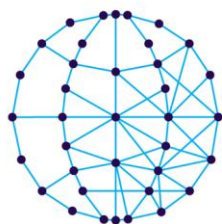


*Le pouvoir d'agir des coopératives*

Textes choisis de l'appel international d'articles scientifiques

# RESTRUCTURATION DU CHAMP DE LA SANTÉ EN FRANCE ET EXPERIENCE DES COOPERATIVES DE SANTE

Laëtitia LETHIELLEUX<sup>1</sup>, Maryline THENOT<sup>2</sup>, Xavier DERROY<sup>3</sup>



**QUEBEC** INTERNATIONAL  
**2016** SUMMIT  
OF COOPERATIVES

## Résumé

Le secteur de la santé français est actuellement en pleine mutation pour répondre aux besoins d'ajustement quantitatif de l'offre ainsi qu'à la nécessité de corriger les défauts de coordination entre les niveaux de prise en charge hospitalière. Les stratégies adoptées par les organisations hospitalières portent davantage sur des formes de coopération combinant relations de compétition et de coopération (Routelous et al., 2011). Dans ce contexte, les expériences françaises de coopératives de santé restent encore très marginales (cf. CMHSC 14). Ce constat nous amène à nous demander si la coopérative peut être considérée comme un modèle alternatif entre le modèle centralisateur initié par l'État et le modèle privatisé pur. À l'aide de la coopérative française Le CALME, nous discuterons du rôle du modèle dans la structuration du champ de la santé (et non sur sa viabilité) en tenant compte des interactions que les coopératives entretiennent avec les autres acteurs institutionnels.

## Abstract

The French health care sector is currently undergoing major changes to better address the need to adjust quantitatively to supply as well as to correct inadequate coordination between care levels. The strategies adopted by hospital organizations focus more on forms of cooperation combining cooperative and competitive relationships (Routelous et al., 2011). In this context, French experiments of health cooperatives still remain very marginal (cf. CMHSC 14). This leads us to wonder if the cooperative can be considered as an alternative model between the centralized model initiated by the State and the pure privatized model. Drawing on the case of the French cooperative, "Le CALME" we will be discussing the role of the model in the structuring of the field of healthcare (and not its viability) taking into account the interactions between the cooperatives and the other institutional actors.

## Resumen

El sector francés de la salud está actualmente en plena mutación a fin de atender las necesidades de ajuste cuantitativo de la oferta así como la necesidad de corregir los defectos de coordinación entre los niveles de atención. Las estrategias adoptadas por las organizaciones hospitalarias se centran más bien en formas de cooperación que combinan relaciones de cooperación y de competencia (Routelous et al., 2011). En ese marco, en Francia, las experiencias de cooperativas de salud siguen siendo muy marginales (véase CMHSC 14). A partir de dicha constatación, nos preguntamos si la cooperativa puede ser considerada como un modelo alternativo entre el modelo centralizador iniciado por el Estado y el modelo privatizado puro. A partir del caso de la cooperativa francesa CALME, debatiremos el papel del modelo en la estructuración del ámbito de la salud (y no su viabilidad), tomando en cuenta las interacciones que las cooperativas mantienen con los demás actores institucionales.

## Introduction

Le secteur de la santé en France a fait l'objet d'une législation abondante depuis le milieu du XIXe siècle, démonstration d'une politique très interventionniste. Plus récemment, le paysage hospitalier français a connu deux vagues successives de restructurations. La première est apparue au cours des années 1990 (Loi du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée ayant pour objet principal la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. La seconde résulte de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (Hpst) du 21 juillet 2009 qui avait comme ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé français. La dernière en date, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, a pour finalité de promouvoir une meilleure coordination entre les hôpitaux publics de manière à apporter une réponse plus appropriée aux besoins sur les territoires et à réduire les inégalités. Cette loi de modernisation s'articule autour de trois axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, le développement des droits des patients. Ce renforcement repose sur le déploiement de groupements hospitaliers de territoire permettant l'élaboration d'un projet médical commun et le partage de missions ou fonctions support, par exemple celle des achats hospitaliers. Les évolutions du cadre législatif créent une source d'incertitude et conduisent à des restructurations successives du secteur.

Le système de santé français est actuellement à un carrefour et doit faire face à de nombreux défis (population vieillissante, déficit de la sécurité sociale, développement d'une santé à deux vitesses, etc.). En 2010, 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. L'absence de couverture par une assurance complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 33 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé, contre 20 % des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et 15 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée. En 2013, les dépenses de protection sociale représentent 715 milliards d'euros, soit 33,8 % du PIB. L'augmentation des dépenses se fait sur un rythme de 3 %, ce qui est moindre que celui observé entre 2000 et 2009 (hausse moyenne de 4,6 %). Les dépenses liées à la catégorie de prestations vieillesse-survie (46 % du total des prestations) atteignent 307,5 milliards d'euros et continuent de progresser à un rythme soutenu en raison des flux importants de départs à la retraite. En 2013, les ressources de la protection sociale augmentent plus fortement que l'ensemble des emplois, entraînant une baisse du déficit de la protection sociale. Celui-ci s'élève à 7,9 milliards d'euros en 2013, contre 11,6 milliards d'euros en 2012<sup>ii</sup>.

Avec 10,9 % du PIB, la France se place au 6e rang des pays de l'OCDE<sup>iii</sup> selon la part de richesse nationale consacrée à la santé. Les régimes privés d'assurance maladie jouent un rôle plus important en France que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. L'assurance complémentaire de la couverture médicale publique finance 14 % environ des dépenses totales de santé.

Dans un secteur en pleine mutation et pour faire face aux besoins d'ajustement quantitatif de l'offre, ainsi qu'à la nécessité de corriger les défauts de coordination entre les niveaux de prise en charge, les stratégies adoptées par les organisations hospitalières portent davantage sur des formes de coopération combinant relations de compétition et de coopération (Routelous et al., 2011). On recensait en France, en 2011, 2 964 structures hospitalières de taille très variables. Il est question aujourd'hui de former des groupements de coopération sanitaire pour mutualiser les moyens ou une partie des activités. Des axes de développement stratégique sont à l'étude, comme la création d'équipes pluridisciplinaires, l'assouplissement de l'organisation des soins (en favorisant notamment

les réseaux de santé) et la simplification du cadre juridique. Dans ce contexte, les expériences françaises de coopératives de santé restent encore très marginales (cf. CMHSC 14).

Par conséquent, l'objet de cette communication sera de réfléchir sur la place occupée par le modèle coopératif dans le secteur de la santé en pleine restructuration. Plus précisément, il s'agira de comprendre si la coopérative peut être considérée comme un modèle alternatif entre le modèle centralisateur initié par l'État et le modèle privatisé pur. Par coopérative, nous retiendrons la définition de la Déclaration internationale sur l'identité coopérative édictée en 1895 et reformulée en 1995 : « Une coopérative est une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire leurs aspirations et besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocratiquement ».

Il est à noter que dans le cadre de cette contribution, la viabilité du modèle en tant que tel ne sera pas abordée. Notre réflexion porte sur le rôle du modèle dans la structuration du champ en tenant compte des interactions que les coopératives entretiennent avec les autres acteurs institutionnels du champ de la santé. Après avoir rappelé l'influence des théories néo-institutionnalistes sur l'émergence du modèle coopératif en France dans le champ de la santé (I) et sa relative marginalité (II), nous discuterons son caractère alternatif comme réponse potentielle aux difficultés de ce secteur (III).

## **L'institutionnalisation du modèle coopératif français en question dans le champ de la santé**

Selon Artis, Demoustier et Lambersens (2012), la théorie néo-institutionnaliste peut être mobilisée pour définir la coopérative en tant « qu'institution socialement et historiquement construite sur la base de compromis socio-économiques ».

### **Institutionnalisme et déterminisme macro-structurel**

L'institutionnalisation des organisations et des champs institutionnels où elles évoluent s'envisage fréquemment du point de vue macro à partir duquel s'est constitué l'institutionnalisme américain, qui a puisé ensuite son inspiration au structuralisme développé en France par Bourdieu. En effet, bien que les croyances déterminantes dans la formation contingente des institutions émergent localement avant de se propager pour devenir des mythes collectifs comme le soulignent les fondateurs du nouvel institutionnalisme sociologique Berger et Luckmann (Berger et Luckmann, 1966) ; (Meyer et Rowan, 1977), l'analyse privilégie régulièrement la dimension macro-institutionnelle. La notion de logique institutionnelle en constitue une illustration significative. Les institutions ou les champs sont caractérisés par des valeurs et des significations partagées dont l'association particulière définit la logique qui en émane. En retour, la culture et les symboles associés à cette logique définissent les contours de l'action légitime des individus qui se situent dans l'espace du champ concerné. Par conséquent, la logique institutionnelle régule l'ensemble des actions des agents qui doivent s'y référer ; elle conditionne ainsi leurs choix compte tenu du capital culturel ainsi constitué (Bourdieu, 1981). Ainsi s'établit une logique de reproduction selon laquelle la notion de persistance est indissociable de celle d'institution et de routine institutionnalisée. Appliquant à lui-même son axiome central centrée sur la reproduction, l'institutionnalisme intègre une difficulté à penser la différence et le changement. Des travaux récents ont relevé de manière croissante ces éléments négligés par le déterminisme statique caractéristique de ce macro-structuralisme.

## Renforcement de l'institutionnalisme et changement

Le renforcement de l'institutionnalisme s'est effectué avec des contributions orientées autour de plusieurs axes privilégiant néanmoins le thème du changement institutionnel comme préoccupation récurrente. Comme on vient de le souligner, la version précédemment exposée traite en effet de manière marginale l'évolution des institutions, ce qui explique certaines des critiques dont elle est l'objet (Cooper, Ezzamel, et Willmott, 2008, p. 678). Une logique surplombante domine les organisations et les fait converger collectivement en raison du partage de leurs cultures symboliques via l'isomorphisme institutionnel. Cette présentation est apparue intenable en présence d'organisations et de champs institutionnels profondément évolutifs et également parce que certaines institutions hautement sophistiquées et historiquement installées avaient disparu, démentant factuellement le dogme de la persistance institutionnelle.

### Mécanismes de diffusion du changement institutionnel

Les explications causales pour rendre compte du changement institutionnel ont avancé dans plusieurs directions : le rôle du sens et du discours (Fligstein, 2006), le rôle des agents, des groupes d'agents et leur pouvoir (Greenwood, Suddaby et Hinings, 2002 ; Fligstein, 1996), les notions de « framing », c'est à dire de (re)structuration (Gray, Purdy et Ansari, 2015). En réalité, deux points communs réunissent les explications auxquelles nous limitons ici notre propos. D'une part, on voit se manifester ce que l'on pourrait qualifier de retour du micro à l'intérieur de l'institutionnalisme dont la focale initiale était essentiellement tournée vers les dimensions macrostructurelles. D'autre part, se développent des recherches qui examinent comment interagissent les différentes composantes dont la multiplicité même désigne un ensemble complexe (Greenwood, Raynard, Kodeih, Micelotta et Lounsbury, 2011). Les répercussions de ces interactions entre composantes ont été étudiées également au niveau des champs institutionnels (voir notamment (Fligstein et McAdam, 2012). Ceux-ci sont traversés par une pluralité de logiques, d'actions initiées par des entrepreneurs institutionnels. Dans ces conditions, les trajectoires des institutions et des champs sont susceptibles de connaître des évolutions inattendues (Kraatz et Block, 2008; Lounsbury, 2007).

Comme l'atteste l'histoire du secteur hospitalier, ce champ constitue aujourd'hui un ensemble d'institutions de natures variées, où les acteurs disposent d'un certain pouvoir pour faire évoluer les routines et orienter vers de nouvelles croyances susceptibles de s'institutionnaliser. Comment de nouvelles formes institutionnelles peuvent-elles émerger dans ce secteur et pourquoi les évolutions qui opèrent une (re)structuration de ce secteur ne peuvent-elles pas être considérées comme institutionnellement stables ? Avant d'illustrer ces aspects à propos des coopératives de santé, nous étudierons le rôle de la dimension micro dans le cadre d'un processus de structuration d'une institution et d'un champ ; la dimension nécessairement événementielle et contingente produite par l'interaction entre les dimensions macro et micro ; enfin, la possibilité d'une non-persistance des institutions.

La dimension micro comporte deux éléments principaux étroitement associés : l'entrepreneur institutionnel et le processus de diffusion de l'innovation initié au plan micro à l'ensemble de l'institution (framing ou structuration). Le rôle de l'entrepreneur institutionnel est décisif dans la mesure où son action modifie l'ordre routinier établi (Battilana, Leca et Boxenbaum, 2009 : 785). La diffusion à partir des agents vers le niveau macro suppose la constitution d'un cadre d'interaction entre agents (Goffmann, 1967, 1974) complété par un cadre d'interaction de liens faibles entre agents appartenant à des réseaux sociaux distincts (Granovetter, 1983). Ce processus de diffusion

est événementiel et contingent dans la mesure où c'est à partir des interprétations discursives des agents au cours de leurs interactions que s'actualise l'événement d'une modification de l'ordre institutionnel. La poursuite des interactions, ainsi que l'enchaînement des événements qui y sont associés, produit ou pas une nouvelle configuration institutionnalisée stabilisée, détentrice d'une logique identifiable et possédant une relative persistance.

Cette séquence permet de retracer l'histoire des coopératives de santé en France sans qu'il soit possible de préjuger de leur degré d'institutionnalisation effectif dans le champ de la santé, ce qui conditionne étroitement leur survie en tant que forme coopérative.

## **Les coopératives de santé en France : un modèle encore marginal**

### **Le modèle coopératif en France : entre équité sociale et stabilité**

Le développement des mouvements coopératifs s'est fait autour de trois âges (Bridault, 2012). Les premières générations de coopératives ont émergé « comme une réponse sociale au mal développement engendré par le capitalisme industriel dominant ». On assiste, aujourd'hui, à des « recompositions de mouvements coopératifs » avec l'émergence de nouvelles pratiques intercoopératives comme les SCIC (Société coopérative d'intérêt collectif), ou les coopératives de travail de professionnels, ou encore celles créées suite au rachat d'entreprises privées sans repreneurs. On observe en France cinq grandes familles de coopératives : les coopératives d'entreprises, d'utilisateurs ou d'usagers, de production, multisociétaires (SCIC) et les banques coopératives. Les secteurs phares des coopératives (comptabilisés en nombre) sont pour 41 % les services industriels, 33 % l'agriculture, 17 % le logement, 5 % les services bancaires, 3 % la consommation et 1 % les pharmacies.

Le modèle coopératif présente de nombreux avantages tout en garantissant une forme d'équité sociale (Bocquet et al., 2010) et a su démontrer sa stabilité (Chevallier, 2013). Pour Bocquet et al. (2010), les principes qui régissent les coopératives comme les mutuelles (partage démocratique des responsabilités et du pouvoir, réduction des inégalités dans le partage de la valeur ajoutée) favorisent l'équité sociale par un juste partage des responsabilités et du pouvoir entre les membres. De même, ce modèle contribue à réduire les inégalités par la limitation de la rémunération des apporteurs de capitaux ou en renforçant la solidarité entre les membres de ces structures. Néanmoins, elles doivent faire face à deux défis majeurs : concilier compétitivité et équité sociale ; concilier les exigences économiques avec le respect de l'environnement.

Le statut coopératif offre une plus grande stabilité que l'entreprise en tant que réseau de contrats, à la fois grâce à un mécanisme de prise de décisions tempéré et à une plus grande stabilité de l'ensemble des parties prenantes. En effet, le pouvoir n'est pas proportionnel aux capitaux détenus mais repose, avant tout, sur la confiance des membres (Chevallier, 2013). Chevallier (2013) souligne la présence « d'une culture de la stabilité » et une ancienneté plus importante dans l'emploi.

Face à ces multiples attraits, on peut s'étonner de la faiblesse du modèle coopératif en France dans le champ de la santé comme l'a révélé l'étude internationale des coopératives de santé (cf. CMHSC 14). Il ressort de cette étude la présence de deux formes coopératives dans le champ de la santé en France : SCOP (Société coopérative de production) et SCIC (Société coopérative d'intérêt collectif). On dénombre 4 SCOP françaises (Le CALME, l'Âge d'Or, Cosi et Se Pourta Ben) dans ce champ contre 7 SCIC (cf. CMHSC14 : 62-66). Une réflexion est actuellement menée en France

autour des SCIC comme outil potentiel de démocratie sanitaire. La présence des SCIC dans le secteur de la santé semble annoncer une amorce de débat. À côté des coopératives, d'autres initiatives voient le jour, inspirées du modèle belge des maisons de santé suite aux difficultés de mise en œuvre des réseaux de santé<sup>vii</sup>. Par exemple, peuvent être citées le cas des maisons de santé, appelées aussi maisons de santé pluriprofessionnelles. Il s'agit de personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, qui assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (art. L. 6323-3 du Code de la santé publique). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. Néanmoins, une difficulté demeure : l'absence de labellisation autorisant toute structure à utiliser le terme de « maison de santé ». On comptait en 2013 plus de 620 maisons et pôles de santé (coopération de plusieurs formes de groupements de santé sur un territoire) en France. Cette organisation participe à une meilleure répartition géographique des médecins et à offrir des soins dans une approche territoriale. Les résultats de l'évaluation des maisons de santé en France, menée par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la santé) 2014, font ressortir que ces regroupements stabilisent la démographie des professionnels et améliorent la qualité des soins à moindre coût<sup>viii</sup>.

À l'aide de la SCOP « Le CALME », on peut se rendre compte que le développement des SCOP dans ce secteur vise à répondre aux besoins non satisfaits et à pallier les conséquences d'une politique de santé publique cherchant à réduire la durée d'hospitalisation.

### Un retour d'expérience : Le C.A.L.M.E

L'étude est réalisée auprès d'une coopérative française en 2014 dans le cadre de l'étude internationale des coopératives de santé dans le monde<sup>ix</sup>, le CALME (Centre d'Action et de Libération des Malades Ethyliques). Le C.A.L.M.E est une entité unique portée depuis trente ans par l'engagement de 65 salariés répartis de façon à peu près égalitaire sur chacun des deux sites (Cabris dans les Alpes maritimes et Illiers Combray en Eure et Loire) comprenant médecins, psychologues, infirmiers, personnel administratif, cuisiniers et personnel d'entretien. Le centre de Cabris, Alpes Maritimes, est un centre de traitement de l'alcool-dépendance et autres addictions associées créé en 1981. La thérapie est essentiellement basée sur le principe de thérapie institutionnelle, qui élargit le champ des cures traditionnelles en y incorporant des principes organisationnels, architecturaux et relationnels, définis et exigeants, dans lesquels la parole des curistes, le contrat thérapeutique et la dimension groupale, y compris de l'équipe, sont au premier plan.

Ce cas unique en France permet d'apporter un éclairage sur la pertinence du choix du modèle coopératif dans le champ de la santé, et ce pour trois raisons :

L'établissement de Cabris est la seule clinique de France gérée en coopérative. Avec un modèle d'économie sociale et solidaire, l'objectif de la SCOP (société coopérative et participative) n'est pas l'enrichissement des actionnaires mais l'existence d'un outil de travail efficient au service de la qualité des soins. L'établissement d'Illiers-Combray, malgré sa forme juridique de SARL (société à responsabilité limitée), applique un mode de fonctionnement reposant sur l'esprit coopératif emprunté à la clinique SCOP.

Cette entité a développé une façon originale de soigner les malades alcooliques. En effet, centrée sur la thérapie institutionnelle, la cure associe le sevrage et les activités thérapeutiques de manière

cohérente, en se basant sur une position humaniste. Plus de 17 000 patients ont pu en bénéficier depuis la création des centres.

Le travail mené par le CALME a fait l'objet d'une reconnaissance, à partir de l'évaluation du devenir des patients par la Haute Autorité de Santé, qui a classé leur mode de thérapie en « action exemplaire ».

Dans chaque établissement, les dirigeants de la structure sont avant tout des soignants qui partagent l'esprit coopératif et en appliquent les valeurs et principes. La prise de décision ainsi que l'échange d'information se fait au travers de différents comités qui se rassemblent à intervalles réguliers (de 3 à 4 fois par an le plus souvent), comme la Commission Médicale d'Etablissement (CME) rassemblant médecins et pharmaciens ; le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD); la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRU), entre autres.

Les patients parlent du centre de Cabris comme de leur « maison ». Sur place, rares sont les lieux qui laissent penser que l'endroit est une clinique. Tout est fait pour que le processus thérapeutique se démarque d'un passage dans un centre de désintoxication traditionnel. C'est un endroit où le personnel encadrant connaît personnellement les résidents. Tout le monde se tutoie et le port de la blouse blanche n'est pas de rigueur, ce qui renforce la complicité des patients avec le personnel soignant. Ceci peut parfois même constituer un challenge, comme l'explique le directeur Bruno Perez : « Mais quand on n'est plus protégé par le vouvoiement et par la blouse blanche, il y a le risque que les soignés attendent trop de proximité. C'est un énorme boulot que de rester à la bonne place, c'est l'une des raisons pour lesquelles très peu d'établissements fonctionnent comme nous ». Il ajoute que : « L'objectif est de bâtir, avec des patients souvent accablés de honte et de culpabilité, des relations d'égal à égal ». Ainsi, la dimension coopérative se retrouve aussi bien dans les objectifs des centres que dans le comportement de ses salariés.

Il y a 2 ans, le groupe de cliniques a été menacé de fermeture du fait d'une tarification inadaptée à la spécificité de la thérapie appliquée, exigeant un temps important d'accompagnement des malades. Mais l'organisme de tutelle, au regard notamment du taux de réussite de la thérapie et du faible taux de récurrence des malades, a revu le prix de journée et il y a eu maintien des activités.

Pour comprendre la spécificité de CALME ainsi que les raisons de sa réussite, il faut s'interroger sur le contexte de sa création. Ses fondateurs, trois jeunes thérapeutes salariés d'une clinique privée, souhaitent dès 1974 expérimenter une thérapie nouvelle basée sur l'écoute du malade éthylique afin de soigner « autrement ». Le directeur de la structure soutient le projet : « c'était un homme ouvert, humain et intelligent ». Le succès de la thérapie est rapide mais, après quelques années, l'actionnaire majoritaire de la clinique en demande l'arrêt car elle génère trop de frais de personnel. Le directeur et certains thérapeutes s'y opposent et sont pour ce fait licenciés. Malgré les difficultés financières, ils restent soudés afin de créer leur propre structure pour y appliquer librement la thérapie institutionnelle. Après deux ans de démarches, la clinique de Cabris ouvre avec un planning d'une année de cures déjà réservées par des patients convaincus des effets de la thérapie appliquée. Les fondateurs présentent le choix de la structure SCOP comme une réaction à ce qu'ils ont vécu : « On ne voulait plus que le pouvoir de faire ou de ne pas faire soit entre les mains d'un actionnaire majoritaire ». L'un d'entre eux, considéré comme l'un des leaders, influencé par le courant humaniste et démocratique issu des événements de mai 1968 en France, se souvient : « nous avons cherché une structure juridique dans laquelle la voix de chacun a son importance, le même poids dans la prise de décision. Alors ça nous plaisait bien l'idée de SCOP, un homme une

voix, le partage de la participation et de l'intéressement pour tout le monde, l'élection du conseil d'administration et de son président, on aimait bien ce système-là, cette idée-là. En plus ça collait très bien avec le travail de psychothérapie institutionnelle, où c'est un travail d'équipe où les patients ont sacrément la parole puisqu'en fait, c'est nous qui guidons leur cure mais c'est eux qui font le travail, et ils ont le droit de contester notre façon de travailler et de s'exprimer ».

La composition du Conseil d'administration reflète l'idéologie, puisqu'on y trouve des soignants mais également des administratifs et du personnel des services techniques. Lors des embauches successives de personnel, une attention toute particulière est systématiquement portée aux qualités humaines des candidats et le système de la cooptation est utilisé. Cependant, au fil des années, les fondateurs deviennent un peu moins idéalistes en constatant que si la SCOP est « la meilleure ou la moins mauvaise des formes de gestion, pour autant elle n'est pas idéale non plus, car ce n'est pas la forme juridique qui fait l'être humain, c'est l'inverse. Même dans une SCOP il y a des jalousies, et même si c'est notre maison et que l'on rame tous dans la même direction, il y en a qui rament plus ou moins fort et d'autres qui font semblant de ramer, parfois ».

C'est pourquoi, lors de la création de la deuxième clinique en 1993, une forme juridique plus simple est retenue : la SARL, mais avec une gestion dans le respect de « l'esprit coopératif et humaniste ». Pour en assurer la pérennité, il est décidé que les trois fondateurs historiques recevront 51 % du capital, le solde étant attribué également aux autres salariés coopérateurs de la clinique de Cabris. La direction est confiée à une psychologue issue de la clinique de Cabris, très attachée à l'esprit coopératif et au management participatif. À ce jour, on observe que les salariés de la SARL sont très impliqués, « très esprit coopératif et cela nous a convaincu que ce qui compte, c'est l'état d'esprit qu'on fait régner et qui diffuse à tous les niveaux, la confiance, le dialogue, l'écoute, la transparence, s'il y a une vraie gestion démocratique et bien en fait, c'est ça l'essentiel, la morale des dirigeants, l'état d'esprit dans le choix des embauches, dans le relationnel au quotidien ».

Dans les centres de CALME, la diffusion de l'esprit coopératif passe notamment par des réunions de partage. Il y a la réunion hebdomadaire avec tous les salariés, où sont évoqués le cas de chaque malade mais aussi les problèmes d'investissements, de salaires, etc. Mais également la réunion générale du jeudi après-midi ouverte aux salariés, aux malades, aux familles, à des soignants d'autres cliniques, des extérieurs, où « on parle de la cure, de ce qui se passe dans la maison, comment ça fonctionne, ce qui fonctionne bien ou mal, chacun peut s'exprimer librement, s'excuser face à une maladresse, on essaye de trouver des solutions d'amélioration, donc c'est vraiment un travail en commun ».

Les conséquences observables sont un roulement de personnel très faible, un climat social très bon, une absence systématique de candidats aux élections de délégués du personnel : « les gens nous disent, mais pourquoi être délégué, ça ne sert à rien, on m'écoute, je participe au fonctionnement de l'entreprise, personne n'est syndiqué, je fais partie de la bande donc on m'écoute, j'ai mon mot à dire, je peux influencer les décisions et il y a constat de carence dans les deux établissements ».

Cette étude met en lumière deux apports principaux. Le premier porte sur le rôle des entrepreneurs et de leur attachement aux valeurs humanistes dans le succès de la SCOP en réaction au cadre institutionnel. Le second concerne la mise en perspective des difficultés d'essaimage du modèle questionnant la réalité de son caractère alternatif.

## Les coopératives de santé : un modèle alternatif ?

La problématique posée dans le cadre de cette communication, à savoir la considération de la coopérative comme un modèle alternatif entre le modèle centralisateur initié par l'État et le modèle privatisé pur, conduit à discuter à la fois la question de l'évaluation du modèle coopératif et les difficultés de son essaimage dans le secteur de la santé.

### **Les préalables à la constitution d'un cadre d'interaction entre les acteurs du champ : l'évaluation du modèle coopératif**

Le champ de la santé a également subi l'influence de la doctrine du New Public Management (NPM). Rolland et Sicot (2012) soulignent que les recommandations de « bonne pratique de santé » prenant la forme d'introduction de nouveaux outils de gestion, en vue d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, sont diffusées, en France, par les agences sanitaires pour réguler les pratiques de la médecine libérale et sont fortement empreintes de la doctrine du NPM. Le même constat est fait par Malherbe (2013) au sujet de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (Hpst), qui reprend « nombre d'arguments du NPM en liant a priori la légitimité sociale et le discours sur l'efficacité économique ». Les outils de gestion s'appuyant sur les principes du NPM créent une ambivalence, c'est-à-dire une ambiguïté entre les moyens mis en œuvre et les finalités recherchées (Martineau, 2014).

Dans ce contexte, il est aisé de comprendre que la transposition d'outils, de démarches ou de règles du secteur privé lucratif est source de tensions et d'incompréhensions en raison de son inadéquation aux finalités des activités de la santé. Il est alors nécessaire d'inventer de nouveaux outils de gestion adaptés à la logique du secteur. Bernoux (2009) propose, au travers de la question de l'évaluation de la performance de l'action sociale, une orientation selon un tryptique « cohérence/pertinence/efficacité » de manière à évaluer la performance sociale (et non économique) des organisations de l'action sociale. Cette approche offre de nouvelles perspectives de reconnaissance des résultats sur les territoires par les organisations de l'économie sociale et solidaire (ESS) et de l'action sociale et peut être une piste à explorer pour mesurer l'utilité sociale du modèle coopératif dans le champ de la santé. En effet, l'absence de mesure de la performance sociale de ces structures freine, par manque de reconnaissance (comme l'illustre le cas du CALME), la diffusion du modèle coopératif sur les territoires.

### **Le possible essaimage du modèle coopératif dans le secteur de la santé ?**

En 2002, Girard et Vézina soulignent le caractère doublement innovant des coopératives québécoises dans le secteur de la santé à la fois sur le plan institutionnel (par l'adoption d'un modèle de propriété collective en multisociétariat) et sur le plan organisationnel (par une gouvernance démocratique et ouverte aux intéressés favorisant une approche intégrée et une plus grande pertinence des actions au sein de la communauté). Selon ces auteurs, l'organisation collective « combine l'esprit entrepreneurial typique du secteur privé avec une logique d'action collective qui converge vers l'intérêt général caractéristique des entreprises publiques ».

Par analogie, les coopératives de santé en France peuvent également être considérées comme des innovations sociales et se rapprochent de la définition proposée par Harrison et Vézina (2006), pour qui « les innovations sociales concernent la coordination de relations entre les acteurs sociaux dévolus à la résolution de problèmes socio-économiques en vue d'une amélioration des performances et du bien-être des collectivités ». L'innovation sociale serait avant tout une réponse nouvelle apportée à une situation sociale jugée insatisfaisante. Elle conduirait à la mise en place de formes de solidarité et de coopération entre les acteurs (Richez-Battesti, 2009). Le cas du

CALME correspond bien à cette vision et répond aux quatre grands principes retenus par le CSESS (Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire) (cf. Tableau 1).

Aujourd'hui, l'étude menée sur la France met en lumière une difficulté : celle de l'institutionnalisation de cette innovation sociale. Comment expliquer la très grande faiblesse de l'essaimage du modèle coopératif en France ? L'institutionnalisation constitue l'étape ultime du processus d'innovation sociale en vue de pérenniser la nouveauté (Bourque et al, 2007). Par cette notion d'institutionnalisation, il s'agit de rendre compte des processus par lesquels l'action collective en vient à cristalliser le fruit des entreprises d'innovation sociale impulsées par les acteurs significatifs du champ. En cela, l'innovation sociale est considérée comme le fruit d'une construction sociale (Berger et Kellner, 1988). Bourque et al. (2007) apporte un début d'explication en recensant six leviers à l'institutionnalisation de l'innovation sociale sur un territoire. Le premier porte sur le fort engagement des initiateurs se traduisant par leur énergie et la passion pour le projet. Le deuxième facteur, proche du premier, est constitué par la détermination des promoteurs à franchir les obstacles. Le troisième renvoie à une certaine souplesse des bailleurs de fonds qui acceptent de travailler en transgressant, d'une certaine manière, les règles. Le quatrième est proche du troisième en ce sens qu'il repose, dès le départ, sur un financement important. Le cinquième facteur s'appuie sur l'implication des personnes directement concernées par des problèmes sociaux. Enfin, le sixième facteur concerne le soutien du milieu ou de certains partenaires.

Comme cela a été évoqué en première partie de cette contribution, le développement d'une institution repose d'abord sur la croyance socialement partagée en la légitimité et l'efficacité de ladite institution (Berger et Luckman, 1966). L'importance du rôle de l'entrepreneur institutionnel et de la diffusion à partir des agents vers le niveau macro suppose, avant tout, la constitution d'un cadre d'interaction entre les agents. Il est nécessaire, comme le stipulait l'institutionnalisme politique, de créer les conditions permettant le processus de diffusion de l'innovation initiée au plan micro à l'ensemble de l'institution (framing ou structuration), en cherchant à assouplir les règles législatives d'accès au financement (la loi du 31 juillet 2014 sur l'Économie sociale et solidaire semble aller en ce sens – Titre V), et de favoriser la sensibilité sociale face à certains problèmes sociaux (Bourque, 2007). L'une des pistes envisagée serait de favoriser une participation accrue des bénéficiaires mais aussi des salariés et partenaires (sur le modèle développé par la coopérative française Le CALME), se rapprochant davantage du mode de fonctionnement de la SCIC.

## Conclusion générale

Cette communication invite le lecteur à s'interroger sur le caractère alternatif du modèle coopératif comme piste de réflexion pour la refonte du système de santé français. Il ressort de l'étude menée que le modèle coopératif dans le champ de la santé reste très marginal en France (contrairement à nos voisins européens ou au modèle québécois), alors qu'il est reconnu comme un modèle stabilisateur (Chevallier, 2013) et source d'équité sociale (Bocquet et al., 2010). Cet article sur Le CALME, rare coopérative de santé en France, montre que ce modèle répond aux caractéristiques de l'innovation sociale (au sens des critères du CSESS) et offre de vraies perspectives de structuration du système de soins en intégrant l'ensemble des parties prenantes de façon à proposer une réponse plus adaptée aux besoins des territoires et populations. Néanmoins, la difficulté de l'essaimage et de l'évaluation de la performance du modèle coopératif, dans le champ de la santé, ne permet pas à ce modèle de quitter son stade expérimental, même s'il est très prometteur, pour s'imposer comme une alternative au modèle centralisateur initié par l'État et au modèle privatisé pur. Il est peut-être temps de transformer « l'essai ».

**Tableau 1 : LE C.A.L.M.E : une coopérative innovante**

4 Principes de l'innovation sociale retenus par le CSESS	Le C.A.L.M.E
Une réponse à des besoins sociétaux peu ou pas couverts	Création en 1981 pour permettre la pratique de la thérapie institutionnelle dans le cadre du traitement de l'alcoolisme.
Une approche multidimensionnelle	Approche multidimensionnelle dans la démarche thérapeutique mais également organisationnelle par le choix du modèle coopératif.
Un modèle de gouvernance multi-partie prenante	Intégration d'une logique multi-partenariale par la création d'un projet associant les familles, les patients et les salariés de la structure de manière à répondre aux besoins de la prise en charge (réduction des coûts à long terme).
Un ancrage territorial fort	Tentative d'essaimage sur le territoire français (mais faible) et reconnaissance de la réussite du modèle au niveau national.

## Bibliographie :

- Artis, A., D. Demoustier et S.Lambersens (2012). « La coopérative, une entreprise socio-marchande ? », Sommet international des coopératives.
- Battilana, J., B. Leca et E. Boxenbaum (2009). « 2 How Actors Change Institutions: Towards Theory of Institutional Entrepreneurship », *Academy of Management Annals*, 3(1), p. 65-107.
- Berger, P. et H.Kellner (1988). « Le mariage et la construction de la réalité », *Dialogue*, n° 102, p. 6-23.
- Berger, P. L. et T. Luckmann (1966). « *The Social Construction of Reality* », Londres, Penguin Books.
- Bernoux, J.-F. (2009). *Évaluer la performance de l'action sociale*, Malakoff, Dunod, 160 p.
- Bocquet, A.-M., H. Gérardin et J. Poirot (2010). « Economie sociale et solidaire et développement durable : quelles spécificités pour les coopératives et les mutuelles ? », *Géographie, économie, société*, 2010/3, vol. 12, p. 329-352.
- Bourdieu, P. (1981). « La représentation politique — éléments pour une théorie du champ politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 36 (1) p 3-24.
- Bourque D., Proulx J., Fréchette L. (2007), *Innovations sociales en Outaouais*, Rapport de recherche, série recherches, n°13, novembre.
- Bridault, A. (2012). « Les trois âges des mouvements coopératifs », Sommet international des coopératives.
- Chevallier, M. (2013). « Le statut coopératif : un stabilisateur garant de l'entreprise comme institution », *Revue Française de Socio-Economie*, 2013/2, n°12, p. 231-242.
- Cooper, D., M. Ezzamel et H. Willmott (2008). « Examining 'Institutionalization': A Critical Perspective », dans R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin-Andersson, et R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, London, Sage, p. 673-701.
- Fligstein, N. (2006). « Sense Making and the Emergence of a New Form of Market Governance: The Case of the European Defense Industry », *American Behavioral Scientist*, 49(7), p. 949-960.
- Fligstein, N. (1996). « Markets as Politics: a political-cultural approach to market institutions », *American Sociological Review*, 61, 656-673.
- Fligstein, N. et D. McAdam (2012). *A Theory of Fields*. New-York, Oxford University Press.
- Girard, J.-P. et M.Vézina (2002). « Les entreprises collectives dans le secteur de la santé : innovation institutionnelle et innovation organisationnelle », *Gestion* 2002/3, Vol. 27, p.44-52.

- Granovetter, M. (1983). « The strength of weak ties: A network theory revisited », *Sociological theory*, 1(1), p. 201-233.
- Gray, B., J. M. Purdy et S. S. Ansari(2015). « From interactions to institutions: Microprocesses of framing and mechanisms for the structuring of institutional fields », *Academy of Management Review*, 40(1), p. 115-143.
- Greenwood, R., M. Raynard, F. Kodeih,E. Micelotta et M. Lounsbury(2011). « Institutional Complexity and Organizational Responses ». *Academy of Management Annals*, 5(1), p. 317-371.
- Greenwood, R., R. Suddaby et C. R. Hinings (2002). «Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields », *Academy of Management Journal*, 45(1), 58-80.
- Hébert. R. et M.-C.Prémont (2010). « Les coopératives de santé : entre compétition commerciale et solidarité sociale », 44-3, *R.J.T.* 273, p. 273-323.
- Kraatz, M. et E. Block (2008). *Organizational Implications of Institutional Pluralism*, in R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin-Andersson et R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, London, Sage, p. 243-276.
- Leca, B., L-E. Cuenca Botey et P.Naccache (2010). « Lutte contre la pauvreté et innovation organisationnelle – le cas de l’incubateur de coopératives populaires à Rio de Janeiro », *Revue Française de Gestion*, 2010/9-10, n° 208-209, p. 83-99.
- Lounsbury, M. (2007). « A tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds», *Academy of Management Journal*, 50(2), p. 289-307.
- Malherbe, D. (2013).«De la responsabilisation du système de santé selon la réforme HPST: la loi, le discours et l’éthique », *Vie & Sciences de l’entreprise*, 2013/3, n°195-196, p. 117-143.
- Martineau, R. (2014). «Proposition d’une grille d’analyse de l’usage des outils de gestion:application à un outil de reporting hospitalier », *Gestion et Management public*, 2014/2, Vol. 2/ n°4, p. 21-43.
- Meyer, J. et B. Rowan (1977). « Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony », *American Journal of Sociology*, 83, p. 340-363.
- Richez-Battesti, N. etD. Vallade (2009). « Économie sociale et solidaire et innovation sociale : premières observations sur un incubateur dédié en Languedoc Roussillon », *Innovations*, 2, n° 30, p. 41-69.
- Rolland, C. et F.Sicot(2012). « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, 2012/3 (n°3), p. 53-75.
- Routelous,C., I. Vedel et L. Lapointe (2011).«Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, 2011/7, n°47, p. 147-164.

---

## Notes de fin

### <sup>1</sup>Laëtitia LETHIELLEUX

Maître de conférences en sciences de gestion,  
 Université de Reims, Champagne-Ardenne (URCA)  
 Laboratoire REGARDS (EA 6292)  
 Titulaire de la Chaire ESS URCA  
 Adresse : 57, bis rue Pierre TAITTINGER 51096 Reims cedex  
 Tél : 06.84.38.35.54  
[laetitia.lethielleux@univ-reims.fr](mailto:laetitia.lethielleux@univ-reims.fr)

### <sup>2</sup>Maryline THENOT

Professeure associée  
 Responsable du département finance  
 NEOMA Business School  
 Membre de la Chaire ESS URCA  
 Tél : 06.62.13.50.07  
[maryline.thenot@neoma-bs.fr](mailto:maryline.thenot@neoma-bs.fr)

### <sup>3</sup>Xavier DEROY

Professeur/HDR Stratégie  
 Directeur Masternova  
 Chair Research Committee  
 NEOMA Business School

---

i <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/indicateurs-indices/f/1935/1339/renoncement-soins-raisons-financieres.html>

ii Données statistiques de la Direction de la Recherche, des études, de l'Évaluation et statistiques, rapport 2014.

iii Statistiques de l'OCDE pour la santé, 7 juillet 2015

iv Réseaux de santé : groupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). Ils sont organisés sous la forme associative (loi 1901). En 2011, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins).

v Panorama sectoriel des entreprises coopératives – top 100 des entreprises coopératives, 2012.

vi Les Sociétés coopératives d'intérêt collectif sont des sociétés anonymes ou des sociétés à responsabilité limitée à capital variable régies, sous réserve des dispositions de la présente loi, par le Code de commerce. Elles ont pour objet la production ou la fourniture de biens et de services d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale (Loi 2001-624 du 17 juillet 2001).

vii Guide méthodologique – Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Direction générale de l'offre de soin, octobre 2012.

viii [www.ffmps.fr](http://www.ffmps.fr)- Fédération des maisons et des pôles de santé

ix La Chaire ESS URCA-NEOMA BS a participé à CMHSC 14 en tant que référent pour la France et la Belgique.

x <http://www.lagedefaire-lejournal.fr/une-clinique-cooperative-pour-liberer-les-alcooliques/>

## Remerciements

Un chaleureux merci à notre comité scientifique et nos évaluateurs pour leur rigoureux travail dans le cadre de l'appel à communications et du processus d'évaluation des articles. Merci bien sûr aux nombreux auteurs qui ont répondu à l'appel à communications et soumis leur travail.

## Comité scientifique

Marie-Claude Beaudin, Chaire de coopération Guy-Bernier, ESG-UQAM (Coordonnatrice)  
Pascale Château Terrisse, Maître de conférences, Université Paris-Est, IRG  
Pénélope Codello, Professeure, HEC Montréal  
Fabienne Fecher, Professeure, Université de Liège  
Sylvie Guerrero, Professeure, ESG-UQAM (Présidente)  
William Sabadie, Professeur, Université Jean Moulin Lyon  
Claudia Sanchez Bajo, IUSS Pavia University

©Sommet international des coopératives  
[www.sommetinter.coop](http://www.sommetinter.coop)

ISBN : 978-2-9813483-6-4

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Nationales du Québec, 2016

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Nationales du Canada, 2016

## Référence :

Lethielleux, Laetitia., Thenot, Maryline., Deroy, Deroy. 2016. Restructuration du champ de la santé en France et expérience des coopératives de santé. Lévis : Sommet international des coopératives, 17 p.