



LES AMBIGUÏTÉS DE LANGAGE COMME LE REFLET DE L'AMBIGUÏTÉ CULTURELLE : UNE DIMENSION OUBLIÉE PAR LES ÉTUDES CONSACRÉES AUX CULTURES ORGANISATIONNELLES ?

EN QUÊTE DE THÉORIE

Le langage apparaît comme un des principaux vecteurs de la culture d'entreprise permettant l'adoption de comportements valorisés par les directions. Cependant, son usage comme sa compréhension ne sont pas exempts d'ambiguïté. Et, à ce titre, le langage est porteur des ambiguïtés propres à la culture de l'entreprise. Or, la culture d'entreprise est souvent analysée en sciences de gestion comme un élément réducteur d'ambiguïté, car elle est porteuse de cohérence entre les dimensions idéale et pratique. Placer les ambiguïtés de langages, et donc l'ambiguïté de la culture de l'entreprise, au cœur de notre analyse nous permettra d'expliquer comment une culture organisationnelle peut évoluer concomitamment à l'utilisation, par les différents acteurs (le personnel comme la direction), de ces ambiguïtés comme ressources leur permettant de justifier leurs pratiques.

Par **Jennifer URASADETTAN***

* Maître de conférences en sciences de gestion, Université de Rennes 2.



Les changements affectant les organisations productives et l'apparition de nouvelles configurations organisationnelles confèrent désormais au langage une portée stratégique en devenant un support de « l'intelligence collective » (GROSJEAN et LACOSTE, 1999). Le langage, par le biais des expressions, des récits et des mythes valorisés au sein de l'organisation, apparaît comme l'un des principaux supports de la culture d'entreprise, que la direction essaye de s'approprier et d'institutionnaliser (GODELIER, 2009) *via* un projet d'entreprise ou un « management par les valeurs ». Cette institutionnalisation est nécessaire pour la direction, car elle est susceptible de permettre de diffuser des « évidences partagées qui guident le comportement des individus dans l'entreprise » (DEGOT, 1985). Ainsi, le personnel de la clinique mutualiste que nous avons étudiée (qui a été rachetée en 1999 par un autre groupe mutualiste) fait l'objet, de la part de sa nouvelle direction, d'un véritable bombardement sémantique visant à y diffuser « l'esprit mutualiste ». À partir de l'étude d'entretiens réalisés avec la direction et le personnel, qu'est venue compléter une analyse documentaire, nous verrons dans quelle mesure cet « esprit mutualiste » est partagé par le personnel.

L'objectif de cet article est de montrer, à partir de l'analyse de la production langagière développée au sein d'une organisation, que la culture d'entreprise telle qu'elle est classiquement analysée en sciences de gestion néglige l'étude de l'ambiguïté inhérente à chaque culture. Or, toute culture est par essence ambiguë (FELDMAN, 1991) et cette ambiguïté se retrouve dans le langage utilisé au travail soit dans l'imprécision voulue des termes employés, soit dans l'interprétation qui en est faite.

L'ambiguïté langagière reflète la complexité d'une culture organisationnelle. Elle peut être considérée comme une ressource et, à ce titre, peut être recherchée par les membres de l'organisation (que ceux-ci fassent partie de sa direction ou de son personnel).

Plus largement, cette recherche met en évidence la dimension de construit social de la culture organisationnelle et invalide la vision normative d'un « esprit mutualiste » uniforme et partagé par l'ensemble du personnel, indépendamment des divers contextes locaux.

ESPRIT MUTUALISTE, ES-TU LÀ ?

Présentation du terrain de recherche et de la méthodologie

L'hospitalisation privée représente près de 40 % de l'activité de l'ensemble des établissements de santé et un quart des activités totales d'hospitalisation en

France (1). Du fait d'investissements croissants dans les plateaux techniques et de la progression ralentie de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la concurrence entre cliniques s'est intensifiée et a accéléré la concentration du secteur. Quarante groupes de cliniques comportant de cinq à quinze établissements (2) rassemblent ainsi 58 % des entités juridiques. Cinq groupes sont constitués à l'échelle nationale et une vingtaine le sont à l'échelle régionale.

Sur les 1 847 cliniques privées dénombrées en 2011 par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère des Affaires sociales et de la Santé (DREES), 700 sont à but non lucratif et 111 sont des cliniques mutualistes (3).

Face à cette concurrence exacerbée, le statut mutualiste apparaît comme un gage d'attractivité pour les patients comme pour le personnel. En effet, les cliniques mutualistes ne sélectionnent pas leurs patients et ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Dans un contexte d'inégalité croissante dans l'accès aux soins, elles peuvent constituer un rempart contre le développement d'une médecine à deux vitesses et trouver là une occasion de légitimer leur socle éthique auprès des patients. Véhiculer l'esprit mutualiste tant auprès du personnel qu'auprès des patients est donc devenu un enjeu pour les dirigeants du groupe. Notre objectif, au fil de cet article, est d'étudier dans quelle mesure cet « esprit mutualiste » se diffuse au sein d'une clinique mutualiste qui, rachetée en 1999 par un groupe mutualiste, devait *a priori* déjà en être dotée.

La clinique étudiée est localisée dans une ville de 120 000 habitants située au cœur d'une région rurale et viticole. Fondée en 1951 par la mutuelle locale, elle s'ouvre à partir de 1970 aux non adhérents à celle-ci. En 1999, l'établissement est racheté par un autre groupe mutualiste, mais cela n'a pas d'impact sur l'organisation de la structure, ni sur le travail quotidien du personnel : « *Et puis..., on a changé de directeur combien de fois ? Ça ne nous a pas changé grand-chose. Vous savez, quand il y a un nouveau directeur, on sait qu'il ne va pas rester 30 ans dans la boîte. [...] C'est l'évolution qui a voulu... C'est la clinique... Elle en verra d'autres !* » (responsable RH).

Cette clinique compte 87 lits. Le personnel, au nombre de 270 et d'une ancienneté moyenne de 12 ans, est principalement originaire de la région. Celle-ci se caractérise par son fort ancrage mutualiste : afin de se prémunir contre les risques de santé, les viticulteurs se

(1) Sources : DREES, SAE 2011.

(2) « Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins », rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales, *La Documentation Française*, septembre 2012.

(3) Source : La Mutualité Française.



sont progressivement regroupés en mutuelles de villages au cours du XIX^e siècle, et sont à l'origine de la fondation de la clinique objet de notre étude.

Après le rachat de la clinique, la nouvelle direction a fortement communiqué sur la nécessité, pour le personnel, de partager et de diffuser l'« esprit mutualiste ». Afin d'étudier dans quelle mesure cet « esprit mutualiste » existe dans le personnel, nous avons procédé à 14 entretiens semi-directifs. Les trois corps de métiers du personnel ont été interviewés (6 agents du corps administratif, 3 du corps médical et 5 du corps soignant). Dans un souci d'exhaustivité, nous avons interrogé des personnes ayant toujours exercé au sein de la clinique, des personnes justifiant d'une ancienneté assez importante (entre 12 et 20 ans) mais ayant travaillé ailleurs avant d'intégrer la clinique, et du personnel embauché après le rachat et venant d'une structure à but lucratif.

Après leur avoir demandé de décrire leurs parcours professionnels respectifs, nous leur avons demandé en quoi cette clinique leur paraissait spécifique dans son fonctionnement comme dans son positionnement, et quels effets le rachat avait eus pour cette spécificité. Ces interviews ont été complétées par l'étude de documents officiels (livrets d'accueil, communiqués), de documents internes (comptes rendus de réunion), et par une observation non participante (notamment des personnels administratifs et des soignants).

Les données recueillies ont fait l'objet d'un regroupement thématique autour des notions les plus fréquemment citées. Ces regroupements, ou « zones de consensus », ont par la suite été spécifiés par répondant en fonction de son corps de métier d'appartenance (administratif, médical, soignant) et de son ancienneté moyenne (prise de fonctions avant, ou après le rachat). L'étude de documents internes (discours de la direction, notes de service) et de supports de communication (textes de communications officielles, livrets d'accueil) nous a permis de mettre en évidence les récurrences sémantiques existant au sein de l'établissement, entre direction et personnel. L'analyse des données récoltées montre que l'« esprit mutualiste » peut être décrit selon trois axes.

Présentation des résultats : les trois acceptions de l'« esprit mutualiste »

Un premier niveau d'analyse : les consensus entre la direction et le personnel

Le premier type de consensus mis en évidence par l'analyse thématique des interviews et des documents correspond à une perception classique de la culture d'entreprise, c'est-à-dire comme un ensemble d'éléments qui, s'ils sont intériorisés, confèrent une même interprétation de l'organisation et de son environnement. Ici, les consensus identifiés regroupent à la fois

la direction et les membres du personnel, et semblent valider la vision que la direction a cherché à diffuser dès son arrivée. Ainsi, les réunions de personnel, les assemblées générales incluant l'ensemble des adhérents à la mutuelle propriétaire de la clinique, les documents internes ou encore le livret d'accueil de la clinique mentionnent des valeurs de « solidarité » et de « partage » se traduisant par une « égalité dans l'accès aux soins » et par la pratique du « non dépassement d'honoraires ».

Afin de décrire l'« esprit mutualiste », le directeur de l'établissement évoque un « supplément d'âme » qui se traduirait par « une reconnaissance des hommes et des structures ». Cette dimension démocratique (un homme égale une voix) ne concerne cependant que la mutuelle propriétaire de la clinique, mais pas la clinique elle-même, ni son fonctionnement. Le directeur précise également que, par opposition aux cliniques à but lucratif, la priorité est donnée à la qualité des soins prodigués plutôt qu'à la rentabilité : « *Le mutualisme, pour moi, c'est tout ce qui se rattache aux valeurs de solidarité (...). En fait, le mutualisme, pour être plus précis, découle d'une longue tradition humaniste, (...) cette même tradition qui donne à l'homme la première place et qui, en même temps, lui confère une mission particulière... Si vous voulez, au centre de tout, il y a un respect de la personne, dans le mutualisme, et ça a une incidence bien concrète sur la clinique, sur son organisation* ».

Ces différents termes sont également repris par le personnel, indépendamment du corps d'appartenance (administratif, soignant, médical). La « solidarité » et le « partage » font d'ailleurs l'objet de récits de la part du personnel qui, pour une grande majorité, est né et a grandi dans la commune, et est donc largement imprégné de l'histoire locale : « *Je suis rentré à la clinique en 1971 et c'était déjà une clinique mutualiste au départ, créée par des dons des mutualistes du département. La mutuelle avait un impact important dans chaque département, parce qu'il y avait des représentants, dans chaque village, pour payer la "complémentaire" (...). Donc, cette clinique a été créée par des dons ; [à l'origine], il n'y avait qu'un étage, et puis, après, elle a grandi...* » (agent de facturation 1).

Dans sa grande majorité, le personnel connaît l'histoire de la clinique. Ce fait s'explique essentiellement par son ancienneté moyenne (12 ans), par son localisme (les personnes interviewées sont nées et ont grandi dans la région ou dans les villages alentours), et, enfin, par sa qualité d'adhérent et de fils d'adhérents à une mutuelle. Des récits se transmettent de génération en génération, décrivant la clinique comme la propriété des adhérents : « *Les vrais mutualistes qui viennent là, ils disent : "J'ai un bout de pierre à moi, ici". Ils le disent, mais..., vraiment, du fond du cœur. Et dans d'autres établissements, ailleurs, ça ne se passe pas [ainsi]. C'est ça, l'esprit mutualiste* ». (infirmière Service médecine 1).



L'idée de l'égalité dans l'accès aux soins (fortement mobilisée dans les plaquettes de la clinique) apparaît également au cours des entretiens, toujours indépendamment du métier de la personne interviewée. Cette égalité d'accès se traduit par une absence de discrimination entre les patients par l'argent, par opposition aux cliniques privées à but lucratif : « *C'est ouvert à tout public. C'est un peu comme à l'hôpital, quoi. On accepte tout genre de public, ce qui n'est pas le cas des cliniques privées. Et, non ! Je pense que c'est plutôt cette force qui nous fait...* » (responsable des Ressources humaines).

La pratique la plus emblématique de la clinique, celle qui est la plus couramment citée et développée dans le livret d'accueil et dans les communiqués, est le non dépassement d'honoraires. Cette pratique unanimement citée par le personnel comme spécifique sur un plan éthique est la manifestation objective du principe de l'égalité dans l'accès aux soins et de la non-discrimination entre les patients. Elle est plébiscitée, car elle incarne une certaine idée d'une offre de santé accessible à tous. Selon le directeur, « *Concrètement, la clinique a un fonctionnement purement mutualiste, c'est-à-dire que nos médecins ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires, ils sont soumis aux tarifs conventionnés.* »

Cette vision est aussi partagée par le personnel : « *Par contre, ce qui est bien, ici, c'est qu'il n'y a pas de dépassements d'honoraires. Voilà : c'est peut-être la seule différence qu'il y ait, entre une clinique mutualiste et une clinique privée... les dépassements d'honoraires...* » (chirurgien).

Cette vision peut apparaître comme spécifique, mais sans pour autant être liée à un quelconque positionnement en termes d'offre de santé : « *Chez nous, pas du tout. Le dépassement d'honoraires, ça n'existe pas, chez nous, parce que les praticiens sont interdits de dépassement.* » (cadre infirmier de bloc opératoire).

Le directeur et le personnel se rejoignent également sur l'importance accordée à la qualité des soins, par opposition aux établissements à but lucratif, qui sont accusés de privilégier la rentabilité au détriment du patient : « *C'est simplement parce que l'on a des moyens, ici. J'ai des limitations budgétaires, évidemment, mais j'arrive à acheter quasiment tout ce dont j'ai besoin* » (cadre infirmier de bloc opératoire).

« *On n'est pas là pour gagner de l'argent, on est là pour soigner le patient !* » (responsable Ressources humaines).

Il est à noter que ces consensus entre direction et personnel autour de l'égalité d'accès aux soins ou encore des valeurs mutualistes représentent le produit de constructions diverses liées autant aux trajectoires des individus qu'à leur interprétation des pratiques organisationnelles. Ainsi, si le directeur et une certaine partie du personnel (infirmière, agent de facturation) déduisent ces spécificités de leur vécu d'adhérent-militant, d'autres, notamment ceux engagés après le rachat de la clinique (cadre infirmier ou responsable

Ressources humaines), comparent leur vécu actuel à leurs emplois antérieurs. Ce constat accrédite la vision weickienne, développée par Allard-Poesi (2003), selon laquelle l'action organisée aboutissant à la satisfaction des intérêts individuels et à la coordination des comportements, ne nécessite pas de coïncidence entre les représentations qu'en ont ses membres.

Le second niveau d'analyse : des consensus par corps de métier ou par ancienneté moyenne

Ce second niveau fait apparaître des consensus davantage locaux portés soit par plusieurs corps de métier en opposition avec la vision de la direction, soit par un corps de métier spécifique. Ce consensus peut même dépendre, au sein d'un même métier, du degré d'ancienneté du personnel et du fait qu'il soit arrivé avant ou après le rachat de la clinique. Ce niveau s'illustre ici par trois thématiques. La première porte sur le mutualisme en tant que vecteur de solidarité, interprété localement par le corps soignant comme une famille. La seconde traite de la supposée priorité donnée à la qualité des soins, dont doute une partie du personnel, notamment le corps soignant. La dernière réside dans le constat d'une absence de spécificité de la clinique, ou d'une spécificité qui n'est pas attribuée au mutualisme.

La référence à la « famille » a souvent été mobilisée pour exprimer les liens entre solidarité et mutualisme. Cette image est intéressante par deux de ses aspects : le premier est le fait qu'elle n'a jamais été employée par la direction au cours des réunions ou des assemblées générales auxquelles nous avons assisté, et le second tient au fait qu'elle n'est utilisée que par le corps soignant. Les observations non participantes que nous avons menées donnent à cette spécificité un début d'explication : contrairement aux autres corps de métiers (administratifs et médecins), les soignants passent une grande partie de leur temps de travail avec les patients ou entre eux, et la communication est primordiale dans l'exercice de leur profession (notamment au moment des relèves de service). Mais cette image s'explique également par l'ancienneté moyenne des soignants, qui est beaucoup plus importante que celle constatée pour les autres corps de métiers, et par le développement de liens interpersonnels : « *Il y a plus de solidarité, c'est ça..., entre personnel soignant. C'est beaucoup plus familial, ici. Moi, quand je suis arrivé, ben... Tu as l'impression de rentrer dans un cocon familial. Ils étaient plus curieux, par rapport à ma personne, l'intégration s'est faite beaucoup facilement. On n'est pas livrés à nous-mêmes* » (infirmière Service médecine 2).

Cette solidarité s'étend à l'ensemble des adhérents à la mutuelle : « *[Le mutualisme], c'est une famille. Parce que, dans chaque village, quand il y a le décès d'un mutualiste, ben..., il y a les porte-drapeaux, ben... ça, vous ne le trouverez nulle part ailleurs [...] Même le*



directeur, je lui ai dit : il le savait pas... » (infirmière Service médecine 1).

Il est à noter que les mutualistes perçus comme faisant partie de la « famille » sont constitués des adhérents à la mutuelle qui vont se faire soigner à la clinique et qui y restent fidèles quel que soit le développement de l'offre de santé dans la région. Le mot *famille* prend ici tout son sens puisque cette notion est indissociable de l'idée de fidélité.

Le second type de consensus va naître d'une opposition à la politique de la direction.

La priorité donnée aux soins au détriment de la rentabilité de la clinique est par exemple remise en cause par une partie du personnel soignant qui voit un décalage entre la communication de la direction et la façon pour le moins « gestionnaire » dont est piloté l'établissement : « *Ben... Je vais vous dire : la clinique, elle fonctionne comme toutes les cliniques ; il faut que cela tourne* » (infirmière).

Cette scission au sein du corps soignant s'explique dans une large mesure par son ancienneté. En effet, les individus ayant rejoint la clinique après le rachat ne perçoivent pas de différences majeures dans le traitement des patients, tandis que le personnel historiquement mutualiste en décèle davantage. Cette différence accrédite l'idée d'*enactment* selon laquelle les interprétations rétrospectives des individus sont construites lors d'interactions entre les acteurs et leurs environnements respectifs (ici, leur parcours professionnel). Cette différence entre le personnel arrivé après le rachat et le personnel « historiquement mutualiste » s'exprime également dans la mise à distance de la communication de la direction par les premiers. Sans nier la particularité du mutualisme, le personnel issu de cliniques privées à but lucratif ne reconnaît aucune spécificité organisationnelle à l'établissement : « *En tout cas, rentrer dans une clinique, qu'elle soit mutualiste ou pas, je m'en fichais. Ah, oui, c'est la même chose ! C'est pareil, oui...* » (infirmière de bloc opératoire).

Les médecins et les chirurgiens (qui ont un statut libéral) ne constatent aucune différence entre cette clinique et les structures de soins concurrentes. Cette situation peut s'expliquer par la relation purement contractuelle existant entre les cliniques et les praticiens engagés : « *Oh, c'est pareil... Parce que, moi, en plus, je viens d'une clinique pure privée de Tours, et, non... : il y a rien qui change. On n'a pas plus de moyens parce que l'on est une clinique mutualiste... (peut-être, même, moins). Je ne sais pas à quoi l'attribuer. Je ne sais pas... Une gestion un peu dure... de la mutualité ?* » (anesthésiste 1).

Au contraire, le personnel peut estimer que la clinique a un mode de fonctionnement spécifique, sans pour autant l'attribuer au mutualisme : « *Alors, c'est là, c'est vrai, je ne sais pas si c'est le mutualisme qui veut ça ou pas... Les autres cliniques, c'est des cliniques privées pures et dures, la prise en charge des patients n'est pas de bonne*

qualité (je parle juste de la prise en charge, pas de l'acte médical, parce que ça n'a rien à voir...) » (anesthésiste 2).

Les ambiguïtés que nous avons relevées, qui sont interprétées ici comme des différences d'interprétation entre la direction et le personnel, sont mobilisées par ce dernier pour justifier la persistance de ses pratiques quotidiennes indépendamment de la communication de la direction. En cela, elles donnent une certaine latitude d'action au personnel (prendre du temps pour s'occuper des patients ou, au contraire, travailler de la même façon que dans un établissement à but lucratif, en dépit du bombardement idéologique sur le mutualisme pratiqué par la direction).

Troisième niveau d'analyse : les ambiguïtés de compréhension au sein d'un même établissement

Le troisième et dernier niveau d'analyse porte sur l'existence d'une valeur ou d'une pratique perçue comme ambiguë par le personnel, car difficile à interpréter unanimement. L'ambiguïté de compréhension porte sur la pratique du non dépassement d'honoraires, qui est à la fois fortement plébiscitée par les uns (voir le paragraphe « Premier niveau d'analyse »), car porteuse de justice sociale, et vigoureusement décriée par les autres, en raison de son anachronisme.

Cette ambiguïté de compréhension, définie par March et Olsen (1976) comme une multiplicité d'interprétations possibles de la part des acteurs, apparaît à plusieurs reprises. Elle porte sur l'absence de dépassement d'honoraires par les médecins travaillant au sein de l'établissement. Si la direction communique beaucoup sur cette pratique, son cadre d'application est en revanche moins clair : l'intervention chirurgicale en elle-même n'est pas soumise à dépassement, car elle est établie dans le cadre de la clinique. En revanche, bien qu'elles se tiennent également sur le site de la clinique, les consultations pré et postopératoires peuvent faire l'objet de tels dépassements. Cette situation amène à une incompréhension dans la fixation des honoraires et à des interprétations plus ou moins contradictoires ou critiques du mutualisme par le personnel : « *C'est quand même un statut différent. On n'est ni public ni privé. On n'a pas de dépassements d'honoraires. Bon, si un médecin fait des dépassements d'honoraires, il n'est pas hors la loi, c'est un accord moral. [...] Non, c'est un accord. Mais je [ne] pense pas que ce soit écrit noir sur blanc... c'est tellement dans... Non, c'est comme ça, quoi... Je sais pas...* » (secrétaire de direction.).

« *Chez nous, pas du tout. Le dépassement d'honoraires, ça n'existe pas, chez nous [...]. C'est contre la déontologie mutualiste : vous n'avez pas le droit. Rassurez-vous : les médecins qui sont dans nos murs, ils font de temps en temps de petits dépassements d'honoraires ! Mais c'est rien, comparé aux praticiens du privé à but lucratif !...* » (cadre infirmier).



« Ben, franchement : je ne vois pas de différence... Même les dépassements d'honoraires, il y en a... Alors, bon, l'esprit mutualiste, je ne sais pas si ça existe vraiment, ou si c'est de la parlotte ?... » (chef comptable).

Cette ambiguïté de compréhension est exacerbée par un contexte perçu comme peu favorable au développement du mutualisme. En effet, l'absence de dépassement d'honoraires perd sa signification éthique auprès d'une partie du personnel, car elle n'est plus interprétée comme telle ni par les patients ni par certains praticiens de l'établissement : « Et ce qui est aussi un effet pervers, c'est que [pour] les gens inscrits à cette mutuelle, ici, il y pas de dépassements. Mais ils vont dans d'autres établissements. Et la mutuelle, elle paie ces dépassements. Pourquoi elle ne veut pas les payer pour les praticiens qui viennent ici ? De toute façon, les patients considèrent que les chirurgiens qui ne font pas de dépassements sont de mauvais chirurgiens. Et [personnellement], je pars du même principe : [...] Peut-être qu'ils vont là parce qu'ils ne peuvent pas aller ailleurs ? » (anesthésiste 1).

Les patients, davantage consommateurs, sont moins fidèles à la clinique. Cette évolution apparaît dans le discours du personnel, pour qui le patient s'efface au profit du client : « Et puis, les mœurs ont évolué. Avant, les gens venaient ici, le médecin importait peu, ils savaient que s'ils venaient ici, il n'y avait rien à régler. Tandis que, maintenant, on choisit son chirurgien, on ne choisit pas sa clinique. Et tant pis s'il y a du dépassement [...] Par rapport à maintenant, l'esprit mutualiste, ça n'a[va]it rien à voir. Je pense que la nouvelle génération [d'adhérents], ce n'est pas une grosse valeur pour eux » (agent de facturation 1).

« Parce que les gens, en clinique, ils regardent tout : le confort des chambres, etc. Vous savez, quand les gens (ils) reviennent d'une clinique, tout ce qu'ils vous disent, c'est : "Ah ! On a bien mangé !" Ils ne vous diront pas : "On a été bien soigné !" Pour eux, ils sont bien soignés partout. À moins qu'ils aient des gros pépins, ils ne vous parleront pas de la qualité des soins » (responsable Ressources humaines).

Le fait de s'interdire de recourir aux dépassements d'honoraires handicape la clinique dans le renouvellement de ses médecins. Ce manque d'attractivité pourrait, sur le long terme, nuire au mouvement mutualiste : « L'esprit, ce serait de faire des soins sans regarder le prix, et c'est peut-être un leurre, à l'heure actuelle. Et trouver des médecins qui ne veulent pas faire des dépassements, c'est dur. Il va y avoir une grande difficulté, à ce niveau-là » (agent de facturation 1).

« Faudrait qu'ils recherchent d'autres praticiens, parce qu'ils vont partir à la retraite, et ça va être dur, de trouver des chirurgiens qui font pas de dépassement... » (anesthésiste 1).

Ces interrogations conduisent le personnel à questionner la marge de manœuvre dont dispose en définitive une direction placée au carrefour d'objectifs conflictuels, elles illustrent l'ambiguïté d'intention

qui lui est prêtée : « C'est une chose bien, le mutualisme. Dans l'esprit, c'est bien. Mais faut pas trop embêter les médecins, parce que, comme on travaille en libéral, on a tous les inconvénients du libéral et tous les inconvénients de la mutualité [...]. Ce qui m'énerve, c'est ça, c'est cette lourdeur de la mutualité, la gestion très serrée, le fait que l'on ne puisse pas faire de dépassement, parce que l'on pourrait en faire, ici [...]. Plus de 90 % des chirurgiens font du dépassement. Alors, travailler en clinique mutualiste... c'est un acte très social ! » (anesthésiste 1).

Ici, l'ambiguïté (entendue comme la difficulté pour le personnel à interpréter le contexte et la stratégie à moyen terme de la direction) permet au personnel d'anticiper un changement de pratique éventuel (par exemple, l'abandon du principe du non dépassement d'honoraires) et de relativiser le mutualisme tel qu'il est actuellement défini. Cette perspective contribue à invalider la notion de fixisme traditionnellement attachée à la culture d'entreprise.

LES APPORTS DU TERRAIN : LA CULTURE D'ENTREPRISE EN TANT QU'OBJET AMBIGU

Trois visions de la culture d'entreprise apparaissent à travers la perspective langagière

À travers l'étude du vocabulaire diffusé par la direction pour insuffler un « esprit mutualiste » à son personnel, et à travers celle de l'interprétation qu'en a ce dernier, nous avons mis en évidence trois types de consensus existant au sein de la population étudiée :

- Un premier consensus, reconnaissant l'esprit mutualiste comme vecteur d'égalité d'accès aux soins, est partagé par la direction et par le personnel « historique » ;
- Un second type de consensus, partagé par une partie du personnel, montre une vision plus critique de l'esprit mutualiste en pointant l'écart existant entre les valeurs véhiculées et la réalité organisationnelle (recherche d'efficacité accrue depuis le rachat de la clinique, absence de spécificité de l'établissement par rapport aux cliniques à but lucratif) ;
- Un troisième et dernier type de consensus relatant la difficulté à interpréter unanimement le non dépassement d'honoraires est partagé par l'ensemble du personnel, quels que soient les métiers.

Ces trois visions rejoignent l'analyse de la culture d'entreprise faite par Frost (1991), que nous exposons plus loin.

La vision intégratrice : une même culture pour un même langage ?

Cette vision dominante de la culture en sciences de gestion (SWIDLER, 1986), dénommée « perspective



intégratrice » par Frost (1991) et Martin (2002), a été largement reprise dans les problématiques d'intégration culturelle faisant suite à des opérations de fusion-acquisition, ou encore dans le « management par les valeurs ». Elle interprète la culture d'entreprise comme un ensemble d'éléments convergeant vers une même interprétation et de l'organisation et de son environnement (ici, la portée humaniste de l'esprit mutualiste). Selon Hampden Turner (1992), « la culture d'une organisation définit un comportement approprié, relie et motive les individus, et impose certaines solutions, là où il y a ambiguïté », c'est-à-dire « une impossibilité d'interpréter clairement un phénomène ou une série d'événements » (FELDMAN, 1991). Selon Weick (1987), cette réduction de l'ambiguïté est une des prérogatives du dirigeant. Ainsi, dans un contexte de développement d'une médecine à deux vitesses (la première étant destinée aux patients ayant les moyens de payer des dépassements d'honoraires, et la seconde étant dévolue à ceux qui ne peuvent se le permettre), les cliniques mutualistes ont un rôle important à jouer.

Mais cette perspective peut conduire à considérer les sous-cultures présentes soit comme des déclinaisons plus « opérationnelles » de la culture d'entreprise (celle de la direction), soit comme des cultures déviantes. Les différentes tactiques « d'instrumentation » de la culture (4) (GODELIER, 2009) qui ont été développées à partir des années 1990 par les directions des entreprises *via* les projets ou les bibles d'entreprise perdurent jusqu'à aujourd'hui.

Cette constance s'explique en grande partie par la fonction verbale qu'occupe la culture d'entreprise, notamment dans l'expression par le manager des problèmes de gestion à résoudre. « Parler de culture peut alors soit constituer une nouvelle langue dans l'entreprise et une méthode pour formaliser de façon différente des problèmes de gestion déjà anciens, soit se réduire à une simple "langue de bois" donnant une image superficielle de la réalité des phénomènes culturels » (p. 107).

Le langage, par le biais des expressions, récits et mythes valorisés au sein de l'organisation, apparaît comme l'un des supports principaux de l'expression de la culture d'entreprise. Dès lors, en mobilisant le concept de culture d'entreprise, le management véhicule un langage qu'il tente d'institutionnaliser, comme c'est le cas dans notre étude. Ces tentatives sont d'autant plus importantes pour la direction que les changements affectant les organisations productives (VELTZ, 2000) et l'apparition de nouvelles configurations organisationnelles « moins hiérarchiques, plus horizontales, en étoile, en réseau » (BORZEIX,

2005, p. 82) confèrent désormais au langage une portée stratégique.

La constitution du groupe hospitalier mutualiste muée par une stratégie de croissance externe en est un bon exemple : la direction tente de pallier l'isolement de chaque clinique au sein du groupe en imposant le partage d'un même idéal mutualiste. La rhétorique mutualiste devient un support de « l'intelligence collective » (GROSJEAN et LACOSTE, 1999) visant à développer des « chaînes d'action, des processus d'interprétation et de construction de la signification » (BORZEIX, 2005). Transmettre l'esprit mutualiste constitue un enjeu pour la direction, car il s'agit ici de favoriser l'implication du personnel, définie comme « l'attachement psychologique ressenti par la personne pour l'organisation » (O'REILLY et CHATMAN, 1986). Cette concorde « mutualiste » pourrait fidéliser les soignants, ainsi que les médecins ou les chirurgiens, dans un contexte fortement concurrentiel.

En se centrant sur la dimension cohésive de l'organisation tant dans sa culture que dans sa production langagière, cette première perspective de la culture passe sous silence la dimension ambiguë de toute construction sociale. Le paragraphe suivant s'attache à étudier cet aspect.

La vision différenciatrice de la culture : ambiguïtés interculturelles et langagières

Cette seconde perspective, qualifiée de « perspective de différenciation » par Frost (1991), met l'accent sur les consensus « partiels » pouvant émerger au sein de l'organisation, et elle étudie les sous-cultures correspondant aux divers groupes en interaction dans l'organisation (MARTIN et SIEHL, 1983 ; SAINSAULIEU, 1977).

Elle apparaît clairement dans le second groupe de consensus. Contrairement au courant intégrateur qui désigne la direction comme une source de culture se répandant à travers l'organisation, la perspective différenciatrice localise les sources de culture à un niveau opérationnel : émanant des différents corps de métier, les cultures locales façonnent, par leur juxtaposition, une culture d'entreprise.

L'esprit mutualiste est donc interprété en fonction de l'activité professionnelle : un soignant pourra constater si la direction met (ou non) à sa disposition les moyens nécessaires pour favoriser la « qualité des soins » et assimiler (ou non) celle-ci au mutualisme. Contrairement au courant intégrateur qui part des valeurs pour expliquer l'action, le courant différenciateur part des pratiques et de leur attribution progressive de sens pour justifier les valeurs (VIDAILLET, 2003). De ce fait, la frontière naturelle entre les cultures naît des différences de pratique existant entre les métiers, ainsi que des spécificités de langage en découlant (GARDIN, 2006). Le fait que le mutualisme soit interprété comme une famille par les soignants,

(4) Elles consistent en l'évacuation de la culture, jugée non rationnelle, en l'instrumentalisation de la culture par tentative de rationalisation (logo, charte) ou encore en son inclusion dans le vocabulaire managérial (culture projet, changement culturel).



mais pas par les médecins, en est une bonne illustration.

Une vision fragmentée de la culture : les ambiguïtés de langage comme expression des ambiguïtés culturelles

Enfin, l'optique de fragmentation en remplaçant l'ambiguïté, c'est-à-dire les différentes interprétations ou façons de réagir face à un même phénomène (ici, le non dépassement d'honoraires), au cœur de son analyse, rompt tout lien entre culture et cohérence. Un tel appariement ne constituerait en définitive qu'un dogme de signification et d'ordre propagé par le management et les chercheurs (LEVITT et NASS, 1989). Toute culture est par essence entièrement ambiguë et ne permet pas toujours « d'interpréter clairement un phénomène ou une série d'événements » (FELDMAN, 1991). Elle doit donc être étudiée dans la seule intention d'en préciser les sens « locaux ».

Selon Clifford (1983), une culture est durable et se constitue de dialogues créatifs entre sous-cultures d'*insiders* et d'*outsiders* de diverses factions. Le langage est le produit de l'interpénétration de jargons professionnels et de discours relatifs aux groupes et aux individus.

En défiant l'autorité épistémologique et politique d'une interprétation dominante de la culture, une telle critique rend leur légitimité à de multiples interprétations, et rend centrale la notion d'ambiguïté. Cette ambiguïté de l'organisation et de la culture se retrouve *a fortiori* dans le langage utilisé au travail. Ainsi, par exemple, Weick (1995) aborde ce sujet lorsqu'il met en évidence la fonction interprétative du langage en contexte ambigu. Le discours de la direction portant sur le non dépassement d'honoraires comme garant de l'égalité d'accès aux soins est porteur d'ambiguïté : les patients comme les médecins étant de plus en plus enclins à dénigrer cette pratique, sa valorisation par la direction apparaît dès lors incompréhensible.

Ce positionnement paraît d'autant plus ambigu que, tout en prônant « l'égalité d'accès aux soins », la branche complémentaire santé de ce groupe rembourse les dépassements d'honoraires facturés à ses adhérents. Dès lors, le personnel fait montre d'une certaine défiance et s'interroge sur le devenir du mouvement mutualiste. Si l'ensemble des personnes interviewées s'accordent sur les valeurs de solidarité et d'égalité d'accès aux soins portées par le mutualisme, cette définition n'est pas antinomique, pour certaines d'entre elles, avec le développement de dépassements d'honoraires modérés.

Les apports de la prise en compte de ces trois dimensions à la gestion des ressources humaines

La prééminence donnée par les sciences de gestion à la vision intégratrice de la culture au détriment des

acceptations différenciatrices et fragmentées montre bien les limites d'analyses qu'il y a à aborder l'intégration culturelle du seul point de vue de la direction. Elle montre également que le langage en tant que support de diffusion culturelle n'est pas exempt d'ambiguïtés reflétant des ambiguïtés culturelles ou des ambiguïtés de langage.

Cette première vision de la culture axée sur une communauté de langage concordant avec une communauté de représentation et d'action connaît des limites. Une première limite apparaît dans la compréhension erronée de la culture comme produit d'un consensus au sein du personnel. Outre la confusion faite entre consensus (issu d'un accord, THÉVENET, 1999) et cohésion (capacité à travailler collectivement de manière efficace), envisager la culture comme source de consensus tend à assimiler toute interprétation locale des événements, au mieux à une sous-culture, et au pire à de la résistance au changement. Cette acception confère un caractère transgressif à toute organisation informelle, et nie la dimension créatrice de celle-ci (BABEAU et CHANLAT, 2008), quand elle ne cherche pas à réduire la capacité interprétative du sujet en imposant un système de significations de plus en plus basé sur l'exacerbation des émotions (SIEVERS, 1986).

Ainsi, les interrogations du personnel quant à l'avenir du non dépassement d'honoraires est légitime, car cette pratique perd sa justification auprès des patients, qui sont pourtant les premiers concernés par cette pratique.

À ce constat rationnel la direction oppose une rhétorique basée sur le registre de l'engagement qui est de nature à stigmatiser le personnel « non engagé » et à donner une vision fixiste de la culture mutualiste. L'instrumentalisation de la culture conduit, selon Bowles (1989), à réduire l'initiative des acteurs en donnant aux valeurs rationnelles du management (efficacité, productivité, qualité) une place prépondérante au sein de l'organisation. Le développement d'une culture issue de la direction comporterait une dimension « manipulatoire » qui viserait à cacher aux salariés par le biais de récits, de slogans et d'autres manifestations langagières, l'idéologie de « l'efficacité technico-économique » (LORINO, 2005). Ainsi, le positionnement mutualiste sur la qualité des soins (fusse au détriment de la rentabilité) valorisé par la direction et le personnel historiquement mutualiste n'apparaît pas comme remarquable aux yeux du personnel soignant issu de cliniques à but lucratif, qui l'interprète comme un « habillage idéologique ».

Une seconde limite tient au rôle de « ciment organisationnel » (HAFSI et DEMERS, 1997) octroyé à la culture, qui s'appuie sur un déterminisme entre valeurs et actions, largement discutable (GODELIER, 2006). Notre étude de cas montre bien les limites de cette cohérence supposée, source d'ambiguïté (du fait de la coexistence du principe des non dépassements d'ho-



JENNIFER URASADETTAN

« La prééminence donnée par les sciences de gestion à la vision intégratrice de la culture au détriment des acceptions différenciatrices et fragmentées montre bien les limites d'analyses qu'il y a à aborder l'intégration culturelle du seul point de vue de la direction. », « Différent entre médecins », peinture d'Henry Stacy Marks (1829-1898), vers 1864.

Photo © SOTHEBY'S-AGG IMAGES



noraires en vigueur dans la clinique avec le remboursement par la mutuelle de... dépassements d'honoraires).

Enfin, une dernière limite porte sur le lien supposé entre langage et culture et sur la fonction cohésive de la production langagière. Ce lien est remis en cause par Fronda (2008), qui démontre que l'adoption par le personnel d'un langage particulier ne signifie pas que les changements culturels sous-jacents voulus par la direction soient pour lui porteurs de signification. Ainsi, le vocable associé au mutualisme ne change pas la réalité du travail, qui reste la même quel que soit le statut de l'établissement de santé.

Plus largement, le langage est en lui-même porteur d'ambiguïtés et reflète les ambiguïtés de l'organisation (FELDMAN, 1991). Eisenberg (1984) interprète les ambiguïtés de langage comme une ressource clé dans l'organisation permettant de mettre en relation des individus ayant des croyances divergentes. Pour cet auteur, il n'existe pas de monde « objectif » qui attendrait « d'être découvert », ni de langage clair et univoque, mais plutôt une pluralité de contextes interprétatifs (développement des inégalités de soins, croyance en l'existence d'un lien entre prix et qualité de l'acte, consumérisme du patient) que les acteurs auraient intérêt à conserver les plus ambiguës possibles afin d'en maintenir la cohérence avec leurs propres buts.

À cette ambiguïté d'interprétation du personnel (le non dépassement d'honoraires est-il une pratique ayant encore un sens pour le mutualisme ?) répondrait une ambiguïté communicationnelle des dirigeants leur laissant une latitude suffisante pour accorder leurs discours à leurs actes. C'est le cas de la direction, qui valorise l'égalité des soins tout en permettant aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires lors des consultations pré et postopératoires. Gherardi (2008) définit d'ailleurs l'ambiguïté linguistique comme « une indétermination dans l'usage de la langue, c'est-à-dire dans les métaphores, dans la polysémie, dans le flou de certains actes de langage, mais aussi dans le soin extrême qui peut être apporté à certaines expressions ». Il en va ainsi de l'esprit mutualiste qui, s'il est beaucoup évoqué, reste peu détaillé par la direction, sauf lorsqu'il sert à justifier la spécificité de l'établissement vis-à-vis des établissements concurrents.

En tenant compte de l'ambiguïté liée à l'organisation et à ses manifestations culturelles, l'étude de la production langagière doit être abordée en termes de cadrages. Pour Girin (2005), le cadrage définit la capacité des participants à tomber d'accord sur la question du cadre général au sein duquel évoluent les acteurs en termes techniques, relationnels, d'autorité, éthiques et sociaux. En revanche, l'existence d'une « communauté de savoirs et de savoir-faire » permettant une unité d'interprétation et d'action par les acteurs demeure hypothétique.

L'esprit mutualiste, comme la culture mutualiste, est le produit d'un construit social bâti dans le temps, sur la base de consensus partiels. Il revient à la direction de préciser les termes de ce consensus, notamment afin de lever les incohérences susceptibles d'exister entre les valeurs prônées et les pratiques dispensées.

CONCLUSION

Au travers des perspectives d'intégration, de différenciation et de fragmentation mobilisées par Frost (1991) et Martin (2003), nous avons vu que le langage, la culture et, plus généralement, l'organisation produisaient de l'ambiguïté. Or, l'étude de terrain nous montre que l'ambiguïté, telle qu'elle apparaît dans les perspectives de différenciation et de fragmentation, est utilisée par le personnel en tant que ressource. Ainsi, dans la perspective de différenciation, les ambiguïtés relevées aident le personnel à mettre en cohérence leurs pratiques quotidiennes avec leur compréhension du contexte immédiat soit pour valoriser la spécificité de leur organisation (le personnel vu comme une « famille » et comme une explication de la qualité des soins), soit au contraire pour relativiser son caractère idiosyncrasique (la direction est bien plus mutualiste que gestionnaire, l'organisation de la clinique est identique à celle des cliniques à but lucratif). En ce qui concerne la perspective de fragmentation, l'ambiguïté de compréhension comme l'ambiguïté d'interprétation conduisent le personnel à mettre la perception qu'ils ont de leur organisation (plus particulièrement le non dépassement de leurs honoraires par les médecins) en lien avec leur compréhension prospective du secteur de l'offre de santé. Cette compréhension prospective les amène à spéculer sur l'avenir du mutualisme et sur les marges de manœuvre dont dispose la direction de la clinique pour contribuer à assurer la pérennité de cette dernière.

BIBLIOGRAPHIE

- BABEAU (O.) & CHANLAT (J.F.), « La transgression : une dimension oubliée de l'organisation », *Revue Française de Gestion*, 34(183), pp. 201-219, 2008.
- BORZEIX (A.), « Le travail et sa sociologie à l'épreuve du langage », in BORZEIX (A.) & FRAENKEL (B.), *Langage et travail : communication, cognition, action*, CNRS Éditions, Paris, 2005.
- BORZEIX (A.) & FRAENKEL (B.), *Langage et travail : communication, cognition, action*, CNRS Éditions, Paris, 2005.
- BOWLES (M. L.), « Myth, meaning and work organization », *Organization Studies*, vol. 10, n°3, pp. 405-421, 1989.



- CLIFFORD (J.), *On ethnographic authority*, representations, I, pp. 118-146, 1983.
- DEGOT (V.), « Culture et rationalité », *Information sur les Sciences Sociales*, vol. 24, n°2, 1983.
- EISENBERG (E.M.), « Ambiguity as strategy in organisational communication », *Communication Monograph*, vol. 51, p. 229, 1984.
- FELDMAN (M.), « The meaning of ambiguity: Learning from stories and metaphors », in FROST (P.J.) & al. (eds.), *Reframing organizational culture*, Newbury Park: Sage, 1991.
- FRONDA (Y.), « Diversité culturelle et instrument de gestion : un récit de la mutation d'une grande entreprise française », *Management et avenir*, n°18, pp. 147-162, 2008.
- FROST (P.J.) & al., *Reframing corporate culture*, Sage, 1991.
- GARDIN (B.), *Paroles d'ouvrières et d'ouvriers*, tome 2, Éd. Lambert-Lucas, Limoges, 2006.
- GIRIN (J.), « La théorie des organisations et la question du langage », in *Langage et travail : communication, cognition, action*, BORZEIX (A.) & FRAENKEL (B.), CNRS Éditions, 2005.
- GODELIER (E.), « La culture d'entreprise : source de pérennité ou source d'inertie ? », *Revue Française de Gestion*, vol. 2, n°192, 2009.
- GODELIER (E.), *La culture d'entreprise*, Paris, Éditions La Découverte, Collection Repères, 2006.
- GLADY (M.), « Langage, travail et organisation », in *Sociologie du monde du travail*, ALTER (N.), PUF, 2006.
- GROSJEAN (M.) & LACOSTE (M.), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999.
- GHERARDI (S.), « Aujourd'hui, les plaques sont molles ! Savoir situé et ambiguïté dans une communauté de pratiques », *Revue d'anthropologie des connaissances*, n°3, pp. 3-35, 2008.
- HAFSI (T.) & DEMERS (C.), *Comprendre et mesurer la capacité à changer des organisations*, Les Éditions Transcontinental, 322 p., 1997.
- HAMPDEN-TURNER (C.), *La culture d'entreprise : des cercles vicieux aux cercles vertueux*, Paris, Éditions Le Seuil, 1992.
- JACQUES (E.), *Intervention et changement dans l'entreprise*, Collection « Organisations et sciences humaines », Paris, Dunod, 1951.
- KROEBER (A.) & KLUCKHORN (C.), *Culture. A critical Review of Concepts and Definitions*, New York, Vintage Books, 1952.
- LEVITT (B.) & NASS (C.), « The lid on the garbage can: Institutional constraints on decision making in the textbook publishing industry », *Administrative Science Quarterly*, 34(2), pp. 190-207, 1989.
- LORINO (P.), « Contrôle de gestion et mise en intrigue de l'action collective », *Revue Française de Gestion*, n°159, pp. 189-211, 2005.
- MARCH (J.) & OLSEN (J.), *Ambiguity and Choice in Organizations*, Bergen, Norway: Universitetsforlaget, 1976.
- MARTIN (J.), *Organizational culture: Mapping the terrain*, Thousand Oaks, CA: Sage publications, 2002.
- MARTIN (J.) & SIEHL (C.), *Organisational culture and counterculture: an uneasy symbiosis*, Organisational Dynamics, Autumn, 1983.
- O'REILLY (C.A.) & CHATMAN (J.J.), « Organizational commitment and psychology attachment: the effect of compliance, identification and internalisation on prosocial behavior », *Journal of Applied Psychology*, vol. 71, n°3, 1986.
- SAINSAULIEU (R.), *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*, Presses de Sciences-Po et Dalloz, 2^{de} édition, 1997.
- SIEVERS (B.), « Beyond the surrogate of motivation », *Organization Studies*, vol. 7, n°4, pp. 196-220, 1986.
- SWILDLER (A.), « Cultures in action: Symbols and Strategies », *American Sociological Review*, vol. 51, n°2, April, 1986.
- THÉVENET (M.), *La culture d'entreprise*, PUF, 1999.
- VELTZ (P.), *Le nouveau monde industriel*, Paris, Gallimard, 2000.
- VIDAILLET (B.), *Le sens de l'action : Karl E. Weick : socio-psychologie de l'organisation*, Paris, Vuibert, 2003.
- WEICK (K. E.), *Sensemaking in Organizations*, Thousand Oaks: Sage, 1995.
- WEICK (K.E.), « Culture as a Source of High Reliability », *California Management Review*, n°24, pp. 112-127, 1987.

