

LES AMBIGUÏTÉS DE LANGAGE COMME SUPPORT DE L'APPROPRIATION DU CHANGEMENT PAR LE PERSONNEL : LE CAS DU GROUPE HOSPITALIER MUTUALISTE

Jennifer Urasadettan

Management Prospective Ed. | « Management & Avenir »

2015/6 N° 80 | pages 15 à 31

ISSN 1768-5958

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2015-6-page-15.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Management Prospective Ed..

© Management Prospective Ed.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste¹

Jennifer URASADETTAN²

Résumé

Le modèle dominant en gestion analyse la production langagière (projets d'entreprise, bibles) comme une ressource stratégique. Cependant, cette conception fait l'impasse sur l'ambiguïté de langage, appréhendée négativement. L'objectif de cet article est de montrer dans quelle mesure en contexte de changement organisationnel, les ambiguïtés de langage émanant de la direction, peuvent permettre son appropriation par le personnel.

Abstract

According to the dominant model in management science, language is a strategic resource able to gather employees around shared values. However, this analysis neglects ambiguity carried by language, and sees it unfavorably. The aim of this article is to point out how language ambiguity could help employee owning the decisions taken, in a context of organizational change.

La production langagière est considérée en sciences de gestion comme une ressource stratégique possible, susceptible de donner une vision, des objectifs, un *leadership* et une organisation du travail fédérateurs. Cette conception se focalise sur le partage de représentations communes du personnel. Ce faisant, elle élude la thématique de l'ambiguïté dans l'organisation, passant sous silence la question des dissensions, des interprétations plurielles des situations de gestion, et plus généralement celle de l'appropriation par le personnel du changement. Ainsi, les ambiguïtés de langage sont rarement étudiées autrement que sous le prisme de l'exotique (le jargon local), ou de la déviance (la contre culture), car elles constituent autant de preuves de l'incapacité de la culture à servir de tuteur idéal et d'action. Cette perception négative de l'ambiguïté conduit l'organisation à négliger ou à mal considérer certains de ses aspects mouvants,

1 Article issu d'une communication à la XXIII^{ème} conférence de l'AIMS.

2 Jennifer URASADETTAN : MCF en sciences de gestion, Université Rennes 2 – CIAPHS.

apparaissant dans les interstices de la culture organisationnelle, et qui pourraient être analysés comme une tentative du personnel de s'appropriier les changements organisationnels, cette appropriation supposant un questionnement, une élaboration et une réinvention des modèles de l'action collective (Grimand, 2006).

L'objectif de cet article est, en partant de la thématique du traitement de l'ambiguïté langagière, de déterminer dans quelle mesure, en contexte de changement organisationnel, les ambiguïtés de langage émanant de la direction, peuvent permettre son appropriation par le personnel. La revue de littérature proposée montrera que les ambiguïtés de langage peuvent constituer un support d'appropriation du changement pour les salariés, susceptible d'activer leur capacité d'agir, et que cette latitude se manifeste non seulement dans la création de nouvelles pratiques, mais dans la reconduction de pratiques existantes. Nous illustrerons cette optique à travers l'étude du groupe hospitalier mutualiste, constitué de six cliniques, dont cinq ont été rachetées entre 1996 et 2003. Plus précisément, nous verrons comment l'émergence spontanée d'une communauté d'entraide entre blocs opératoires, construite sur la représentation d'une culture mutualiste comme mode d'organisation alternatif du travail, peut constituer une ressource idéale à caractère stratégique, institutionnalisée par la direction.

1. Les ambiguïtés de langage comme support d'appropriation du changement par le personnel : cadre théorique

1.1. L'ambiguïté langagière : frein ou facilitateur du changement organisationnel ?

Dans un temps marqué par des mutations organisationnelles et l'apparition de configurations moins hiérarchiques dans un contexte affaibli (Weick, 1995), la maîtrise du langage³ organisationnel acquiert une portée stratégique. En effet, ce dernier devient le support principal de « l'intelligence collective » des individus (Grosjean et Lacoste, 1999). Le langage acquiert le statut de ressource, c'est-à-dire d'actif spécifique à l'entreprise, reconnu comme pérenne (Wernerfelt, 1984), et servant de base à l'élaboration d'une stratégie. Pour le groupe étudié, le partage d'un même langage par tous ses membres revêt une importance majeure. En effet, cette entité s'est développée par croissance externe, en rachetant entre 1996 et 2003 cinq cliniques – auparavant à but lucratif –, ayant désormais un statut mutualiste. Dans le même temps, les investissements croissants faits dans les plateaux techniques, et la progression ralentie de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) ont fortement contribué à accélérer la concurrence entre établissements. Face à cette concurrence croissante, les cliniques mutualistes, qui représentent 6 % de l'offre de santé privée totale⁴, se distinguent par leur non sélection du patient à l'entrée (pas de dépassement d'honoraires). Elles

3 Si le langage ne peut être assimilé à la pensée (Vygotski, 1934), et qu'à côté de la pensée verbale (dialogue, discours, débat), co-existent une pensée non verbale (technique) et un langage non intellectuel (expression des émotions), nous ne retiendrons dans notre analyse que cette première dimension du langage.

4 Source : la mutualité française.

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

peuvent constituer un rempart au développement d'une médecine à deux vitesses, et trouver là une occasion de légitimer leur socle éthique auprès des patients, comme du personnel. Transmettre et faire partager l'esprit mutualiste au personnel des cliniques rachetées est alors primordial.

Le langage, s'il est intériorisé, confère une même interprétation de l'organisation et de son environnement. En tant que support de la culture d'entreprise, il « définit un comportement approprié, relie et motive les individus, et impose certaines solutions là où il y a ambiguïté » (Hampden Turner, 1992). Dans cette acception, maîtriser le langage, ou le considérer comme une ressource, reviendrait dès lors à diminuer les ambiguïtés dont il serait porteur. Entendue 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 » (Gherardi, 2008), l'ambiguïté de langage peut donner lieu à deux situations :

- une difficulté de compréhension des règles (March et Olsen, 1976), aboutissant à une ambiguïté organisationnelle, c'est-à-dire à une « impossibilité d'interpréter clairement un phénomène ou d'une série d'évènements » (Feldman, 1991). Cette ambiguïté organisationnelle entraîne des difficultés à orienter ses pratiques, en l'absence de consignes claires.
- un décalage entre actes langagiers et pratiques. Ici, la précision du vocabulaire utilisé ou au contraire son caractère très général, n'apparaissent pas pour les salariés comme cohérentes avec les pratiques de l'organisation.

La volonté de maîtriser ces ambiguïtés de langage rend la communication en entreprise de plus en plus normée, notamment en contexte de changement organisationnel. En effet, le cap décidé doit clairement apparaître dans son objectif comme dans ses enjeux auprès du personnel, afin de le mobiliser. Ainsi, les projets, bibles d'entreprise, et autre « management par les valeurs », constituent autant de tentatives de la direction de maîtriser de langage de l'organisation (Godelier, 2009). Ce dernier est alors entendu comme une ressource, dont « l'instrumentalisation » des valeurs fondamentales peut expliquer en partie les différences de performance entre les entreprises concurrentes (Mercier, 2001).

Cependant, cette vision d'une ambiguïté de langage porteuse d'ambiguïté organisationnelle, qui serait néfaste en période de changement n'est pas exempte de certaines limites. Une première limite apparaît dans la compréhension erronée de l'utilisation d'un langage commun comme émanation d'un consensus au sein du personnel. Cette fonction cohésive est remise 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 porteurs de significations auprès de ce dernier. Une seconde limite tient au déterminisme supposé exister entre langage et actions, par ailleurs largement discutable (Godelier, 2006). Ainsi, le partage d'un langage particulier ne présuppose pas d'une homogénéité des comportements. Une dernière limite réside dans l'instrumentalisation du langage effectuée, et dans la normalisation qu'elle entraîne. L'instrumentalisation du langage conduit, selon Bowles (1989), à réduire l'initiative des acteurs, en donnant aux valeurs rationnelles du management (efficience, productivité,

qualité) une place prépondérante au sein de l'organisation. Cette acception purement utilitaire qui est faite du langage, pensé uniquement comme un outil, place l'ambiguïté de langage, et plus généralement l'ambiguïté organisationnelle hors du champ d'étude des sciences de gestion. Or, elles constituent un signe tangible des évolutions de l'organisation, qu'il est nécessaire d'étudier comme un phénomène organisationnel à part entière. Frost (1991), classe ainsi l'étude de l'ambiguïté en organisation selon trois courants : le courant de l'intégration, s'attachant à mettre en évidence les éléments rassemblant les individus au sein d'une même organisation (valeurs, langage) et pour lequel l'ambiguïté est passée sous silence ; la perspective de différenciation, regroupant l'ensemble des recherches mettant l'accent sur les consensus « partiels » pouvant émerger au sein de l'organisation, comme des langages ou jargons professionnels, et pour lesquels les ambiguïtés langagières apparaissent seulement dans les interstices entre deux groupes ou deux sous-cultures, et la perspective de fragmentation, qui postule que toute culture, et tout langage sont par essence entièrement ambigus, et ne permettent pas toujours une interprétation claire de l'organisation comme de son environnement. Cette perspective nous permet d'appréhender l'ambiguïté langagière dans ses deux dimensions : une ambiguïté de langage aboutissant à une ambiguïté organisationnelle (difficulté à orienter ses pratiques selon des consignes claires), et une ambiguïté de langage aboutissant à un décalage entre acte langagier et pratique professionnelle ou organisationnelle. Nous adopterons la perspective de fragmentation dans notre étude, en transposant de la culture au langage le célèbre adage de Smircich (1983) : l'organisation À un langage, mais EST également un langage. En ce sens, les ambiguïtés de langage constituant un reflet de l'ambiguïté organisationnelle, elles doivent être abordées comme un point d'entrée de l'organisation, considérée comme un construit social. De ce fait, l'ambiguïté langagière n'est pas à analyser comme une déviance, mais plutôt comme une manifestation de la dynamique organisationnelle, et comme un moteur potentiel de l'évolution des pratiques.

Cette perspective diachronique nous permet d'aborder plus précisément le langage sous un autre angle, celui de son passage effectif du stade de ressource à celui de compétence-clé, reconnu comme ayant une portée stratégique, et valorisé en tant que tel (Tywoniak, 1998). La plupart des écrits évoquant la portée stratégique des ressources de l'organisation, insiste sur leur préalable et nécessaire valorisation, avant qu'elles ne deviennent des compétences-clé ou routines (Winter, 1987), susceptibles d'améliorer l'efficacité de l'organisation. Si selon le courant de l'intégration mis en évidence par Frost, cette valorisation passe par l'adoption d'un langage commun, reléguant toute dimension ambiguë à une résistance au changement, le courant de la fragmentation interprète au contraire l'ambiguïté langagière comme une tentative d'appropriation du changement par le personnel. En ce sens, les transformations progressives du langage sont une manifestation tangible du développement d'une pensée des « processus d'apprentissage, de routinisation ou de changement dans la longue durée » (Godelier, 2009, p. 107). En effet, cette ambiguïté place les individus en situation de création de sens, car le langage diffusé par la direction est à analyser et à redéfinir à l'aune des pratiques de l'organisation. En d'autres termes, l'ambiguïté peut constituer un facteur d'appropriation du changement par le personnel, que nous allons voir dans la partie suivante.

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

1.2. L'ambiguïté langagière comme manifestation de l'appropriation d'un changement

L'appropriation est définie par Grimand (2006) comme « un processus interprétatif, de négociation et de construction du sens à l'intérieur duquel les acteurs questionnent, élaborent, réinventent les modèles de l'action collective » (p.17). Ainsi, les récipiendaires de ce changement le transforment et lui insufflent du sens, en faisant évoluer leurs représentations à son égard. Urasadettan (2012) met en évidence quatre logiques permettant d'analyser l'appropriation d'un changement. La perspective rationnelle ou instrumentale, qui peut être assimilée à la perspective intégratrice de Frost, décrite dans la partie précédente, l'appréhende comme un vecteur de rationalisation de l'action et de la décision managériale, assimilant toute ambiguïté à de la résistance au changement. La perspective socio-politique voit l'appropriation comme un support de légitimation de l'action faisant l'objet de stratégies personnelles ou collectives, tandis que la perspective cognitive insiste sur la dimension d'apprentissage véhiculée par le changement, « permettant à l'auteur de questionner sa propre pratique » (p. 244). La perspective symbolique, quant à elle, interprète le changement et les outils de gestion créés comme un vecteur de construction du sens. L'émergence d'une construction simultanée des représentations de l'environnement des individus, ou *sensemaking* (Weick et Roberts, 1993) se caractérise également par sa fonction identitaire : en produisant son environnement, l'individu ou le groupe définit les frontières de sa personnalité et s'inscrit dans un contexte précis. Pour Rojot (2005), la création d'un sens collectif se développe en période de fort changement et diminue lorsque le contexte devient plus routinier. Cette perspective symbolique se rapproche de la perspective de fragmentation énoncée par Frost, en ce que l'ambiguïté inhérente à toute organisation nécessite de la part de ses acteurs une enaction constante, motivée par une quête de sens.

Selon Alter (2005), le processus d'appropriation d'un changement est précédé d'une phase d'invention, et suivi d'une phase d'institutionnalisation par la direction. Nous pouvons reprendre ces trois étapes, pour mettre en évidence le rôle joué par l'ambiguïté langagière dans ce processus. L'étape de « l'invention » émane de la direction. Elle consiste en l'imposition d'un changement organisationnel, impliquant des transformations non appréhendables par le personnel. Ce changement apparaît comme « dépourvu de sens, bizarre, dysfonctionnel, inapproprié, incompréhensible, surdimensionné ou simplement inadapté » (p.68). Le rachat des cliniques étudiées par le groupe hospitalier mutualiste, et le bombardement sémantique dont fait l'objet l'ensemble du personnel à propos de « l'esprit mutualiste » se déroulent dans un contexte ambigu de concentration du secteur, de normalisation croissante et de développement d'une médecine « rentable » (tarification à l'acte), qui rendent sujets à de multiples interprétations les valeurs de « structure démocratique », d'« égalité des soins » ou encore de « solidarité ».

L'étape de l'appropriation figure la transformation de cette invention organisationnelle en incitation à l'innovation. Ce passage n'a rien de mécanique, l'incitation pouvant rester à l'état « d'invention dogmatique », et être maintenue de force par la direction. Toutefois, les acteurs peuvent se projeter dans « une histoire qui fait échec à l'absurde », et se mobiliser progressivement, « lorsqu'ils parviennent à apporter un sens à l'invention initiale » (p.69). Les utilisateurs trouvent progressivement un sens, un autre usage, et

une efficacité à cette « incitation », en l'adaptant à leur activité. En ce sens, l'ambiguïté langagière permet de mettre en relation des individus ayant des croyances divergentes, innervés par des contextes interprétatifs pluriels. Les marqueurs langagiers mutualistes sont donc saisis par un groupe, qui, mobilisant et remobilisant ce vocable, va aménager des façons inédites de travailler, clandestines ou pas. La phase d'institutionnalisation correspond à l'intervention de la direction afin d'autoriser, de diffuser ou d'interdire les pratiques développées au sein du groupe des « innovateurs ». Ici, la direction, jugeant – de son point de vue – la cohérence entre « l'esprit mutualiste » tel qu'elle l'a suggéré et « l'esprit mutualiste » tel qu'il s'est développé, officialise ces pratiques, les valorise auprès du groupe, et ce faisant, réduit l'ambiguïté langagière initiale.

Poser la question du sens attribué au langage « institutionnel » permet ainsi d'expliquer comment les individus créent de nouvelles pratiques, mais également comment ces derniers les reproduisent, par réinterprétation et requalification (ou non) en fonction du contexte. Cette perpétuation ou ces aménagements de pratiques discursives comportent une dimension performative, car les pratiques organisationnelles véhiculées dans les discours ne préexistent pas aux sujets, elles sont produites par le processus social de répétition des discours. Les pratiques, selon Feldman et Pentland (2003), sont d'ailleurs mues par une tension entre dimension ostensive (pratique idéale reposant sur une compréhension tacite des structures existantes) et performative (pratique effectivement réalisée en situation). La dimension ostensive des pratiques peut se manifester en amont de l'action, en tant que principe directeur, ou encore *a posteriori*, comme principe justificatif ou explicatif, par référence à une représentation commune. La dimension performative est prégnante dans la création de nouvelles pratiques, mais également dans leur maintien, leur activation continue contribuant à les conforter en tant que pratique légitime. Pour qu'une nouvelle pratique devienne une routine, c'est-à-dire que son usage ne soit plus occasionnel, mais habituel, sa dimension performative doit s'adjoindre d'une dimension ostensive, créée par répétition et reconnaissance. Changer ses pratiques ou au contraire les maintenir procède de la même dynamique. Cette dernière dépend de la capacité d'agir des acteurs et de leur interprétation de l'environnement, plus particulièrement les ambiguïtés de langage véhiculées par la communication institutionnelle. En analysant deux cas distincts, celui d'une persistance et celui d'une création des pratiques en contexte de rachat, notre seconde partie s'attachera à mettre en évidence cette capacité d'agir des acteurs, et comment les ambiguïtés portées par le langage en constituent le support.

2. L'ambiguïté de langage en contexte de rachat : le cas du groupe hospitalier mutualiste

2.1. Méthodologie et présentation du terrain

2.1.1. Méthodologie

Le groupe étudié est composé de six cliniques, dont la première a été fondée en 1909 et a toujours été mutualiste, les 5 autres ayant été rachetées par la mutuelle entre 1996 et 2003. Afin d'étudier dans quelle mesure cet « esprit mutualiste » existe auprès du

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

personnel, nous avons procédé à une quinzaine d'entretiens semi-directifs par établissement, parmi les trois corps de métiers (administratifs, médecins, soignants). De façon à obtenir le panel de réponses le plus large, nous avons interrogé des personnes ayant toujours travaillé au sein de la clinique, des personnes dotées d'un certain niveau d'ancienneté (12 à 20 ans) mais ayant travaillé ailleurs auparavant, et du personnel embauché après le rachat, venant d'une structure à but lucratif. Afin d'étudier le rôle des ambiguïtés de langage de la direction dans l'appropriation par le personnel du rachat de leur clinique, nous leur avons demandé dans un premier temps de décrire ce que le rachat avait changé dans leur quotidien, puis d'expliquer comment la direction leur avait parlé du rachat et du mutualisme, et enfin, de confronter ces deux dimensions. Ces interviews ont été complétées par l'étude de documents officiels (livret d'accueil, communiqués) et de documents internes (comptes-rendus de réunion), et par une observation non participante, notamment des corps administratifs et soignants. Les données recueillies ont fait l'objet d'un regroupement thématique autour des notions les plus fréquemment citées. Ces thèmes ont par la suite été spécifiés par répondant, selon son corps de métier (administratif, médical, soignant) et son ancienneté moyenne (arrivée avant le rachat ou après le rachat). Les données ont été traitées grâce à Nvivo, dont le mode de regroupement thématique donne une grande souplesse de manipulation du codage. Nous avons procédé à un double codage systématisé.

2.1.2. Présentation du terrain d'étude : le groupe hospitalier mutualiste

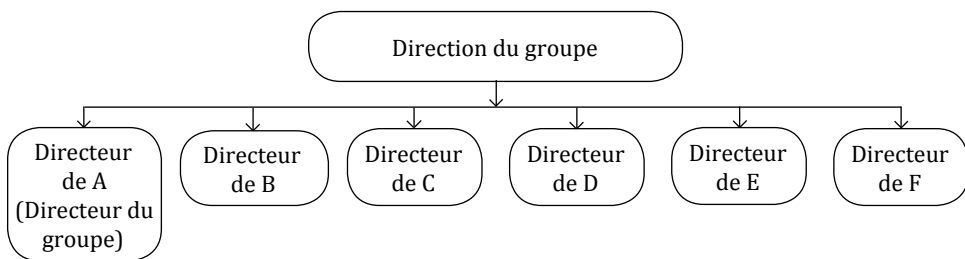
Créé au début du XX^e siècle en l'absence de tout autre dispositif d'assurance santé, le mutualisme est fondé sur le principe d'une gouvernance éthique. Couramment présenté comme une alternative viable conjuguant impératif économique et velléité éthique, au même titre que les coopératives et associations, il se caractérise par son identification corporatiste (groupements professionnels) et territoriale (ancrage communal) (Vincent et Delafosse, 2007). Ses cliniques sont régies par le code de la mutualité, selon les principes de solidarité, de non lucrativité et de proximité. En France, le secteur privé non lucratif, constitué en majorité d'établissements mutualistes (111 en 2011) ne représente que 28 % du secteur de la santé en France. Le groupe étudié est une mutuelle créée au début du XX^e siècle, qui à l'issue du rachat de ces 5 cliniques, crée le groupement d'intérêt économique « groupement hospitalier mutualiste », regroupant les 6 établissements. Ces rachats ont permis une remise aux normes des plateaux techniques et des structures d'accueil. Les cliniques sont situées dans la même région, mais dans différents départements. Sur les six cliniques, trois étaient à but lucratif (voir Tableau 1).

Tableau 1 - Composition du groupe hospitalier mutualiste

Clinique	A	B	C	D	E	F
Rachat	Créé en 1909	1996	1999	2001	2001	2003
Statut précédent	Mutualiste	Privée but lucratif	Mutualiste	Privée but lucratif	Privée but non lucratif	Privée but lucratif
Propriétaire précédent		médecins	mutuelle	médecins	association	médecins
Lits	130	70	87	35	46	56

La constitution de ce groupe témoigne d'une hiérarchie entre son « membre fondateur », la clinique A et ses « adhérents », les cinq cliniques rachetées. Si le fonctionnement quotidien de chaque clinique reste entre les mains des directions locales, les décisions liées à des investissements lourds (blocs opératoires, bâtiments, fournisseurs et logiciels communs), sont tenues en comité de direction, composé des directeurs de chaque clinique et du directeur du groupe. Aucun rachat n'a occasionné de licenciement de personnel (qui reste régi par la même convention collective), mais la démission de quelques médecins dans les établissements à but lucratif. Les modes de fonctionnement quotidiens n'ont pas été modifiés. Le mode de management du directeur de la clinique A (également directeur du groupe à l'époque) est très « paternaliste ». Il connaît et a placé chaque directeur à la tête de chaque établissement, et n'hésite pas à se rendre personnellement au sein des cliniques du groupe en cas de besoin, ce qui rend la direction locale un peu fantomatique. Seuls les chefs d'établissement communiquent avec lui. L'organigramme suivant présente la structure du groupe :

Schéma 1 - L'organigramme du groupe hospitalier mutualiste



2.1.3. « L'esprit mutualiste » selon la direction générale et des directions locales

Chaque rachat a donné lieu à une forte communication de la direction locale et générale sur « l'esprit mutualiste » animant la clinique et la distinguant de ses concurrentes. De multiples réunions de pilotage ont été tenues à cet effet, qui ont été ensuite relayées par chaque directeur auprès du personnel, dans le cadre de réunions d'information à l'issue du rachat dans un premier temps, et lors de l'inauguration de chaque nouveau bâtiment, bloc opératoire, ou investissement coûteux.

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

La direction valorise plus particulièrement trois aspects de « l'esprit mutualiste », par le biais d'un vocabulaire précis, diffusé par les documents officiels (livret d'accueil, site Internet), internes (compte-rendu de réunions), ou à l'oral (réunions, inaugurations de bâtiments ou de nouveau matériel) :

Le « partage » et le « groupe » sont largement évoqués. « Le mutualisme, c'est le groupe, on a un groupe derrière nous qui ne nous laisse plus seul. Nous ne sommes plus isolés, et ça nous donne une force ça. J'ai beaucoup insisté dessus au moment du rachat, et je pense que le personnel sait qu'il n'est plus tout seul comme c'était le cas avant » (Directeur de la clinique E). Le groupe hospitalier mutualiste est d'ailleurs décrit par la direction générale comme un « réseau de soins ». Chaque direction insiste sur la « force du groupe » formé par les six cliniques, sans pour autant en préciser la teneur.

Les valeurs de « solidarité », « d'égalité d'accès aux soins » et de « partage » sont également beaucoup rappelées, et sont opposées aux cliniques privées à but lucratif, mues par une logique économique : « Ici c'est ouvert à tout public [...]. On accepte tout genre de public, ce qui n'est pas le cas des cliniques privées » (responsable des ressources humaines, clinique C).

Ces valeurs sont également associées à celle de « qualité des soins », sans toutefois que ce lien ne soit clairement explicité. Ici, la qualité des soins est entendue comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour que le patient soit bien soigné, l'apport du mutualisme résidant dans leur dimension « humaine » (écoute et accompagnement du patient).

La dimension démocratique liée à cette structure (un homme égale une voix) est enfin citée. Ainsi, le directeur du groupe évoque un « supplément d'âme », qui se traduirait par « une reconnaissance des hommes et des structures », n'existant pas dans les structures à but lucratif.

2.2. Présentation des résultats

Le premier paragraphe relate les cas d'ambiguïté de langage n'ayant pas entraîné de changement de pratiques, et le second cas expose le développement d'une nouvelle pratique, et comment cette pratique est justifiée au regard de « l'esprit mutualiste ».

2.2.1. Ambiguïtés de langage et pratiques persistantes

Les entretiens menés mettent en évidence plusieurs situations au cours desquelles la communication de la direction sur l'esprit mutualiste est perçue comme ambiguë, ce qui permet aux acteurs de ne pas opérer de changement de pratiques.

La première ambiguïté de langage évoquée tient à l'acception du mutualisme comme groupe, et à l'appartenance des cliniques à la famille mutualiste. Le personnel remet clairement en cause cette dimension collective, car les occasions de réunir le personnel des différents établissements sont réduites au strict minimum. Par exemple, l'implantation d'un logiciel de gestion de ressources humaines et de tarification au niveau du groupe a donné lieu à quelques formations communes, mais les formations

du personnel soignant et médical restent localisées au niveau de chaque établissement. Les entretiens menés auprès du personnel offrent une explication intéressante : « Mais après nous on est pas mutualiste au niveau du personnel. Le personnel n'est pas mutualiste, il dépend de la convention des cliniques privées. Ce qui est mutualiste, c'est la clinique elle-même, ce sont les murs. Et on peut se développer parce que c'est un gros groupe, mais ce n'est... mais on est clinique privée de par nos médecins et de par le personnel » (Clinique B, directrice du personnel). Ainsi, à l'exception du personnel de la clinique A, historiquement mutualiste, et affiliée à la FEHAP (convention collective de la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privées), le personnel des autres cliniques dépend d'autres conventions collectives, moins avantageuses (CCU, 51...), même si la plupart ont été améliorées. Sans pour autant égaler la FEHAP.

La seconde source d'ambiguïté touche au temps passé au chevet d'un patient, et se rapporte à la « qualité des soins », entendue par la direction comme primordiale. Pour une partie du personnel (administratif, soignant, comme médical), elle est spécifique au mutualisme, et s'oppose aux pratiques des cliniques à but lucratif qui privilégient le nombre de patients vus sur le temps moyen donné à chaque patient. « On n'est pas là pour gagner de l'argent, on est là pour soigner le patient » (responsable RH, clinique C). Les porteurs de cette représentation ont treize ans d'ancienneté au minimum, et sont localisés principalement au sein des cliniques déjà mutualistes avant le rachat. Ainsi, la valorisation de la direction à propos de la qualité des soins est mobilisée par le personnel, et plus particulièrement le personnel soignant pour justifier la persistance des pratiques antérieures. Au contraire, le personnel issu des cliniques auparavant privées à but lucratif, perçoit un décalage entre la communication de la direction et la façon pour le moins « gestionnaire » dont est piloté le groupe. Sans nier la particularité du mutualisme, il ne reconnaît aucune spécificité organisationnelle à l'établissement dans la qualité des soins, plutôt liée à son identité professionnelle. Ce constat justifie la persistance des pratiques antérieures, indépendamment de la communication de la direction. Ce décalage entre pratiques - somme toute - uniformes, et représentations concurrentes de la qualité des soins résulte de l'ambiguïté du message de la direction, qui d'une part, affirme l'importance pour tout établissement mutualiste de la qualité apportée aux soins, et d'autre part, mène une gestion du personnel comparable à celle d'établissements à but lucratif. En effet, les services médecine interne des établissements ayant toujours été mutualistes, et les cliniques à but lucratif avant rachat comportent le même ratio personnel soignant/malade. Ce caractère artificiel du lien entre qualité des soins et mutualisme conduit donc le personnel des cliniques précédemment à but lucratif à relier leurs pratiques de soins à leur identité professionnelle plutôt qu'à modifier leur représentation en faveur du mutualisme.

La troisième ambiguïté langagière vise le non dépassement d'honoraire, largement médiatisé par la direction du groupe et les directions locales, comme signe tangible de « la solidarité » et de « l'égalité d'accès aux soins ». Le groupe plébiscite largement ces valeurs, intrinsèques au mutualisme, mais reste évasive sur ses modalités d'application. En effet, l'intervention chirurgicale en elle-même n'est pas soumise à dépassement, car elle est établie dans le cadre de la clinique, mais ce n'est pas le cas des consultations pré et post opératoires, bien qu'elles se tiennent sur le même site. Cette situation amène à une incompréhension de la fixation des honoraires, et à des interprétations plus ou

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

moins contradictoires ou critiques du mutualisme par le personnel : « On n'a pas de dépassements d'honoraires. Bon, si un médecin fait des dépassements d'honoraire, il n'est pas hors la loi, c'est un accord moral » (Secrétaire de direction, clinique C.). « Ben des dépassements d'honoraire, il y en a, moi c'est ce que me disent les patients qui viennent se faire soigner ici » (Infirmière 1, clinique E). Cette pratique « clandestine » est d'autant plus questionnée que le non dépassement d'honoraire semble perdre sa justification auprès des patients, comme des médecins : « Maintenant on choisit son chirurgien, on ne choisit pas sa clinique et tant pis s'il y a du dépassement » (Agent de facturation 1, clinique C). De même, son exercice peut à terme poser un problème d'attractivité des médecins : « Ca va moi je ne pratiquais déjà pas de dépassement, mais la nouvelle génération elle en fait, alors il y a peu de chance que la clinique en recrute » (Chirurgien, clinique D). Ces interrogations conduisent le personnel à se demander de quelle marge de manœuvre dispose en définitive la direction, et quelles sont ses intentions : « C'est une chose bien le mutualisme, mais faut pas trop embêter les médecins [...] Ce qui m'énerve, c'est [...] le fait qu'on ne puisse pas faire de dépassement, parce qu'on pourrait en faire ici » (Anesthésiste 1, clinique C). 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 (ici la fin du non dépassement d'honoraire), et de modifier son attitude quant au mutualisme tel qu'il est actuellement énoncé par la direction. Le tableau ci-dessous reprend ces trois configurations, selon la grille d'analyse d'Alter, et montre les différents degrés d'appropriation du rachat, en regard des pratiques existantes :

Tableau 2 - Ambiguïtés de langage et requalification des pratiques (inspiré d'Alter, 2005)

Degré d'appropriation	Phase d'incitation Communication de la direction	Phase d'appropriation	
		Confrontation avec les pratiques en cours	Réinterprétation locale et requalification de la pratique
Invention dogmatique : incitation de la direction ne donnant lieu à aucune appropriation	L'esprit mutualiste, une famille, un groupe.	Pas de pratiques communes ou collaboratives entre établissements.	Le rachat n'a pas changé le mode de fonctionnement des cliniques, qui restent indépendantes les unes des autres.
	La qualité des soins est primordiale.	Pour le personnel des cliniques à but lucratif avant rachat : pas de changement.	Le discours de la direction n'apparaît pas comme une incitation à changer ses pratiques.
Pas de nécessité de créer du sens et pas de changement de pratique	La qualité des soins est primordiale.	Pour le personnel des cliniques déjà mutualistes avant rachat : pas de changement.	Le rachat n'a pas changé le statut de la clinique. Le discours de la direction est une incitation à continuer ses pratiques sans les modifier.
Nécessité de créer du sens et légitimation progressive d'une pratique « tabou »	Solidarité, non sélection du patient à l'entrée.	Le dépassement d'honoraire est toléré pour les consultations pré et post opératoires.	Le contexte d'exercice a changé (dépassement comme gage de qualité auprès des patients et de fidélité des médecins) et justifie la progression mesurée de cette pratique.

2.2.2. Ambiguïtés de langage et nouvelles pratiques

Le cas suivant illustre un processus d'appropriation, ayant abouti à la création de nouvelles pratiques collaboratives, institutionnalisées par la direction. Le groupe qui en est à l'initiative se compose d'une dizaine d'individus, travaillant au sein des différents blocs opératoires des cliniques (infirmière qualicienne de A, infirmière hygiéniste, chefs de blocs des 5 cliniques rachetées, 3 surveillants de blocs). Il a acquis une vision spécifique de l'esprit mutualiste, relativement iconoclaste, associant mutualisme et bonne performance économique. Cette représentation spécifique du mutualisme, est due à deux facteurs. Le premier facteur ayant déclenché l'idée d'un « projet commun possible » est la remise aux normes de chaque bloc opératoire du groupe après rachat, et le second facteur ayant rendu « tangible » cette communauté réside dans les liens d'amitié existant entre le chef de bloc de B et l'infirmière qualicienne de A. Centre névralgique de l'établissement, le bloc opératoire doit remplir des impératifs de technicité et de sécurité. Sa correcte réfection constitue un enjeu majeur pour chaque établissement, et se trouve de ce fait étroitement règlementé. La constitution du groupe hospitalier mutualiste a donné l'occasion aux chefs de blocs des différentes cliniques d'entrer progressivement en contact, au rythme des rénovations/constructions des différents blocs. Ce travail coopératif naît en 1999, lorsque la clinique B, rachetée en 1996, commence des travaux de remise aux normes de son bloc opératoire. Cherchant comment aménager au mieux le stockage des produits et matériels, la chef de bloc prend contact avec l'infirmière qualicienne de l'établissement A. Elle la met également en relation avec le chef de bloc de la clinique A, qui a déjà vu son bloc être refait en 1998. Ensemble, ils rédigent de façon informelle un récapitulatif des points de l'opération leur paraissant importants, notamment sur l'organisation du vestiaire d'accès au bloc. En 1999 et 2001, les cliniques C et D rejoignent le groupe, et l'infirmière qualicienne se met en contact avec les chefs de blocs des deux établissements. Il est prévu que ces deux structures, situées dans la même commune et possédant des spécialités complémentaires fusionnent sur un même site géographique, opérationnel en 2009. En attendant, les deux blocs sont rénovés. Les responsables de blocs de A et B participent aux discussions, se déplacent sur le site en construction, et échangent les fichiers qu'ils ont pu constituer. En 2001 et en 2003, les cliniques E et F sont acquises. Si la clinique E reste dans les mêmes locaux et voit son bloc être remis aux normes en 2003, la clinique F emménage en 2008 dans de nouveaux locaux construits à cet effet. La chef de bloc de la clinique F se met en relation avec la communauté ainsi constituée des « chefs de bloc », et le chef de bloc de A prend l'initiative de contacter le chef de bloc de E, dont la participation au groupe reste toutefois limitée. Le groupe prend par ailleurs l'initiative de demander à la direction générale la mise en place d'un espace virtuel partagé sur l'intranet du groupe hospitalier mutualiste, afin d'échanger plus facilement ses documents. Cette requête est acceptée, et la direction médiatise cette pratique collaborative en la faisant publier dans le journal du groupe, « institutionnalisant » cette pratique au sens d'Alter. À la fin de l'année 2009, l'ensemble des blocs est fonctionnel. Cependant, le groupe reste actif, car parallèlement à l'aménagement des blocs, il cherche à améliorer ses pratiques quotidiennes d'organisation. Les représentations de l'esprit mutualiste de ce groupe épousent le développement de ces pratiques collaboratives. En effet, les dimensions collectives (travail en équipe) et décentralisées (possibilité de s'organiser librement) sont associées au mutualisme : « Le mutualisme, c'est pouvoir échanger. On partage

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

l'infirmière hygiéniste, la qualitiennne nous envoie ses documents, on peut s'échanger des idées, le mutualisme c'est le groupe » (Surveillante de bloc B). Contrairement au reste du personnel, qui utilise le mot « groupe » dans sa dimension d'exclusion (ils ne font pas partie du groupe), les membres de la communauté le mobilisent dans une perspective d'intégration : ils « font partie » du groupe mutualiste, parce qu'ils sont animés d'un même objectif. À l'esprit mutualiste est également attachée l'idée de l'efficacité, impulsée par son éthique de non redistribution des bénéfices. Les membres de la communauté l'associent (à tort ou à raison) à un investissement supérieur dans les blocs opératoires par rapport au secteur privé à but lucratif : Chaque rachat a permis la réfection des blocs. La supériorité éthique est confirmée par une supériorité économique : « Pour moi le mutualisme c'est une organisation qui marche parce que tout est réinvesti. Et les gens aussi s'investissent. On s'entend bien avec le personnel de bloc des autres cliniques. Et on profite de leurs conseils pour le nouveau bloc. Alors on est les meilleurs avec les patients parce qu'on a des moyens supérieurs et on est investis » (Surveillant bloc C). Le groupe donne ainsi du sens à ce qu'il constate (la supériorité économique du mutualisme sur d'autres structures), en « rétablissant un lien de causalité *a posteriori* entre ses actions (pratiques collaboratives), ses motivations et ses croyances (éthique du mutualisme), entre le passé et le présent » (Vidaillet, 2003).

Tableau 3 - Ambiguïtés de langage et émergences de nouvelles pratiques (inspiré d'Alter, 2005)

Incitation : Communication de la direction	Phase d'appropriation		Institutionnalisation : encouragement par la direction
	Confrontation avec les pratiques en cours	Réinterprétation locale et requalification de la pratique	
L'esprit mutualiste, une famille, un groupe.	Travail collaboratif entre les cliniques du groupe (réfection des blocs opératoires).	L'esprit mutualiste est un mode d'organisation permettant la performance économique et technique.	Hébergement par le service informatique de la base de données créée par le groupe.

2.2.3. Analyse et discussion

Ici, l'ambiguïté langagière sert de véhicule à l'ambiguïté organisationnelle. Tant que les pratiques ne sont pas stabilisées, l'ambiguïté de langage persiste. Ce lien établi *a posteriori* entre nouvelle pratique et esprit mutualiste illustre bien la nécessité, pour qu'une pratique perdure, de son ancrage performatif (meilleure efficacité dans la réfection de chaque bloc) et ostensif (réinvestissement des bénéfices dans la structure).

Les différents cas exposés montrent que l'appropriation d'un changement, et partant de là, la construction de nouvelles pratiques, nécessitent plusieurs conditions. La première réside dans la nature de l'ambiguïté langagière. Si elle est perçue comme un décalage entre langage émis par la direction et pratiques véhiculées, elle n'occasionne ni appropriation, ni de changement de pratiques. Les deux premiers cas du point 2.2.1. l'illustrent, et montrent des salariés l'interprétant au mieux comme une tentative de la direction, tirailée par ses propres contradictions de les reporter sur

ces derniers (interprétation de la qualité des soins), ou au pire comme une communication creuse (discours de la direction sur la coopération entre établissements). Si au contraire, elle est entendue en tant qu'impossibilité à interpréter le contexte et la stratégie à moyen terme de la direction, l'ambiguïté de langage permet au personnel d'anticiper un changement éventuel de pratique, davantage conforme à la lecture qu'il a de l'environnement (ici le cadre d'application flou du non dépassement d'honoraire peut préfigurer un dépassement d'honoraire encadré), même si la pratique n'évolue pas. Le point 2.2.2., le confirme, en montrant qu'une ambiguïté langagière fondée sur l'absence de connaissance du monde mutualiste peut aboutir au développement de pratiques collaboratives, et à une interprétation pragmatique du mutualisme. Dans ce cas, l'ambiguïté organisationnelle laisse des marges d'interprétations permettant de sélectionner les pratiques paraissant les plus appropriées au contexte.

La seconde condition est liée à la nature de l'incitation. Si cette dernière émane uniquement de la direction, et se trouve directement (non dépassement d'honoraire, coopération entre cliniques) ou indirectement (qualité des soins) associée au mutualisme, elle n'engendrera aucun changement de pratiques, mais ralentira également la diffusion de l'éthique mutualiste. En revanche, si elle procède également de l'extérieur (de la HAS - haute autorité de santé - concernant la rénovation des blocs), et revêt un caractère obligatoire, elle a plus de probabilité d'engendrer de nouvelles pratiques, les salariés étant plus libres d'interpréter ce contexte sans la chape éthique de la direction.

La dernière condition tient à la mise en place d'une communauté locale. Le groupe au sein duquel se développe ces pratiques peut en ce sens apparaître comme une communauté de pratique au sens de Lave et Wenger, c'est-à-dire un groupe informel, spontané et autonome, réunissant des individus concernés par le même métier, les mêmes pratiques (Lave et Wenger, 1991) ou un domaine de savoir commun. Concomitamment au développement de nouvelles pratiques émerge une construction commune des représentations de l'environnement des individus, se caractérisant par sa fonction identitaire (ici le mutualisme comme groupe). Plusieurs facteurs interviennent dans la mise en place de cette communauté : sa dimension informelle et spontanée, ayant pour origine l'amitié entre le chef de bloc de B et l'infirmière qualicienne de A, le partage de ces pratiques, l'infirmière qualicienne jouant ici le rôle d'entrepreneur institutionnel (Battilana et Dorado, 2010), et son aspect performatif (chaque membre voit précisément les avantages à retirer en contexte d'obligation de résultat à produire à des échéances précises et difficilement reportables).

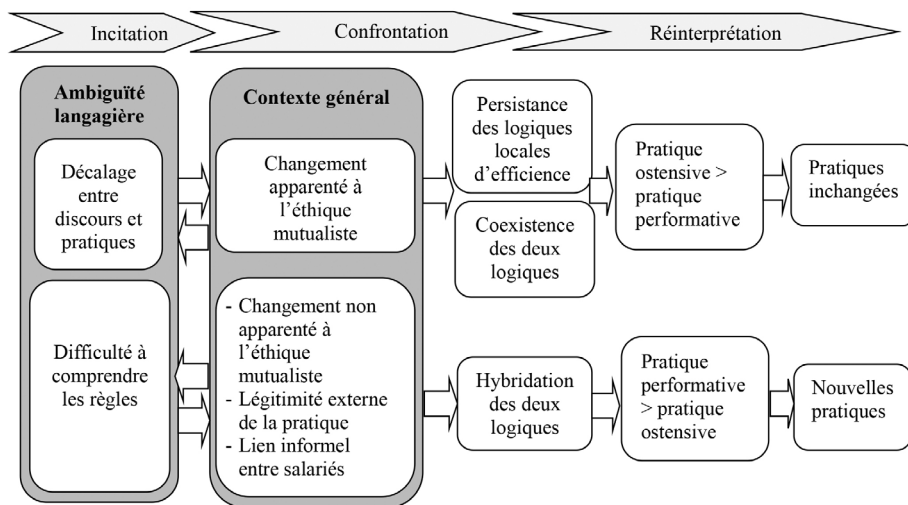
Plus généralement, cette étude de cas montre qu'un changement de pratique sous-jacent (non dépassement d'honoraire) ou effectif (travail coopératif sur les blocs opératoires) procède d'une évolution des logiques institutionnelles en place. En effet, au sein de cliniques rachetées par le groupe mutualiste coexistent deux logiques institutionnelles, définies par Greenwood et al. (2010) comme un système de règles, d'outils et de valeurs fournissant des lignes d'actions et de compréhension aux individus. La première logique est basée sur la recherche d'efficacité, et la seconde logique exalte l'éthique mutualiste. Elles peuvent être contradictoires entre elles, d'autant plus qu'elles sont simultanément ou alternativement portées par les salariés et la direction au gré des circonstances. De ces contradictions répétées émergent trois situations : la domination d'une logique sur l'autre, la coexistence de deux logiques, et leur hybridation. La pre-

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

mière situation, illustrée par la non coopération entre cliniques malgré les injonctions de la direction générale, montre la persistance des logiques locales, fondées sur une efficacité des pratiques actuelles. Le second cas, mis en évidence par la stabilité des pratiques de soins, montre la coexistence d'une logique d'efficacité (portée par les salariés des cliniques à but lucratif avant rachat), et d'une logique mutualiste (portée par le personnel des cliniques ayant toujours été mutualistes). Le dernier cas, figuré par le non dépassement d'honoraire et « l'invention » de pratiques collaboratives entre membres des différents blocs opératoires, témoigne d'une hybridation de ces deux logiques, aboutissant à la représentation du mutualisme comme un « groupe (logique de l'éthique mutualiste) efficace (logique de l'efficacité) ». Ces nouvelles pratiques sont rendues possibles car, portant davantage sur les moyens et les plans d'actions que sur des valeurs fondamentales, elles remettent peu en cause la cohabitation des deux logiques (Pache et Santos, 2010).

Enfin, les différents cas exposés montrent que le processus d'appropriation est essentiellement réflexif, et que s'il contribue à reproduire la structure organisationnelle, elle-même évolue à travers les actions des acteurs, dans un mouvement de perpétuelle structuration (Giddens, 1984). De même, la poursuite d'une pratique en contexte de changement relève d'une requalification de cette dernière. Cette requalification revêt un aspect performatif, la pratique étant jugée à l'aune de ce changement. Le schéma suivant retrace l'ensemble du processus d'appropriation :

Schéma 1 - Le processus d'appropriation



Ce schéma met en évidence le rôle déterminant des ambiguïtés de langage comme « choc » créateur de sens (Weick, 1995). Pour cet auteur, ce sont moins les régularités dans les organisations que les perturbations, les pressions contradictoires, les chocs qui constituent les conditions du *sensemaking* et modifient les représentations et les pratiques. Cette étude insiste également sur l'importance de laisser le personnel se saisir de cette ambiguïté, afin de se l'approprier. Selon Eisenberg (1984), l'ambiguïté

de langage constitue ainsi une ressource, permettant une latitude organisationnelle certaine. De ce fait, l'ambiguïté de langage serait souhaitable, et ne constituerait pas nécessairement une dimension à laisser inexploitée ou à occulter.

Sur un plan théorique, cette recherche, en faisant appel à une littérature plus anthropologique de la culture d'entreprise, complète l'analyse traditionnelle des sciences de gestion qui met l'accent sur la dimension intégrative de l'organisation, mais néglige d'étudier les facteurs de cette construction sociale, et les forces internes lui permettant d'évoluer. Sur un plan managérial, elle décrit comment des dynamiques locales émergent, et peuvent être sources de logiques institutionnelles nouvelles.

Bibliographie

- ALTER N. (2005), *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF.
- BATTILANA J., DORADO S. (2010), "Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations", *Academy of Management Journal*, Vol. 53, No. 6, pp. 1419- 1440.
- BOWLES M.-L. (1989), "Myth, meaning and work organization", *Organization Studies*, Vol. 10, n°3, p. 405-421.
- EISENBERG E.-M., (1984), "Ambiguity as strategy in organisational communication", *Communication Monograph*, Vol. 51, p. 229.
- FELDMAN M. (1991), "The meaning of ambiguity : Learning from stories and metaphors", in Frost et al., *Reframing corporate culture*, Sage.
- FELDMAN M.-S., PENTLAND B.-T. (2003), "Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 48, No. 1.
- FRONDA Y. (2008), « Diversité culturelle et instrument de gestion : un récit de la mutation d'une grande entreprise française », *Management & Avenir*, n°18, p. 147-162.
- FROST P.-J. et al. (1991), *Reframing corporate culture*, Sage.
- GHERARDI S. (2008), « Aujourd'hui les plaques sont molles ! Savoir situé et ambiguïté dans une communauté de pratiques », *Revue d'anthropologie des connaissances*, n° 3, p. 3-35.
- GIDDENS A. (1984), *La constitution de la société*, PUF.
- GODELIER E. (2006), *La culture d'entreprise*, Editions la découverte, collection repères, Paris.
- GODELIER E. (2009), « La culture d'entreprise, source de pérennité ou source d'inertie ? », *Revue française de gestion*, n°192, p. 95-111.
- GREENWOOD R., MAGÁN DÍAZ A., XIAO Li S., CÉSPEDES LORENTE J. (2010), "Multiplicity of Institutional Logics and Heterogeneity of Organizational Responses", *Organization Science*, 21, pp. 521-539.

Les ambiguïtés de langage comme support de l'appropriation du changement par le personnel : le cas du groupe hospitalier mutualiste

GRIMAND A. (2012), « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & Avenir*, n°54.

GRIMAND A. (2006), *L'appropriation des outils de gestion. Vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Presses universitaires de Saint Etienne.

GROSJEAN M., LACOSTE M. (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, PUF, Paris.

HAMPDEN-TURNER C. (1992), *La culture d'entreprise : des cercles vicieux aux cercles vertueux*, Editions Le Seuil, Paris.

LAVE J, WENGER E (1991), *Situated Learning : Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge University Press.

MARCH J. et OLSEN J. (1976), *Ambiguity and Choice in Organizations*, Bergen, Norway : Universitetsforlaget.

MERCIER S. (2001), « L'instrumentalisation des valeurs : une ressource stratégique pour l'entreprise ? », *Gestion*, Vol. 26, p.12-18.

PENROSE E. (1959), *Theory of the Growth of the Firm*, John Wiley, New York.

ROJOT J. (2005), *Théorie des organisations*, Editions ESKA, 2^{ème} édition, Paris.

SMIRCICH L. (1983), "Concepts of culture and organizational analysis", *Administrative Science Quarterly*, Vol 28.

TYWONIAK S.-A. (1998), « Le modèle des ressources et des compétences : un nouveau paradigme pour le management stratégique ? », in H. Laroche, J.-P. Nioche (Coord), *Repenser la stratégie : fondements et perspectives*, Vuibert, Paris, 166-204.

VELTZ P. (2000), *Le nouveau monde industriel*, Gallimard, Paris.

VIDAILLET B. (2003), *Le sens de l'action : Karl E. Weick : socio psychologie de l'organisation*, Vuibert, Paris.

VINCENT H. et DELAFOSSE M. (2007), « Mutualité et ancrage territorial : évolutions et enjeux », *Colloque ESS, territoire et politique : regards croisés*, Sciences Po Bordeaux, 29-30/11.

Vygotski L. (1934), *Pensée et langage*, Collection « Terrains », Éditions Sociales, Paris, 1985, Rééditions : *La Dispute*, Paris, 1997.

WEICK K.-E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Thousand Oaks : Sage.

WEICK K., ROBERTS K. (1993), "Collective mind in organizations : heedful inter-relating on flight desks", *Administrative science quarterly*, n°38, 357-81.

WERNERFELT B. (1984), "A resource-based view of the firm", *Strategic management Journal*, 5 (1), 171-180.

WINTERS S. (1987), "Knowledge and Competence as Strategic Assets", *The Competitive Challenge*, édité par D. Teece, Ballinger, Cambridge Mass., p. 170.