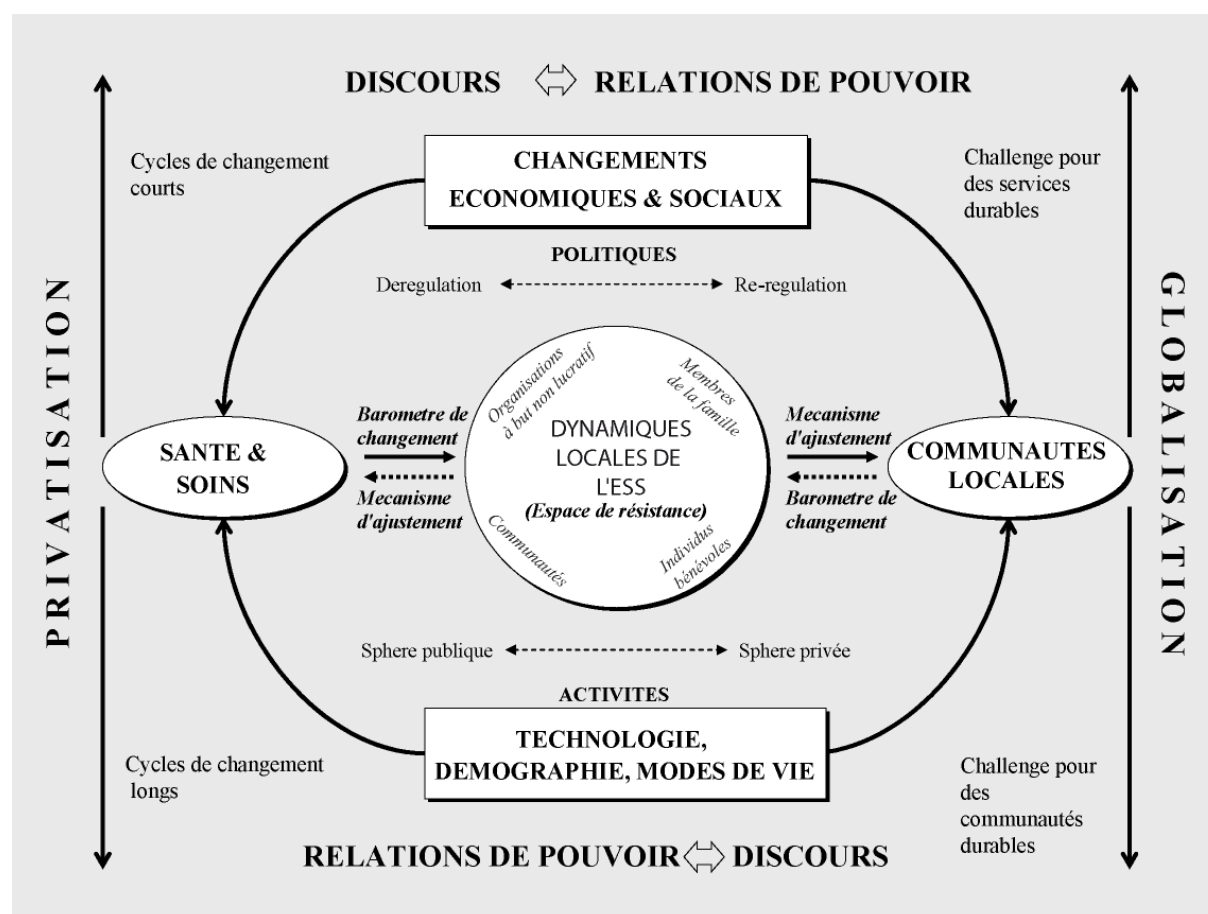
Notre approche conceptuelle vise à une interprétation des dynamiques locales selon deux axes (figure 2). Le premier, vertical, prend en compte les changements économiques et sociaux et leurs traductions dans les politiques publiques (dérégulation/re-régulation). Il s'agit par exemple de la privatisation des systèmes de santé ou des processus de décentralisation et de dévolution de services à des échelons locaux. Ces changements économiques et sociaux sont mis en parallèle avec des changements fonctionnels : l'offre de services sur le terrain doit s'adapter à des mutations technologiques, démographiques à une rapide évolution des modes de vie. Ces changements s'inscrivent dans des cycles à long terme (vieillesse de la population) et à court terme (restructuration des politiques publiques).

Le second axe conceptuel, horizontal sur la figure 2, confronte l'organisation de l'offre de santé et de soins (incluant les services médico-sociaux) aux réalités des communautés locales et notamment (c'est ce qui est exprimé dans le cercle central), à la capacité de ces communautés à se structurer plus ou moins spontanément autour d'aidants-naturels (membres de la famille, bénévoles) et de structures à but non lucratif (associations, mutuelles) et ainsi à créer du lien social.

Cette figure développée sur l'exemple canadien, d'après Skinner et Joseph (2007), et transposée ensuite en France postule que les dynamiques locales de l'Economie sociale fournissent trois indicateurs utiles à la compréhension du rôle de l'ESS dans une dimension territoriale.

Ces dynamiques peuvent donc être lues comme des baromètres du changement (1), l'expression de mécanismes d'ajustement (2), la formation d'espace de résistance (3).

Figure 2. Dynamiques locales de l'ESS, cadre conceptuel (source : Skinner et Joseph, 2007, p 121).



Sources au Canada et en France

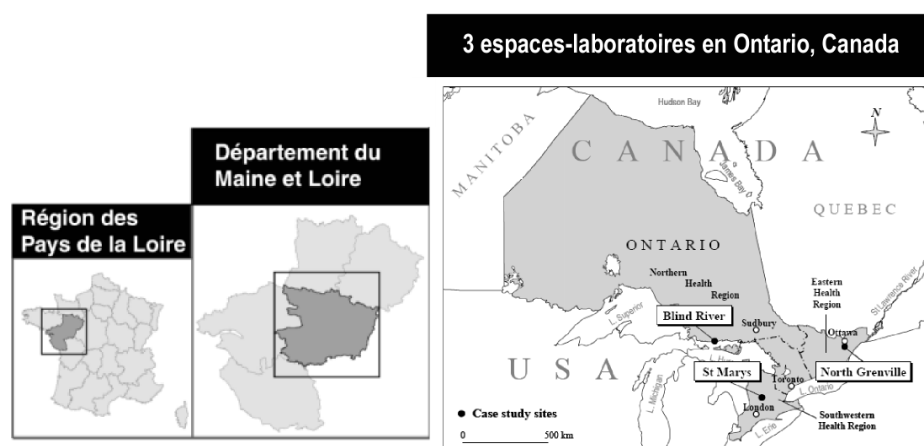
Pour transposer cette figure théorique dans la réalité, nous nous basons sur deux études de cas. La première au Canada, analyse le sens des notions de communauté et de volontariat dans les espaces ruraux. La seconde étude de cas porte sur un département français : le Maine et Loire et examine le rôle du mouvement associatif dans le champ de la santé (tab.2)

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

	France	Ontario
Localisations	Département du Maine et Loire	Blind River, St Marys, North Grenville
Profils des terrains étudiés	Département comptant 671 000 habitants, au profil rural, chef lieu Angers, 250 000 habitants dans l'agglomération. L'offre de services de santé et de services sociaux comparables à la moyenne nationale. Elle	Trois communautés situées à des gradients différents d'éloignement des centres urbains (proximité, 50 km et plus de 150 km) et présentant des profils socio-économiques différenciés (2 communautés dynamiques, l'une périurbaine,

	émane de trois secteurs : public - hospitalier, collectivités territoriales-, privé libéral et associatif. La santé et le social sont relativement cloisonnés	l'autre agricole + une communauté minière en déclin démographique). L'offre de services est mixte (public-privé) avec dans les deux cas une forte dévolution aux organismes à but non lucratif adossés par exemple à l'hôpital local, ou à une aide municipale. La santé et le social sont relativement décroisonnés
Méthodologies employées	Enquête (n=115) + entretiens semi-directifs avec des responsables associatifs (n=16). Différenciation territoriale a posteriori	Entretiens semi-directifs avec des responsables des communautés et de l'offre de services (n=72). Différenciation territoriale préalable entre 3 sites-test.

Figure 3. Localisation des terrains d'étude



L'étude canadienne effectuée dans 3 espaces ruraux, analyse l'application du concept de communauté à la prestation de soins à domicile et communautaires aux aînés. L'étude se fonde sur des entrevues réalisées auprès d'informateurs clés provenant d'organismes gouvernementaux, d'agences de santé et de services sociaux ainsi que de groupes du secteur bénévole et communautaire locaux. Les résultats révèlent le paradoxe de la croyance conventionnelle selon laquelle il existerait une compensation au manque de services structurés qui caractérise les petites villes rurales, par la création de liens serrés entre leurs habitants ainsi que par une compréhension commune de la notion de communauté. Les résultats démontrent qu'au contraire que les communautés rurales ne peuvent pas totalement compenser le manque de services offerts aux personnes âgées, cette croyance ne tenant pas compte de la capacité d'adaptation incertaine des secteurs informels locaux ce qui revient à démolir certaines présomptions à propos des services offerts aux personnes âgées dans les régions rurales du Canada.

L'étude française a été réalisée entre 2003 et 2005 en Maine et Loire, dans l'Ouest de la France. Elle avait pour objectif d'identifier le rôle et la place des associations dans un système local de santé. La première étape consistait donc en l'inventaire de toutes les associations à l'échelle d'un département suivi d'une enquête (115 associations y ont répondu). L'enquête a été complétée par 16 entretiens en vis-à-vis avec des présidents d'associations représentatifs. Cette étude montre que le fait de pallier un manque ou une carence du système est la première raison d'être de associations de la santé et du médico-social. Jusqu'au début des années 1980, la motivation de combler un manque était plus largement dominante (plus de 75% des réponses parmi les associations créées dans les années 1960/70) et les enjeux de complémentarité et de coordination étaient absents ou minimes, mais aujourd'hui la tendance s'est modifiée. Les associations créées depuis le début des années 1990 apparaissent pour des motifs plus variés au sein desquels, la coordination des acteurs, la complémentarité et la diversité de services offerts occupent une place conséquente. Par exemple, il n'est pas rare, dans le service public, qu'il soit plus aisé de créer une association pour coordonner l'activité de deux services de soins, plutôt que d'adapter les statuts des établissements à des règles de fonctionnement et de contrôle parfois rigides : « la formule -association- est souvent la plus souple à mettre en œuvre » (un responsable associatif). C'est la traduction des changements récents dans les modes de gestion du territoire : décentralisation, planification plus stricte, lois d'encadrement du secteur médico-social, loi d'orientation sur les Finances publiques, ...

Les résultats des études canadienne et française ont été confrontés et c'est le résultat de cette confrontation qui est présenté ici¹.

Résultats

Les résultats sont ici présentés en suivant la logique du schéma conceptuel présenté en figure 1, à savoir : nous examinerons tout d'abord ce que révèle l'économie sociale prise comme baromètre de changement, puis nous aborderons les mécanismes d'ajustement avant, enfin, d'évoquer les espaces de résistance.

Baromètre du changement

Ce baromètre se lit à deux échelles temporelles : court et long terme.

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

¹ Ces deux études ayant été publiées indépendamment l'une de l'autre par ailleurs, le lecteur se reportera aux références suivantes pour plus de détail :

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

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

une responsable associative en France : *parfois ce sont les mêmes personnes qui sont les bénévoles et celles qui auraient besoin de services, car ce sont des personnes âgées.*

Sur le court terme, ce sont des changements structurels que l'on observe. Si les changements à long terme sont assez semblables entre la France et l'Ontario, ceux à court terme, tributaires des orientations politiques montrent une différenciation plus marquée.

En Ontario, bon nombre de programmes publics (subventions) ont été dirigés vers le secteur privé "de marché". Il en résulte pour les organismes à but non lucratif :

- De plus en plus de challenges opérationnels face à une demande de soins croissante et complexe :

"Les gens ont besoin de plus de soin ... À cause des coupes franches à l'hôpital, on les renvoie plus tôt chez eux et là ils nous appellent, mais on n'a pas vraiment de bénévoles formés pour ce type de situation"

- Des enjeux et challenges spécifiquement ruraux. Cet espace traditionnellement vu comme un territoire sur lequel s'exerce des solidarités naturelles, montre en réalité qu'un modèle de développement basé sur les seules ressources du milieu rural est très limité

"J'ai plus peur du retrait des services privés dans les communautés rurales, car il y aura toujours des bénévoles, des familles et des associations. Mais ça ne suffit pas."

En France, le développement du secteur privé est très inégal avec de fortes différences régionales. Une étude menée en région Midi-Pyrénées (Rumeau, Rouyer, 2007) donne des résultats en matière d'implantation concurrentielle du privé que l'on ne retrouve pas dans l'enquête en Maine et Loire. Des effets de lieu sont donc à l'œuvre et en Maine et Loire, le secteur public (soutenu par les collectivités territoriales, notamment le conseil général) et les associations, n'ont pour l'instant à plus de 80 % pas d'interaction concurrentielle avec le secteur privé.

En revanche, la loi sur les services à la personnes (dite loi Borloo) commence à avoir un impact considérable et il est probable qu'à l'avenir, de nombreuses initiatives individuelles dans ce domaine viennent modifier le paysage. Pour le moment l'impact de cette loi se voit sur des secteurs non spécifiques à la santé et aux personnes âgées, dans lequel une association comme l'ADMR (aide à domicile en milieu rural) est quasi monopolistique. Là aussi il existe une forte spécificité rurale et une forte présomption par les acteurs des politiques publiques d'une « solidarité » rurale innée qui pallierait tous les manques. Pourtant la problématique de l'isolement des personnes âgées ressort avec force et apparaît systématiquement dans les priorités des associations ce qui contredit cette présomption.

D'autres restructurations à l'œuvre impacte également le secteur. En premier lieu le virage ambulatoire pris dans les années 1990 qui a raccourci les temps de prise en charge en hôpital pour éclater la prise en charge sur le territoire en la plaçant au domicile des patients.

Mécanismes d'ajustement

Face à ces changements, les rapports entre le secteur de l'économie sociale, le secteur privé et le public sont constamment en mouvement, en ajustement. Cela se traduit tout d'abord par des processus de co-construction territoriale, par des effets d'échelle (*all is local ?*) et par des enjeux de visibilité.

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

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

En Ontario, la co-construction se fait par substitution du volontariat au secteur privé : en d'autres termes là où l'investissement de marché n'est plus rentable, l'économie sociale prend le relais. Si il existe de nombreux lieux où services privés et associatifs co-existent, souvent la co-construction se fait sur des territoires distincts

Aux mécanismes de co-construction il faut ajouter des effets d'échelle. D'un point de vue géographique, des différences notables apparaissent selon les échelles d'intervention observées. Elles naissent notamment des rapports aux acteurs de la régulation des territoires. Ainsi une fédération nationale n'a pas les mêmes rapports aux pouvoirs qu'une antenne locale : c'est logique. Mais surtout, pour tendre vers un même résultat, elle ne va pas solliciter les mêmes institutions. Une distinction des espaces concernés (rural peu dense *versus* urbain au maillage social très développé) ainsi que des champs d'intervention (maladie, handicap, vieillissement, pauvreté, ...) renforce cette diversité. Un modèle semble pouvoir être établi : le niveau de relation avec les acteurs institutionnels va décroissant à mesure que l'on élargit l'aire décisionnelle considérée (tab.3) :

Seulement 25.0 % des associations n'ont pas de liens avec les instances municipales contre 55.5 % avec les services déconcentrés de l'Etat au niveau régional. Cela semble logique puisque l'on accroît la distance au pouvoir considéré. Mais un paradoxe naît du fait que les compétences en matière de décision et de planification sanitaire et sociale se répartissent dans des proportions à peu près inverses entre ces différents niveaux de pouvoirs.

Tableau 3. Effets d'échelle

<i>Niveau décisionnel</i>	<i>Part des associations ne déclarant aucun lien avec les instances correspondantes au niveau décisionnel (n=115)</i>	<i>Graduation des niveaux de relation</i>	<i>Graduation des niveaux de compétence décisionnelle en santé</i>
Municipal	25 %	↑	↓
Départemental	45.5 %		
Régional	55.5 %		

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

Enfin, des enjeux de visibilité se font jour dans les mécanismes d'ajustement. Ils s'expriment de deux façons.

Premièrement, l'enjeu de la visibilité est une préoccupation des associations qui veulent « participer », être le « co » de la co-construction territoriale. Or le monde associatif est très mal connu en dehors de quelques grandes associations bien représentées dans les différentes instances décisionnelles. Cela a son importance dans un contexte de restructurations

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

Espaces de résistances

Au delà des changements observables et des mécanismes d'ajustement aux restructurations, des résistances s'observent. En effet, les organisations à but non lucratif sont bien souvent fondées sur une posture militante. Or cette dernière s'accommode assez mal des contraintes extérieures ou des injonctions liées aux transformations des politiques publiques.

Ainsi, en Ontario un responsable associatif réagit face à la dévolution de responsabilités à la communauté locale et spécifiquement au secteur du volontariat en disant : *“je pense qu'on est là en train de chercher à revêtir un habit trop petit et les coutures craquent”*

En France, plusieurs responsables administratifs confient leur intention de résistance face à l'institutionnalisation tout en constatant que *“de toutes façons, le processus enclenché à travers la loi de 2002.”*

Discussion et conclusion

Si l'on replace ce travail en perspective avec l'idée largement répandue dans le monde anglo-saxon d'une économie sociale ou d'un tiers secteurs (regroupés sous la désignation de *volunteers*) constituent une solution à tous les maux, on constate qu'en effet, aujourd'hui, de nombreuses formes de dévolutions de services sont observables et ce plus particulièrement dans certains domaines (ex. services aux personnes âgées) et dans certains territoires (ex. espace rural). Néanmoins et en réponse à la question posée en titre de la revue du MAUSS (1998) : « une seule solution, l'association ? », les situations française et canadienne sont bien plus complexes et cette complexité se lit tout particulièrement à l'échelle locale.

Les dynamiques locales de l'économie sociale sont un enjeu qui peut se traduire par des phénomènes de conjonction de facteurs (territorialisation accrue des politiques de santé et du social par exemple; emphase générale sur le "local") et simultanément par des phénomènes de tensions (entre des restructurations à court terme souvent difficiles à concilier avec les réalités du terrain et des changements sociaux à long terme) qui posent la question du développement durable des territoires et des sociétés qui les habitent.

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

- Une série de points en oppositions sont à prendre en considération : long terme *versus* court terme, formel (visible) *versus* informel (invisible ?), résistance *versus* ajustement. L'ensemble de ces points pose en fait une seule vraie question sous forme, une nouvelle fois d'opposition : efficacité *versus* durabilité ?
- le secteur à but non lucratif (associations, organisations communautaires, volontariat) est tiraillé entre les demandes à court terme (injonctions aux restructurations) et celles à long terme (assurer le développement local durable des communautés). Deux questions se posent : ne maintient-on pas le secteur de l'économie sociale dans une précarité relative (dans le domaine de la prise en charge et des services aux personnes âgées) en ne leur confiant pas de

mandat à long terme ? Mais inversement de tels mandats sont-ils totalement souhaitables au regard des enjeux liés à l'institutionnalisation ou à la visibilité des petites associations².

Ces constats dressés sur deux exemples localisés dans leurs pays respectifs présentent des similitudes et des différences et constituent une des (plutôt rares) tentatives pour étudier mais d'autres études de cas seraient utiles afin d'enrichir le modèle conceptuel présenté dans ce texte.

Pour finir, nous souhaitons relever le défi posé par C. Milligan et D. Conrardson qui invitent les géographes à constituer une géographie de l'économie sociale considérant qu' *Il ne faut pas étudier les politiques sociales et de santé uniquement au regard d'une emphase qui porte tantôt sur l'initiative communautaire, tantôt sur le rôle des institutions, mais aussi au regard des transferts de responsabilité de l'Etat vers le secteur de l'Ess et même vers les communautés, les ménages, les individus*

References

Archambault E. (2001), " Historical Roots of the Nonprofit sector in France", *Nonprofit and voluntary Sector Quarterly*, vol 30, n° 2, june, p 204-230.

Evers, A. and Laville, J.-L., eds. (2004) *The Third Sector in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham, 288p.

Economie sociale et solidaire, territoire et politique : regards croisés, Colloque international Sciences Po Bordeaux ; 29-30 novembre 2007

Economie sociale et solidaire : Nouvelles pratiques et dynamiques territoriales , Colloque international, Nantes- 29 et 30 septembre 2008

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

Milligan, C. and Conradson, D. (eds), (2006), *Geographies of Voluntarism: New Spaces of Health, Welfare and Governance*, Policy Press: Bristol

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

Simonet M. (1998) Le benevole et le volunteer, ce que traduire veut dire, *revue du Mauss* n°11, Une seule solution, l'association ? pp 57-64

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

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

² Nous n'avons pas travaillé sur le sujet de l'innovation par ailleurs décrit dans la littérature comme s'apparentant à cette catégorie d'enjeux

5èmes Rencontre Inter-Universitaires d'Économie Sociale et Solidaire : *Economie Sociale, Solidaire et Territoires*, 11/12 mai 2005, Marseille