

# DE LA CULTURE COMME CONSTRUIT SOCIAL-LE CAS D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER MUTUALISTE

RÉALITÉS MÉCONNUES

La plupart des études portant sur le thème de l'intégration culturelle sont orientées vers la mise en évidence de l'existence de valeurs communes, dont le partage rendrait l'organisation cohérente et faciliterait l'action organisée. À ce courant dominant se juxtaposent d'autres travaux davantage axés sur les dimensions conflictuelles ou ambiguës de la culture, qui mettent en évidence sa portée uniquement locale (sous-cultures).

En dépassant la dichotomie d'une intégration culturelle basée sur le partage de valeurs (l'organisation comme source de cohérence) ou sur un rapport de pouvoir (l'organisation comme lieu de non-cohérence et de conflits), nous proposons une approche de la culture résultant d'accords partiels négociés incluant ces deux logiques. Étudier la culture à travers cette dimension de construit social nécessite de comprendre les stratégies d'action du personnel qui permettent d'aboutir à un fonctionnement collectif. Ces stratégies étant par ailleurs indissociables de la perception du contexte local, il est nécessaire de prendre en compte la complexité de l'organisation et de son contexte, tels que le personnel se les représente.

Nous illustrerons cette vision construite de la culture d'entreprise au travers d'une étude de cas multi-sites. L'organisation présentée ici est un groupe mutualiste constitué par croissance externe (comportant six cliniques, dont cinq ont été rachetées ; ces dernières, bien qu'étant sou-

mises depuis lors au code de la mutualité, ont du mal à en percevoir les spécificités).

Par **Jennifer URASADETTAN** \*

**D**epuis 1970, le secteur de la santé a subi maintes reconfigurations motivées par une contrainte de financement croissante. D'importantes transformations institutionnelles visant à responsabiliser les « offreurs » de santé ont été réalisées, qui ont conduit à une concentration du secteur (par fermetures ou regroupements de cliniques). Dans ce contexte instable, le groupe étudié poursuit une stratégie de croissance par acquisitions (avec le rachat de cinq cliniques privées en dix ans), afin d'atteindre une taille viable. Sa constitution suppose le partage d'une culture commune, les cliniques acquises étant désormais soumises au code de la mutualité. La direction (au niveau général et local) met un point d'honneur à véhiculer les représentations et les pratiques mutualistes, telles qu'elle les entend. Cependant, ce point de vue est difficilement assimilé par le personnel des cliniques rachetées, sans que cela occasionne, pour autant, des dysfonctionnements particuliers pour les patients.

La plupart des modèles visant l'intégration culturelle sont fondés sur le partage d'un même « système idéal », moteur de l'action organisée. Il semble donc que ces modèles préjugant d'une cohérence excessive entre représentations prônées et pratiques en vigueur ne soient pas représentatifs de la situation telle que le personnel hospitalier la vit. Notre objectif est, à travers la mise en évidence au sein du groupe de différents modes d'intégration distincts de celui prôné par la direction, de relativiser la vision dominante de l'intégration culturelle, à savoir une intégration culturelle basée sur des valeurs partagées.

À cet effet, nous traiterons, dans une première partie, de la littérature relative aux notions de culture et d'intégration culturelle. Nous exposerons, ensuite, notre méthodologie de recherche. Enfin, dans une dernière section, nous présenterons notre analyse de terrain.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE ET PROPOSITION D'UNE APPROCHE

Le niveau de cohérence de la culture d'entreprise et le degré de consensus au sein de l'organisation

Les situations de fusion-acquisition, et plus généralement la transposition du concept anthropologique de culture dans le champ de la gestion, posent implicite-

ment la question de l'universalité des pratiques de gestion et de la cohérence organisationnelle. Concept fortement controversé (MARTIN *et al.*, 2003), la culture d'entreprise reste cependant une notion pertinente dans l'étude du processus d'intégration du salarié à son organisation. Définie par SCHEIN (1985) comme « l'ensemble des hypothèses fondamentales qu'un groupe donné a inventé, découvert et constitué en apprenant à résoudre ses problèmes d'adaptation à son environnement et d'intégration interne », elle « impose certaines solutions » (HAMPDEN-TURNER, 1992) et crée une cohérence entre l'organisation et son environnement. Cette notion de cohérence est centrale, car elle oriente la perception et l'utilisation de la culture. MARTIN (2003) démontre ainsi que les théories « culturelles » sont axées autour de trois perspectives.

La perspective « d'intégration », qualifiée de « courant dominant » (SWIDLER, 1986) en raison de son hégémonie en sciences de gestion, regroupe l'ensemble des théories décrivant la culture en termes d'éléments concordants apportant sa cohérence à l'organisation. La culture est perçue comme un ciment organisationnel (HAFSI et DEMERS, 1997). Les tenants de ce courant démontrent l'existence d'une logique interne à l'entreprise, matérialisée par un rapport de causalité réciproque entre dimension idéelle de la culture (valeurs, croyances, représentations) et comportements. La culture constitue un outil au service de la performance, la pérennité de l'entreprise dépendant de son niveau de cohérence entre sous-systèmes (KAVANAGH et ASHKANASY, 2006). De ce fait, elle doit être partagée par tous ses membres et l'intégration culturelle doit s'appuyer sur un socle de valeurs communes. Ce type de processus a néanmoins été remis en cause, notamment en raison de son postulat d'un déterminisme entre valeurs et action (GODELIER, 2006). Sa deuxième limite, d'ordre théorique, celle-là, réside dans la confusion faite entre cohésion et consensus, la cohésion faisant seulement référence à une capacité à travailler collectivement de manière efficace, là où le consensus exige un accord (THÉVENET, 1999). Dès lors, le fait d'envisager la culture comme source de consensus et d'action au sein de l'entreprise a des incidences directes sur le processus d'intégration culturelle. Partant d'une optique exclusivement managériale, elle tend à assimiler toute interprétation locale des événements, au mieux, à une

\* Docteur en sciences de gestion, Université Montpellier II, CREGOR.

sous-culture et, au pire, à de la résistance au changement.

Mais, à cette vision holiste de la culture, les auteurs opposent deux autres courants.

*Ainsi, le point de vue de la différenciation* reconnaît la culture comme source de cohérence, mais uniquement au niveau des sous-cultures constituant l'organisation (SAINSEULIEU, 1977 ; CAMERON et QUINN, 1998).

*Enfin, l'optique de fragmentation*, en remplaçant l'ambiguïté (c'est-à-dire les différentes interprétations ou les différentes façons de réagir face à un même phénomène) au cœur de son analyse (THÉVENET, 1999), rompt tout lien entre culture et cohérence. Cet appariement ne constituerait, en définitive, qu'un dogme de signification et d'ordre, que propageraient 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 ». En relativisant la portée déterministe, globale et structurante des valeurs telles qu'elles sont envisagées par la perspective d'intégration, ces deux derniers courants replacent les interprétations des individus au cœur du processus d'action organisée. Comme le soulignent ALDRICH et FIOL (1994), l'action collective n'est pas le fruit d'une vision partagée de l'environnement, mais bien plutôt celui d'une vision d'une concomitance purement factuelle de plusieurs actions au sein d'un groupe. Ces différentes acceptions de la culture ont un impact sur les modalités d'intégration culturelle, dans le cadre d'une fusion-acquisition.

#### Le degré de consensus au sein de l'organisation et le mode d'intégration culturelle sous-jacent

En démontrant que la perception de sa propre culture d'entreprise par un de ses membres dépendait en grande partie de sa position au sein de l'organisation, MEYERSON (1991) met en avant le point de vue intérateur de l'entreprise d'accueil et, plus précisément, celui de la direction. En valorisant l'idée d'identité et de reconnaissance d'une autorité, cette dernière incite fortement les nouveaux membres à adopter les codes, ces évidences partagées guidant le comportement déjà en exergue (DEGOT, 1985). Ce processus d'intégration culturelle visant à une assimilation (BERRY, 1983) est donc unilatéral, le groupe épousant l'identité et la culture de l'autre groupe. Cependant, BUONO et BOWDITCH (1989) démontrent que ce mode d'intégration débouche souvent sur une logique « eux » VS « nous » conduisant à un rejet organisationnel de l'autre.

Contrairement à la perspective d'intégration, les courants de la différenciation et de la fragmentation prennent en compte les différences de culture existant

entre groupes et ils relativisent la notion de valeur en tant que garante de l'unité des comportements. MEYERSON (1991) démontre, à cet égard, que les employés ou le groupe acquis (dans le cadre d'une fusion-acquisition) partagent une vision différenciée ou fragmentée de la culture, contrairement à la direction ou au groupe acheteur. Cette reconnaissance de la diversité culturelle peut conduire à deux modes d'intégration culturelle distincts : le mode conflictuel ou le mode négocié. BERRY (1983) démontre que, si l'entreprise acheteuse refuse que l'entité acquise préserve sa culture et ses pratiques, l'intégration culturelle aboutira, soit à une séparation (peu d'échanges culturels, en raison d'un fonctionnement indépendant des deux entités), soit à une déculturation (fonctionnement conjoint des deux entités, mais difficultés au sein de l'organisation achetée). Si, au contraire, l'organisation acheteuse accepte que l'entité acquise préserve sa culture, le processus conduira à une intégration, caractérisée par la construction progressive de pratiques culturelles communes permettant aux deux structures de fonctionner conjointement. Ce dernier mode, basé sur la négociation, est à rapprocher de la vision cognitive de l'organisation, qui envisage cette dernière comme le produit d'un ordre provisoire négocié entre les acteurs (ici, l'entreprise d'accueil et l'entreprise acquise) au cours de leurs interactions (GRAY *et al.*, 1985). Ce consensus est moins le résultat de l'adhésion totale et entière des individus à des éléments communs que la matérialisation d'un compromis autour d'une solution moyenne.

De ce fait, les différences de perspective de la culture existant entre entreprise d'accueil et entreprise acquise peuvent conduire à un décalage en matière de modalités d'intégration culturelle. Le tableau 1 de la page suivante illustre cet écart.

Plusieurs recherches se sont attachées à définir le processus de gestion et d'intégration le mieux adapté au contexte (SARGIS ROUSSEL, 2004). Cependant, la plupart s'accordent sur l'importance d'une gestion de la diversité culturelle par l'entreprise d'accueil (PRAHALAD et BETTIS, 1986). L'équipe dirigeante doit être capable d'aménager son processus d'intégration afin de prendre en compte les particularités de l'entité acquise, sous peine de dysfonctionnements (BARABEL *et al.*, 2003). Par conséquent, la direction doit apprendre à passer d'une optique d'assimilation à une optique d'intégration.

Au travers de l'étude du processus d'intégration du groupe hospitalier mutualiste, notre objectif est de démontrer que non seulement le processus d'intégration ne suit pas le modèle dominant de l'assimilation, mais qu'il peut aussi emprunter les autres composantes. Ainsi, l'assimilation attendue par l'entreprise d'accueil peut déboucher sur un mode d'intégration ou sur un mode séparation/déculturation, lorsque le personnel des entreprises acquises cherche à s'approprier les codes émanant de la direction. L'intégration cultu-

Entité	Entreprise d'accueil	Entreprise acquise		
Perspective culturelle (MARTIN, 2003)	<b>Intégration</b> <i>Une seule culture au sein du groupe</i>	<b>Différenciation et Fragmentation</b> <i>Plusieurs cultures au sein du groupe</i>		
Mode de consensus correspondant	Consensus résultant d'une imposition ou d'une acceptation des pratiques ou des représentations de l'entreprise d'accueil	Pas de consensus entre l'entreprise d'accueil et l'entreprise acquise		Consensus résultant d'une négociation
Mode d'intégration culturelle (BERRY, 1983)	<b>Assimilation</b> <i>adoption des codes de l'entité d'accueil</i>	<b>Séparation</b> <i>Fonctionnement séparé des deux entités</i>	<b>Déculturation</b> <i>Fonctionnement conjoint, mais difficultés pour l'entité acquise</i>	<b>Intégration</b> <i>Fonctionnement conjoint et mise en place de codes communs</i>

Tableau 1 : Acceptions de la culture et modalités d'intégration culturelle

relle repose donc sur les modalités de partage des pratiques/représentations souhaitées par la direction et acceptées par les nouveaux membres, que ces consensus résultent d'une négociation ou qu'ils résultent d'une simple acceptation.

Le mutualisme et les spécificités des cliniques mutualistes

Détenant 59 % des parts de marché de l'assurance complémentaire de santé, la mutualité possède cent trois établissements hospitaliers. Définies par le code de la mutualité comme « des personnes morales de droit privé à but non lucratif », les mutuelles mènent, grâce aux cotisations versées par leurs adhérents, « des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide visant à améliorer leurs conditions de vie » (A. L111-1). Créé afin que ses adhérents puissent se prémunir contre le risque, ce mouvement s'est construit autour de principes spécifiques opposés à la sphère marchande, tels que la solidarité ou le but non lucratif. Selon VINCENT et DELAFOSSE (2007), il se distingue également par son identification corporatiste (les groupements professionnels constituant la structure fondamentale de leur organisation économique et sociale) et territoriale (avec un ancrage communal, départemental, puis régional).

La clinique privée constitue un objet de recherche peu et mal connu des sciences de gestion, les travaux s'étant concentrés sur l'hôpital public (TSCHÉULING *et al.*, 2000) ou sur certains acteurs des cliniques (notamment les médecins) sans, pour autant, adopter de perspective organisationnelle (PIOVESAN, 2003). Toutefois, certains traits caractéristiques émergent. Tout comme les hôpitaux, les cliniques constituent des bureaucraties professionnelles (PELLET, 2000). Caractérisées par l'importance donnée à leur centre opérationnel, elles comportent un nombre important de professionnels relativement indépendants vis-à-vis

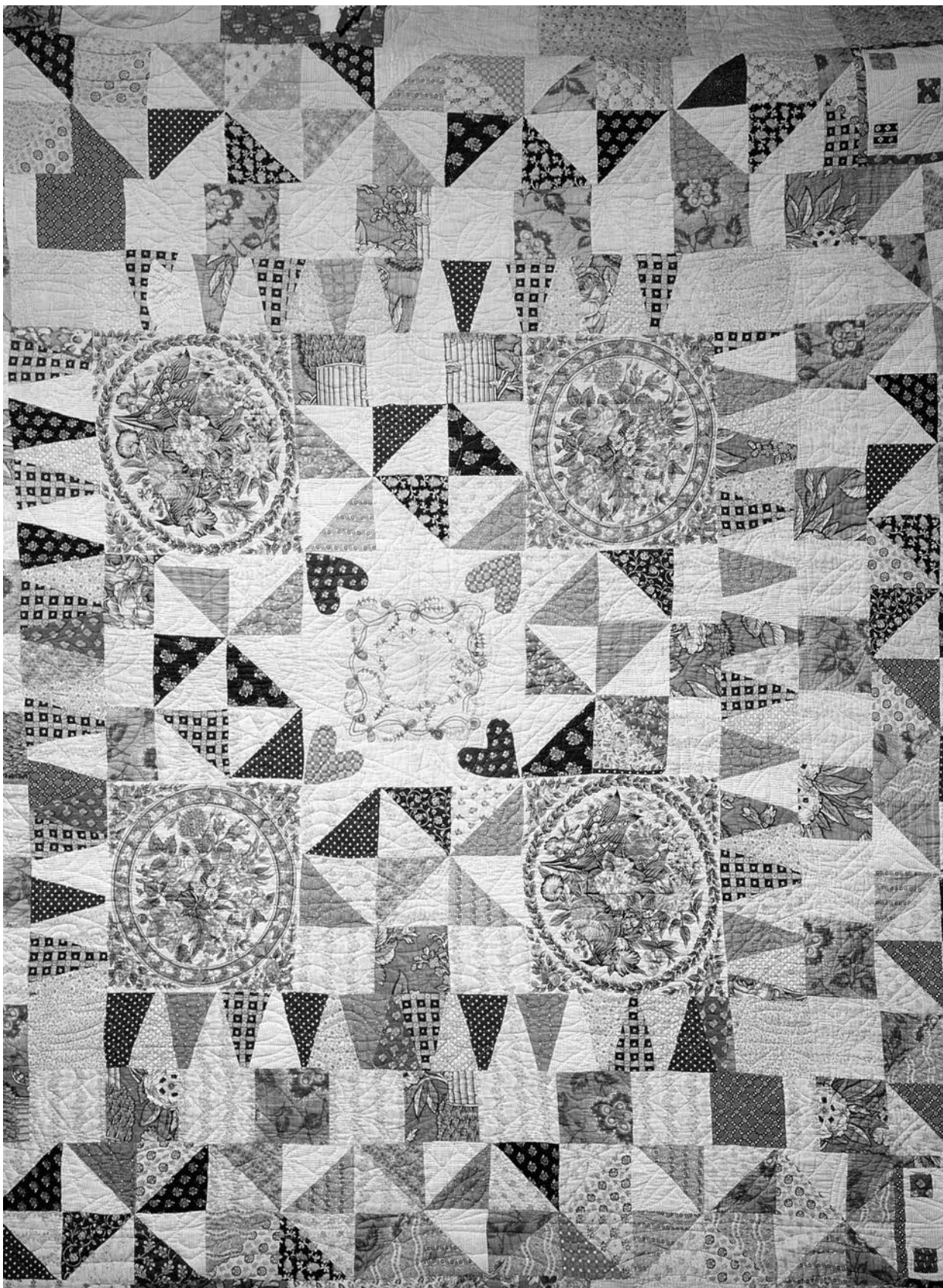
de leur hiérarchie (directeurs d'établissements) et n'ayant de comptes à rendre qu'à leurs patients. Les cliniques n'offrent que très peu d'occasions d'interactions entre les différents corps de métiers (exception faite des équipes, en bloc opératoire).

Contrairement aux autres pays européens, où le secteur privé non lucratif constitue près de la moitié des établissements, le secteur privé non lucratif, constitué en majorité d'établissements mutualistes, ne représente, en France, que 28 % du secteur de la santé. Les travaux en gestion portant sur les spécificités mutualistes des cliniques sont inexistantes. Seules des études d'historiens laissent à penser que les principes mutualistes ont une incidence sur l'orientation stratégique de l'établissement (DREYFUS *et al.*, 2006). Le principe de solidarité se traduit ainsi par la non sélection des patients à l'entrée, tant en terme pécuniaire (pas de dépassement d'honoraires) qu'en terme de pathologie (prise en charge des cas « rentables » comme des cas « non rentables »). De même, l'orientation non lucrative amène au report des bénéfices réalisés dans la structure, plutôt qu'à leur redistribution à d'éventuels « actionnaires ». Enfin, le principe de démocratie (un homme = une voix) aboutit à une gouvernance collective de la clinique par les adhérents de la mutuelle.

## ÉTUDE DE CAS

### Collecte et traitement des données

Afin de comprendre le processus d'intégration culturelle des groupes, nous avons procédé à une analyse intersites. Cette démarche, caractérisée par sa durée et le fort degré d'imprégnation du terrain, a été facilitée par notre introduction au sein du groupe, dans le cadre d'une Convention Industrielle de Formation



Dewar & Neale Fine Art Auctioneers, Newbury, Berks, UK/Ph © The BRIDGEMAN ART LIBRARY

JENNIFER URASADETTAN

Les cliniques n'offrent que très peu d'occasions d'interactions entre les différents corps de métiers (exception faite des équipes, en bloc opératoire). - Patchwork, création de Mary Ann Radley, 1804.



par la Recherche (CIFRE). Concomitamment à une étude de données secondaires internes (comptes rendus des réunions mensuelles de pilotage, journaux internes), une revue de presse sur le secteur a été réalisée en vue de préciser le contexte de la constitution du groupe. Par la suite, le recueil des données s'est principalement appuyé sur la conduite d'entretiens semi-directifs réalisés *a posteriori* (à l'issue du rachat de l'établissement) auprès des trois corps de métier des six établissements (administratif, médical et soignant). La grille d'entretien a servi de trame aux 73 interviews réalisées. Les discours rapportés ont permis d'identifier les différents modes d'intégration culturelle en exergue au sein du groupe. Les données ont été traitées grâce au logiciel NVivo, dont le mode de regroupement thématique donne une grande souplesse de manipulation du codage et de construction progressive des catégories. Dans un souci de fiabilité, nous avons procédé à un double codage systématisé (MILES et HUBERMAN, 2003).

Les thèmes et sous-thèmes recensés à l'issue de l'analyse sous-tendent trois axes :

- l'axe « Éléments (pratiques professionnelles comme organisationnelles) spécifiques et non spécifiques à l'établissement » s'attache à formaliser les représentations qu'a le personnel de son établissement, au travers de ses spécificités. La perception de l'environnement (y compris le groupe mutualiste) montre dans quelle mesure celui-ci contribue à modifier des pratiques bien établies ;
- l'axe « Liens entre changements perçus et Mutualisme » vise à comprendre comment le mutualisme influence les pratiques du personnel et présente la construction des liens existant entre pratiques du mutualisme et représentations du mutualisme ;
- enfin, en explicitant le degré de contribution du mutualisme à la performance de la structure, l'axe « Liens entre performance et Mutualisme » met en relief la relation entre le mutualisme et la pérennité de l'établissement.

Ces axes mettent en évidence l'ensemble des consensus émanant du personnel sur le rachat de leur établissement par le groupe. Afin de lier l'analyse de contenu avec les modes d'intégration en exergue au sein du groupe, nous avons catégorisé les consensus portant sur les nouvelles représentations et sur les nouvelles pratiques consécutives au rachat, selon que ces consensus résultaient d'une négociation ou d'une acceptation spontanée par le personnel.

#### Le contexte de la création du groupe et les objectifs attendus par la direction

Le secteur de la santé se caractérise par une contrainte de financement croissante conduisant à une restructuration des établissements de santé. Selon une étude datant de 2005 et menée par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des

Statistiques du ministère de la Santé et des Sports), « les établissements privés ont vu leur nombre se réduire d'environ 2400 à un peu moins de 1900 depuis le milieu des années 1990 ». Cette concentration est amplifiée par la politique de normalisation de l'offre menée par les pouvoirs publics, qui oblige chaque établissement à demander l'accréditation de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour pouvoir continuer à fonctionner.

N'échappant pas à cet impératif de survie, le groupe mutualiste s'est orienté vers une politique de croissance externe, afin d'avoir plus de poids face aux autorités locales. Disposant de réserves financières, le groupe rachète, entre 1996 et 2003, cinq cliniques privées connaissant une situation financière précaire en raison de leur petite taille et de leur incapacité à investir dans leur structure. Effectués avec l'agrément de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) désireux de maintenir une offre de santé en milieu rural, ces rachats ont permis une remise aux normes des plateaux techniques. Chaque clinique (à l'exception de A et B) est située dans un département différent d'une même région. À côté de l'objectif de devenir un acteur incontournable de la santé locale, la direction du groupe recherche des synergies, tant au niveau de sa politique de fournisseurs qu'à celui de l'unification de ses logiciels de gestion.

#### Le projet d'intégration culturelle de la direction

Le processus de rachat des différents établissements s'est déroulé sur sept ans (de 1996 à 2003), au cours desquels cinq établissements (dont trois avaient auparavant un but lucratif) ont été acquis par le groupe mutualiste. Les caractéristiques de chaque structure sont indiquées dans le tableau 2 suivant.

L'assimilation des cliniques B, D et F semblait plus hasardeuse aux yeux du directeur du groupe, en raison de leur passé d'établissement à but lucratif. Il craignait notamment un départ massif des praticiens, désormais soumis au non-dépassement des honoraires. Or, le bilan social montre qu'il n'y a pas eu plus de départs dans ces structures que dans les cliniques C et E.

La constitution du « groupe hospitalier mutualiste » témoigne d'une hiérarchie entre son « membre fondateur » (la clinique A) et ses « adhérents » (les cinq cliniques rachetées). La clinique A a exprimé sa volonté d'associer le personnel au changement de représentations et de pratiques en nommant à la tête de chaque établissement un nouveau directeur issu du monde mutualiste, chargé, entre autres choses, de promouvoir cet « esprit mutualiste ». Les décisions stratégiques, c'est-à-dire les décisions constituant un investissement important (réfection des blocs opératoires ou des bâtiments, gros travaux de remise aux normes) sont prises en comité de direction, présidé par le directeur du groupe (directeur

Cliniques	A	B	C	D	E	F
Date de rachat	Créé en 1909	1996	1999	2001	2001	2003
Statut avant rachat	Mutualiste	Privée but lucratif	Mutualiste	Privée but lucratif	Privée but non lucratif	Privée but lucratif
Précédent propriétaire		Médecins	Mutuelle	Médecins	Association	Médecins
Nombre de lits	130	70	87	35	46	56
Personnel	339	160	226	119	102	73
Contexte rural/urbain	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Rural	Rural
Concurrence	Forte	Forte	Forte	Faible	Faible	Faible

Tableau 2 : La constitution progressive du groupe

de la clinique A), qui est le décideur final. Chaque établissement s'est vu imposer le même système d'information, dont la maintenance est assurée par le siège. Les achats de petit matériel médical et chirurgical sont regroupés. Concomitamment à ce mode de fonctionnement étroitement couplé et fortement hiérarchisé, la gestion quotidienne de chaque établissement reste entre les mains du directeur local.

Le mode de management du directeur de la clinique A, qui est également le directeur du groupe, est très « paternaliste » : « *On est géré par quelqu'un qui a l'esprit mutualiste à 600%, quoi ! Et qui tire toutes les ficelles, si on ne l'a pas, il nous impose à bon escient les décisions... Il gère son entreprise à la paternaliste et il se comporte comme ça avec ses employés. Il sait tout...* » (Assistante RH, clinique A). Il connaît et a placé chaque directeur à la tête de chaque établissement, et il n'hésite pas à se rendre en personne dans les cliniques du groupe en cas de besoin, ce qui rend la direction locale un peu fantomatique : « *on le sait, que la décision, au final, elle est prise par Mr B. (le directeur du groupe) ; Mr A. (directeur de la clinique F), il est là pour la représentation, mais il n'a pas les vrais pouvoirs* » (ASH, clinique D).

Tenant à ce que cette culture soit unanimement partagée, il a chargé les directeurs d'établissement de diffuser « l'esprit mutualiste » : « *Le directeur a essayé de mettre à la tête du groupe des gens qui ont une vision du groupe ; on joue pour le groupe* » (La directrice de B). De multiples réunions de pilotage ont été tenues à cet effet. Les comptes rendus de réunion, confirmés par les interviews des directeurs, témoignent, tout d'abord, d'une mission de solidarité donnant un sens au travail du personnel : « *Cette entreprise a des finalités particulières ; elle diffuse de l'espoir, des réponses à des angoisses* » (Directeur du groupe). Elle se traduit ainsi par une façon de fonctionner particulière. Par opposi-

tion au côté impersonnel de l'hôpital et à l'esprit de lucre de la clinique à but lucratif, la structure mutualiste place le patient au cœur de son dispositif de soin : « *On nous dit d'ailleurs que l'accueil est toujours très très bien ; on a un bon suivi des patients. On est toujours présent ; j'ai été formée comme ça, dans cet état d'esprit, voilà. Je n'ai que cette référence... Vous savez, quand je vais à l'hôpital pour des visites, voir des gens hospitalisés, pff...c'est complètement impersonnel, je veux dire...* » (Aide soignante, clinique A).

De même, le non-dépassement d'honoraires par les médecins change leurs rapports au patient : « *Cet aspect commercial de la médecine me gênait. Depuis mon entrée dans cette clinique, je n'ai plus jamais parlé d'argent. [...]. Ça peut influencer sur la pratique chirurgicale : vous pouvez être incité à pratiquer un acte chirurgical parce que le patient a de l'argent.* » (Médecin, clinique A).

Enfin, elle se traduit par un mode de coordination par ajustements mutuels : « *et la solidarité, je le vois, elle fonctionne au sein du personnel, ils sont plutôt plus solidaires ici, que par rapport aux autres cliniques, où l'individualisme est de mise et c'est comme ça, dans le reste du groupe* » (le directeur du groupe).

Ces consignes accompagnent une réorganisation des services selon chaque établissement (fermeture d'étages, implantation de nouveaux services, réfection du bloc opératoire, réunion de deux établissements...). Dans le même temps, si le salaire du personnel (à l'exception de la clinique F) a été augmenté, les cadences de travail se sont accélérées. Enfin, le personnel du groupe n'a pas l'occasion de se côtoyer, chacun restant attaché à sa clinique et aucune formation en commun n'ayant été envisagée.

Telle qu'elle est présentée par la direction générale, l'intégration culturelle apparaît ici comme le produit d'une assimilation, le personnel ne semblant disposer d'aucune latitude de négociation. Ici, les pratiques

perçues comme spécifiques par le directeur (prise en charge personnalisée, non sélection des patients, coordination par ajustements mutuels) sont indissociables de la représentation du mutualisme comme vecteur de solidarité.

## RÉSULTATS ET APPORTS

### Une assimilation partielle

Partant du constat qu'aux yeux de la direction « l'esprit mutualiste » avait un impact sur la façon de travailler du personnel, nous avons cherché à voir, au cours des entretiens, dans quelle mesure « l'esprit mutualiste » avait modifié leurs pratiques. Malgré les efforts des différentes directions locales, l'analyse de contenu montre que le personnel des établissements n'est pas « gagné » par l'esprit mutualiste, du moins pas dans sa pratique. Le tableau 3 ci-après résume la situation.

Exception faite du changement des logiciels de facturation et de gestion des ressources humaines, les pratiques touchant au mode d'organisation de chaque établissement ou aux pratiques organisationnelles ne résultent pas d'un processus d'assimilation. En effet, la construction de pratiques inter-organisationnelles (intégration) n'émane pas de la direction, mais du personnel, confronté à la réfection de son bloc opératoire et à la nécessité de mener à bien cette opération : « *On se fait passer des idées, des documents pour le déménagement des blocs et sa gestion* » (Infirmière de bloc, clinique B).

L'augmentation des cadences de travail, associée à une tendance générale du secteur (*et ce n'est pas qu'ici hein ? c'est partout comme ça !* (IDE, clinique F)) ou l'installation de nouveau matériel (respirateurs, lits...) sont acceptées par le personnel. Cependant, d'autres pratiques professionnelles, telles que le développement du dossier patient (traçabilité de son parcours au sein de l'établissement) ne sont suivies qu'avec peine et aboutissent à une déculturation : « *Sauf que, bon : à force de faire de la paperasse, on fait plus notre*

Cliniques	B	C	D	E	F
Pratiques organisationnelles*					
Communauté de pratiques soignants/médecins	Intégration : la réfection de chaque bloc opératoire a incité le personnel de bloc des cliniques à se coordonner afin de faciliter l'aménagement et la logistique des nouveaux blocs.				
Changement de logiciels (administratifs)	Assimilation : le personnel accepte la mise en place de nouveaux logiciels de gestion, sans toutefois y trouver d'avantages particuliers.				
Mode de coordination (hiérarchisation)	Séparation : le personnel se sent isolé, car le rachat a provoqué une hiérarchisation et une répartition des tâches plus stricte. Il y a moins d'initiative qu'avant.				
Interactions entre cliniques	Séparation : seul le personnel de bloc se sent appartenir au groupe, le reste du personnel se sent isolé.				
Pratiques professionnelles*					
Médecins Non Dépassement Nouveau matériel	assimilation assimilation	intégration assimilation	intégration assimilation	assimilation assimilation	assimilation assimilation
Soignants					
Prise en Charge	déculturation	déculturation	déculturation	déculturation	déculturation
Dossier patient	déculturation	assimilation	assimilation	déculturation	déculturation
Augmentation des cadences	assimilation	assimilation	assimilation	assimilation	assimilation
Nouveau matériel	assimilation	assimilation	assimilation	assimilation	assimilation
Administratifs Nouveau matériel	assimilation	assimilation	assimilation	assimilation	assimilation

\* Nous ne donnons que les pratiques les plus significatives, c'est-à-dire celles sur lesquelles la direction a insisté, ou les changements remarqués par le personnel, mais que la direction n'a pas intégrés comme pratique « mutualiste ».

Tableau 3 : Des modalités d'intégration culturelle différentes





*métier, on passe notre temps à remplir des fiches !.. »* (IDE, clinique C).

Enfin, le non-dépassement d'honoraires est diversement accepté au sein des établissements. Les structures C et D, situées dans la même ville et appelées à fusionner en refusent ainsi la stricte application et cela, en dépit du fait que la clinique C ait toujours été mutualiste. Cette situation aboutira finalement à l'application de légers dépassements d'honoraires, discrètement pratiqués par certains praticiens en l'absence d'une interdiction claire de la direction : « *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, clinique C).

Malgré les nombreuses communications des différentes directions faites à propos de « l'esprit mutualiste », le personnel, dans son ensemble (excepté celui des cliniques C et D), n'en retient aucune idée précise, du moins dans sa dimension éthique : « *Je pense qu'il a dû l'expliquer, ce que c'était, le mutualisme... ; ça m'intéressait pas, le mutualisme, parce qu'on avait tellement peur de voir si ça allait changer, au niveau des licenciements, que... Et puis, maintenant, on bosse bien, ici, sans savoir ce que c'est, alors, bon...* ». (Contremaître, clinique E). Ainsi, les dimensions de solidarité envers le patient, traduites par la pratique du non-dépassement d'honoraires, ou encore le sentiment d'appartenance à un groupe mutualiste ne trouvent aucun écho. En revanche, sont associées au groupe des notions de rentabilité et de logique de gestion, bien que les salaires aient été augmentés dans l'ensemble : « *En fait, je pensais que le terme mutualisme, ça faisait pas comme une*

*entreprise où il faut rentabiliser ; je pensais que ce serait plus humain et, en fait, ça marche exactement comme toute entreprise...* » (IDE, clinique F).

Le statut de l'établissement avant le rachat ne constitue pas un facteur déterminant d'intégration du mutualisme (distanciation valeurs/pratiques, en ce qui concerne la clinique C). En revanche, le contexte de restructuration peut constituer un facteur d'attribution de sens au mutualisme et à ses pratiques, et expliquer les différences de représentations entre le personnel et la direction. S'inscrivant dans un environnement mouvant, ce rachat fait progressivement perdre l'image familiale et spécifique que le personnel avait de son établissement : « *Je pense qu'on va perdre notre qualité de vie au travail. Qui dit grosse structure dit davantage de rendement. Les petites structures comme ça ne sont pas viables, sur le long terme* » (IDE ambulatoire, clinique D).

#### Les facteurs d'intégration culturelle

Le niveau d'intégration culturelle du groupe (présent dans le tableau 3) s'explique, ainsi, essentiellement par le degré d'instabilité perçue du contexte et, dans une moindre mesure, par les modifications des conditions de travail, dues au rachat. Ainsi, selon que l'environnement sera perçue comme stable ou instable (soumis ou non à une forte concurrence), l'intégration culturelle relèvera, soit de la séparation, soit de l'assimilation, voire de l'intégration. En environnement instable, émergent du personnel de nouvelles stratégies d'action, entendues ici comme « une vision générale de l'action à organiser » (SWIDLER, 1986). Elles

	Environnement stable	Environnement instable
Effets indirects sur les conditions de travail	<p>Les stratégies d'action du personnel préexistant avant le rachat perdurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Car le contexte est stable</li> <li>→ Car le rachat n'a pas changé les pratiques quotidiennes</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas du fonctionnement quotidien de chaque structure</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Séparation</li> </ul>	<p>Émergence de nouvelles stratégies d'action en faveur du personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas des dépassements d'honoraires encadrés</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Intégration</li> </ul> <p>Acceptation passive des changements instillés par la direction, car intégrés dans le contexte général de restructuration du secteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas de la politique salariale menée par la direction</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Assimilation</li> </ul> <p>Continuité des stratégies d'action préexistantes, mais évolution des représentations en fonction du contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas du fonctionnement quotidien de chaque structure</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Intégration</li> </ul>
Effets directs sur les conditions de travail	<p>Les stratégies d'action existantes perdurent, car les pratiques sont réactivées dans le contexte actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas des non-dépassements d'honoraires pour la clinique historique du groupe</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Séparation</li> </ul>	<p>Acceptation passive/partielle des changements prônés par la nouvelle direction, car ils cadrent avec le contexte général de restructuration</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas de l'augmentation des cadences de travail</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Assimilation</li> </ul> <p>Développement de nouvelles stratégies d'action en fonction du nouveau contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cas du développement d'une communauté de pratiques pour le personnel de bloc de toutes les cliniques</li> <li>⇒ Mode d'intégration culturelle : Intégration</li> </ul>

Tableau 4 : Stratégies d'action du personnel en contexte d'intégration culturelle



peuvent être déjà existantes ou être nouvelles. Plus que les effets sur les conditions de travail, ce sont les instabilités perçues de l'environnement qui provoquent l'émergence de stratégies d'action. Ces dernières vont se faire conformément à (ou à l'encontre de) la stratégie de la direction. Le tableau 4 de la page précédente présente ces résultats.

## CONCLUSION

S'inscrivant dans le champ de la culture d'entreprise, ces travaux critiques visent à déconstruire la vision dominante d'une intégration culturelle basée sur le partage d'un même système idéal comme moteur de l'action organisée.

L'étude de cas du « groupe hospitalier mutualiste » constitué par croissance externe cherche à montrer le rôle marginal des représentations mutualistes communes dans le développement du groupe. Ce constat invalide ainsi l'approche de la culture comme ciment organisationnel expliquant le fonctionnement d'une structure par une coïncidence des représentations du personnel. En définitive, l'intégration du personnel au sein du groupe se fait à plusieurs niveaux et elle dépend du degré d'instabilité de l'environnement, de l'impact du changement sur les conditions de travail et, enfin, de la modification des interactions existant avant le rachat.

Cependant, quelles que soit les configurations d'intégration du personnel, les valeurs mutualistes ne constituent pas en elles-mêmes une condition préalable à l'action, mais bien plutôt un moyen d'accéder à ses intérêts. Ces avancées nous laissent à penser que l'intégration du personnel au sein du groupe pourrait se fonder sur le développement d'interactions entre établissements, afin de favoriser les situations de création de compromis et de consensus. Cependant, l'émergence de tels contacts ne peut que mettre en évidence les différences de traitement par site (pluralité des conventions collectives) et alimenter des velléités égalitaires. ■

## BIBLIOGRAPHIE

ALDRICH (H.) & FIOLE (C. M.), "Fools rush in? The institutional context of industry creation", *Academy of Management Review*, vol. 19, pp. 645-670, 1994.  
 BARABEL (M.), LE BOULCH (G.) & MEIER (O.), *Multicultural team management in the fields of civil and military aircraft, space, defence systems and services : the EADS case*, working paper, university of Paris Dauphine, 2003.  
 BERRY (J.W.), *Acculturation : a comparative analysis of alternatives forms*, in SAMUDA (R.J.) & WOOD (S.L.),

*Perspectives in immigrant and minority education*, Lanham, MD University Press of America, 1983.

BUONO (A. F.) & BOWDITCH (J. L.), « The human side of Mergers and acquisitions : managing Collisions between people », *Cultures and organizations*, Washington, B. Books, 2003.

CAMERON (K. S.) & QUINN (R. E.), *Diagnosing and changing organizational culture*, New York, Addison-Wesley, 1998.

DEGOT (V.), « Culture et rationalité », *Information sur les Sciences Sociales*, Vol. 24, N°2, 1985.

DREYFUS (M.), RUFFAT (M.), VIET (V.), VOLDMAN (D.) & VALAT (B.), *Se protéger, être protégé. Une histoire des assurances sociales en France*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 347 p., 2006.

FELDMAN (M.S.), « The meanings of ambiguity : learning from stories and metaphors », in *Reframing organizational culture*, FROST et al., Sage, p. 145, 1991.

GODELIER (E.), *La Culture d'entreprise*, Paris, Éditions La Découverte, collection Repères, 2006.

GRAY (B.), BOUGON (M.G.) & DONNELTON (A.), « Organizations as constructions and destructions of meanings », *Journal of management*, vol.11, pp. 83-98, 1985.

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 du Seuil, 1992.

KAVANAGH (M. H.) & ASHKANASY (N. M.), « The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger », *British Journal of Management*, 17, 2006.

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.

MARTIN (J.), « Meta-theoretical Controversies in Studying Organizational Culture », in TSOUKAS (H.) & KNUDSEN (C.) (eds.), *The Oxford Handbook of Organization Theory*, London, Oxford University Press, 2003, pp. 392-419, 2003.

MEYERSON (D.), « "Normal" ambiguity ? A glimpse of an occupational Culture », in FROST (P.J.) et al., *Reframing corporate culture*, Sage, p. 131, 1991.

MILES (M.B.) & HUBERMAN (A.M.), *Analyse des données qualitatives*, 2<sup>e</sup> édition, Bruxelles, De Boeck, 2003.

PIOVESAN (D.), *Les Restructurations des cliniques privées : adaptation, évolution ou métamorphose ?*, thèse de doctorat, Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales – Université Jean Moulin-Lyon 3, Lyon, 2003.

- PRAHALAD (C.) & BETTIS (R.), "The Dominant Logic : A New Linkage between Diversity and Performance", *Strategic Management Journal*, 7, pp. 485-501, 1986.
- SAINSAULIEU (R.), *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*, Presses de la FNSP, 1977.
- SARGIS ROUSSEL (C.), « Fusion d'entreprises : les défis de l'intégration des connaissances », *Revue française de gestion*, vol. 30/149 pp. 85-99, 2004.
- SCHEIN (E.H.), *Organisational culture and leadership*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1985.
- SILBER (D.), CASTRA (L.), GAREL (P.) & RISK (A.), *Hôpital : le modèle invisible*, Paris, Institut Montaigne, 2005.
- TSCHEULING (D.), HELMING (B.), ROST (M.) & HUNER (K.), « La gestion hospitalière dans la recherche en sciences de gestion en langue française et allemande : une comparaison internationale », in *Gestion*, vol. 2000, pp. 33-54.
- THEVENET (M.), *La Culture d'entreprise*, Paris, PUF 3<sup>e</sup> édition, juin 1999.
- VINCENT (H.) & DELAFOSSE (M.), *Mutualité et ancrage territorial : évolutions et enjeux*, Colloque international, Économie sociale et solidaire, territoire et politique : regards croisés, SPIRIT-Sciences Po Bordeaux, 29-30 novembre 2007.