

Déterminants de l'adoption des pratiques organisationnelles contribuant à la légitimité : une approche institutionnaliste et évolutionniste

Lootvoet Erik, doctorant

HEC Paris

3, bis avenue Georges CLEMENCEAU, 93130 NOISY LE SEC

Tel : 0033.6.23.57.35.28

eriklootvoet@free.fr

Résumé

L'objet de cette recherche est d'étudier l'influence des pressions institutionnelles et écologiques dans la détermination des pratiques implémentées dans l'organisation. Ce travail s'attache à étudier la manière dont les organisations proches géographiquement s'influencent dans l'adoption de pratiques. Nous étudions l'influence entre organisations publiques et privées et nous tentons de répondre à plusieurs questions : nous avançons que les établissements publics sont plus concernés par les pressions institutionnelles tandis que les établissements privés sont plus concernés par les pressions écologiques et donc que les pratiques visant à favoriser la légitimité seront adoptées par les établissements publics, puis s'imposeront aux organisations privées par le biais de la pression de compétition. Nous compléterons notre approche de la détermination de l'adoption d'une pratique par des facteurs déjà présentés et utilisés dans la littérature existante : le facteur facilitant du réseau pour la transmission de pratiques, ainsi que l'importance de l'inertie organisationnelle comme élément freinant l'adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales. Nous n'avons pas encore de résultats car les hypothèses ne sont pas testées. Il s'agit d'un travail théorique pour le moment.

Mots clés : hôpitaux, pratiques, inertie, légitimité, isomorphisme.

Toute organisation est soumise à deux « champs de force » que sont les pressions institutionnelles et les pressions écologiques de compétition (Carroll et Hannan, 1989 et dans les établissements de santé D'Aunno, Succi et Alexander, 2000 et Provan, 1987). Ces champs de force peuvent expliquer l'adoption (et donc symétriquement la non-adoption) d'une pratique dans l'organisation.

Premièrement, les pressions institutionnelles vont inciter les organisations à adopter des pratiques qui vont permettre d'augmenter la réputation (ou de ne pas la ternir) (Meyer et Rowan, 1977, Hannan et Freeman, 1977). En effet, le domaine institutionnel est constitué d'un ensemble de pressions exogènes qui influencent la structure et le comportement des organisations. Ces pressions exogènes proviennent de normes socio-culturelles et de tensions provenant des connexions diverses entre organisations, comme la dépendance et les pressions politiques (DiMaggio et Powell, 1983, Dacin, 1997).

Deuxièmement, les pressions écologiques vont s'exercer d'une manière duale, d'une part par le coût que peut engendrer l'adoption d'une nouvelle pratique (investissement éventuel en matériel, personnel, changement des habitudes) et d'autre part par les pressions inertielles au cœur de l'organisation (Hannan et Freeman, 1984, Oliver, 1991). Ces pressions vont tendre à favoriser la non-adoption de pratiques dans l'organisation.

Notre recherche s'attache à comprendre quelle est l'importance relative des forces institutionnelles et inertielles dans l'adoption d'une pratique organisationnelle ainsi que les facteurs influençant la mise en place de certaines pratiques dans un secteur réglementé, partagé entre sphère publique et sphère privée. De nombreuses recherches ont comparé ces deux sphères sur des éléments de performance (Rushing, 1974, Lindsay, 1976, Hoxby, 1994, Dee, 1998) ou de management (Ring et Perry, 1985) mais nous étudierons plutôt l'influence que chacune exerce sur l'autre et tenterons de déterminer s'il existe une influence asymétrique entre les deux, ce qui n'a jamais été prouvé dans la littérature à notre connaissance.

Lorsqu'il existe des échanges organisationnels et individuels sociaux suffisamment importants entre organisations, l'adoption de pratiques peut s'expliquer par le mimétisme qu'elles exercent les unes sur les autres. (Davis, 1991, Boeker et Goedstein, 1991). En particulier, les établissements publics sont soumis à des pressions de légitimité tandis que les établissements privés sont non seulement soumis à des pressions de légitimité mais aussi à des pressions concurrentielles.

Ainsi dans une population d'organisations où les contacts sociaux individuels et organisationnels sont nombreux, les pratiques qui visent à augmenter la légitimité seraient adoptées en priorité par les organisations publiques, tandis que les organisations privées adopteraient ces pratiques par souci de compétitivité notamment vis-à-vis de ces organisations publiques.

1. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Dans cette partie, nous allons présenter les diverses propositions de recherche, et en expliquer quels en sont les fondements logiques et théoriques.

D'après les éléments de théorie que nous avons présenté, et notamment les théories institutionnalistes, on peut penser que le besoin de légitimité d'un établissement de santé poussera celui-ci à adopter d'autant plus promptement les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales que celui-ci est proche géographiquement d'autres institutions qui les ont déjà implémentées. Il s'agit d'une pression sociale qui peut prendre plusieurs formes : des interactions individuelles, des publications de résultats d'organisations proches géographiquement ou la pression concurrentielle exercée par l'utilisateur potentiel des services de ces organisations par exemple. Ainsi, de nombreux auteurs ont utilisé la notion de distance géographique pour évaluer l'impact d'une organisation sur une autre (Arndt et Bigelow, 2000, Burns et Wholey, 1993, D'anno, Succi et Alexander, 2000, Ruef et Scott, 1998, Dranove, Shanley et Simon, 1992) et sera utilisée dans toutes les hypothèses qui vont suivre.

Nous pensons en outre que l'influence exercée par les établissements de santé proches les uns des autres est renforcée par le fait que les personnels médicaux appartiennent souvent à plusieurs établissements (en particulier les meilleurs médecins, chirurgiens et donc souvent décideurs) : en effet, la présence croisée de médecins dans les fonctions de décision des établissements de santé proches géographiquement peut favoriser la transmission de la pratique entre ces établissements (Davis, 1991 et dans le cadre des hôpitaux Boeker et Goedstein, 1991).

Hypothèse 1 : l'adoption d'une pratique dans une organisation sera plus probable si les organisations proches géographiquement ont adopté ces pratiques

Les forces institutionnelles et écologiques ne s'exercent pas toujours de la même manière sur les différentes organisations. Le critère le plus discriminant dans la population des établissements de santé est celui de la nature publique ou privée. Cette distinction induit deux différences notables : la première, la taille, particulièrement importante car elle va soumettre l'organisation à une

intensité différente de chacune des forces : plus précisément, les organisations de petite taille sont plus affectées par les pressions écologiques et les organisations de grande taille par les pressions institutionnelles (Barnett, 1997). D'autre part, les organisations publiques sont des organisations plutôt généralistes tandis que les organisations privées sont plutôt spécialistes (Graeff, 1980 par exemple). Ce caractère généraliste ou spécialiste revêt une importance que ce soit dans un cadre institutionnel ou écologique (Hannan et Freeman, 1977, Carroll, 1985). L'objectif n'est bien évidemment pas de généraliser sur tel ou tel caractère couramment observé dans les différences entre organisations publiques ou privées, mais bien de souligner que la dichotomie que nous établissons entre les deux est bienvenue.

On peut penser que les organisations vont s'inspirer des pratiques en vigueur dans les établissements proches géographiquement: d'une part parce que si les compétences sont les mêmes, il y a de fortes chances pour que des professionnels officient dans plusieurs de ces organisations (soit au même moment, soit suite à un changement d'organisation). D'autre part parce que les organisations de même statut ont tendance à avoir les mêmes usagers. Ces professionnels et ces usagers sont des vecteurs sociaux privilégiés de l'adoption de pratiques entre organisations.

Les recherches existantes sur les sphères publique et privée sont souvent axées sur la différence entre les deux et moins sur les éventuelles influences que l'une peut exercer sur l'autre. C'est le cas des recherches citées ci-dessus ainsi que d'autres (Ring et Perry, 1985, Epple et Romano, 1998, Perry et Rainey, 1988, Kuin, 1968). La seule recherche à notre connaissance ayant traité de l'influence de l'un sur l'autre est Sander (1999) qui a tenté de montrer mais sans succès que les établissements scolaires publics voyaient leur performance augmenter avec l'augmentation de la compétition générée par les établissements privés.

Hypothèse 2-1 : l'adoption d'une pratique est plus probable dans une organisation publique si les organisations publiques proches géographiquement l'ont adoptée que si organisations privées proches géographiquement l'ont fait

Hypothèse 2-2 : l'adoption d'une pratique est plus probable dans une organisation privée si les organisations privées proches géographiquement l'ont adoptée que si les organisations privées proches géographiquement l'ont fait

L'hypothèse 2 s'attache à montrer que les organisations s'influencent mutuellement intrinsèquement à chacune des sphères publique et privée. Les hypothèses 3 et 4 vont s'attacher respectivement à leur différence et leur intensité relative.

Dans le cadre de notre troisième hypothèse, nous essayons de déterminer si les forces institutionnelles qui s'exercent sur les institutions sont plus importantes, ont plus d'effet sur les organisations publiques que sur les organisations privées.

Nous l'avons souligné, il existe certaines différences entre les mondes public et privé. Une telle dichotomie a été exploitée par Lounsbury (2001) dans le cadre de l'adoption de pratiques visant à favoriser le recyclage dans les universités américaines. En particulier il indique que « les organisations publiques, qui sont plus étroitement liées au gouvernement de l'état que les écoles privées, pourraient donc être plus enclines à créer de nouveaux postes de coordination de recyclage afin de démontrer leur attachement aux efforts du gouvernement pour encourager le recyclage ». Nous pensons que le même type de raisonnement peut être étendu à toutes les pratiques qui confèrent un surcroît de légitimité à l'organisation qui l'implémente.

De plus, on pourrait penser que l'institution serait claire dans le domaine public et plus floue dans le domaine privé. Dans le domaine public, la pression institutionnelle exerce une influence pleine et entière tandis que dans le domaine privé, la poursuite de l'intérêt économique joue un rôle modérateur et rend donc la situation moins claire. Or, lorsque la norme institutionnelle paraît moins claire - c'est-à-dire que les standards institutionnels sont moins bien connus ou moins bien définis - son impact est diminué (Goodrick et Salancik, 1996). Cela pourrait aboutir au fait que le secteur privé adopte moins et moins vite les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales que le secteur public, et serait moins sensible aux pressions institutionnelles dont il serait l'objet. Il y aurait donc une différence de statut qui ferait que les pressions institutionnelles et compétitives influent différemment sur les instituts publics et privés. Les pressions institutionnelles seraient donc plus fortes sur les organisations publiques que sur les organisations privées qui doivent elles plus transiger avec les pressions compétitives et écologiques.

Ainsi, dans le cadre d'une pratique qui confère de la légitimité, la pression isomorphe exercée par les organisations proches géographiquement est plus importante sur les organisations publiques que sur les organisations privées, d'où

Hypothèse 3 : l'adoption d'une pratique qui confère de la légitimité est plus probable dans les organisations publiques que dans les organisations privées

L'hypothèse 2 envisage une certaine herméticité entre les sphères publiques et privées. Notre thèse pencherait plutôt pour une autre possibilité : la communication entre sphère publique et sphère privée pourrait être à sens unique. Il est possible que la diffusion des pratiques soit effective dans le domaine public et dans le domaine privé indépendamment, mais aussi de la sphère publique à privée et pas de la sphère privée à la sphère publique.

On peut penser que certains établissements de santé échappent aux pressions concurrentielles de par leur taille, exactement comme dans le modèle proposé par Barnett (1997), mais peut-être aussi par leur statut, qui peut jouer un rôle dans l'influence institutionnelle et compétitive (Uzzi et Lancaster, 2004). Les organisations publiques seraient par exemple plus enclines à subir des pressions d'ordre institutionnel, et donc être poussées par l'état et les autres établissements publics à adopter les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales alors que les établissements privés seraient plus enclins à n'adopter ces pratiques que dans le cas où les établissements proches géographiquement l'ont déjà fait (qu'ils soient publics ou privés), par le biais de la pression concurrentielle.

Ainsi, notre hypothèse repose sur le fait que les établissements de santé publics sont plus enclins à respecter une logique institutionnelle que les établissements de santé privés. Cette approche serait justifiée par exemple dans le domaine des établissements de santé : en effet, d'après Provan (1987), les hôpitaux font face d'une part à des impératifs économiques (qui pousseraient à ne pas adopter une pratique coûteuse pour l'organisation) et d'autre part à un besoin de légitimité (qui inciterait à adopter une pratique clairement d'intérêt public et étroitement liée à la réputation). Le modèle public dans le domaine de la santé est plus orienté vers un souci de légitimité car l'intérêt du patient est considéré comme étant contradictoire avec l'intérêt économique des organisations de santé. Ainsi, un établissement public qui serait « cerné » par d'autres établissements qui auraient adopté des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales subirait une pression pleine et entière à adopter ces pratiques tandis que le même établissement, s'il était privé subirait en outre une pression supplémentaire qui modérerait la première et qui serait une pression concurrentielle, pression moins voire non présente dans la sphère publique. La transmission de pratiques entre établissements publics et privés peut se réaliser au travers d'appartenance croisée de personnels médicaux par les mécanismes décrits précédemment..

Ainsi, le dépassement de frontière du public vers le privé serait perméable, et moins perméable dans le sens réciproque. Ceci a déjà été étudié par Sander (1999), mais il n'a pas réussi à mettre ce lien en évidence de manière empirique. Il a formulé l'hypothèse d'une inégalité d'influence entre public et privé, mais sa proposition est la symétrique de la nôtre : nous pensons que les organisations publiques sont plus influencées par la légitimité que par la pression concurrentielle par rapport aux organisations privées et que c'est la raison pour laquelle la pratique est plus facilement adoptée par l'établissement public. Sander avait tenté de suivre le même raisonnement mais en prenant comme référence l'établissement privé, qui joue plutôt sur la pression concurrentielle. L'absence de résultats de Sander pourrait s'expliquer par le fait que les établissements publics échappent presque entièrement aux pressions concurrentielles qui pourraient s'exercer sur eux, ce qui ne ferait que renforcer notre approche. A notre connaissance, une telle asymétrie d'influence entre les deux sphères n'a jamais été mise en exergue dans une précédente recherche.

Ainsi, les pressions isomorphiques des établissements publics sur les établissements privés sont plus importantes que celle des établissements privés sur les établissements publics.

Hypothèse 4 : Une pratique répandue dans les organisations publiques proches géographiquement augmente la probabilité d'adoption de la pratique dans une organisation privée de manière plus importante que la même pratique répandue dans les organisations privées proches géographiquement n'augmente la probabilité d'adoption de la pratique dans une organisation publique.

2. VARIABLES DE CONTRÔLE

Nous avons retenu pour le moment plusieurs variables de contrôle : tout d'abord la taille de l'organisation bien sûr. Suivant la taille de l'organisation les pressions institutionnelles et concurrentielles ne s'exercent pas de la même façon. Barnett (1997) a montré que les organisations plus petites étaient plus concernées par les pressions concurrentielles tandis que les organisations de taille plus importante étaient plus concernées par les pressions de légitimité.

L'adoption d'une pratique dans un établissement de santé peut aussi être influencée par les réseaux sociaux auquel cet établissement appartient. Notamment Young, Charns et Shortell (2001) précisent que « par ces réseaux, les directeurs d'hôpitaux sont soumis à des pressions normatives (d'adoption) des pratiques de management innovantes » (p.939). Les auteurs

affirment que les organisations auront d'autant plus tendance à adopter les pratiques si les organisations comparables en termes de complexité les ont adoptées ou si ceux-ci multiplient les contacts avec d'autres. De plus, il existe une forte incitation pour les établissements de santé à faire partie de réseaux (Provan, 1984). L'appartenance à un réseau commun augmente le nombre de contacts sociaux entre organisations et accroît donc la probabilité de mettre en contact des personnels qui ont adopté une pratique et ceux qui ne l'ont pas encore fait.

Les organisations exercent une influence les unes sur les autres, et sont imbriquées dans des réseaux de relations qui contraignent leurs possibilités et peuvent menacer leur survie (Granovetter, 1985); les organisations les plus enchevêtrées dans les liens du réseau sont plus enclines à recevoir de l'information, à subir et faire subir de l'influence aux autres organisations. En effet, l'appartenance à un même réseau augmente le nombre de relations inter-individus et induit une meilleure connaissance des établissements environnants pour les praticiens et personnels médicaux. Comme les individus ont connaissance de ce qui se pratique dans les autres établissements proches géographiquement, on peut penser que la pression pour adopter ces pratiques est plus forte lorsque l'établissement de santé appartient à un réseau de soins (Goes et Ho Park, 1997, Ruef et Scott, 1998, Young, Charns et Shortell, 2001).

Ainsi nous incluons comme variable de contrôle que la probabilité d'adoption d'une pratique par une organisation est plus importante lorsqu'elle appartient à un réseau.

Certaines organisations sont plus inertes que d'autres, de manière particulière selon certains facteurs tels que l'âge, la taille... Si certaines organisations sont plus inertes que d'autres de manière générale, on peut penser qu'elles démontreront une résistance plus prononcée à l'incorporation de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales dans l'établissement de soins. Ce type d'hypothèse peut être directement mis en relation avec les théories sur l'inertie de Hannan et Freeman (1984).

Ruef (1997) tente de tester cette hypothèse de l'inertie structurelle relative sur les établissements de santé. Il avance que l'inertie des établissements de santé est particulièrement forte et que cette résistance au changement est d'autant plus importante que la pression concurrentielle – mesurée par la densité de l'offre – est importante. Il observe qu'après un choc environnemental important, un grand nombre d'établissements de santé disparaissent, événement révélateur selon lui d'une certaine inertie organisationnelle qui fait que les organisations meurent soit des conséquences de l'implémentation du changement, soit de son absence. De nombreux autres auteurs confirment

cette idée de la relative incapacité des organisations à s'adapter face à un changement environnemental (Cook, Shortell, Conrad et Morissey, 1983, Gruca et Nath, 1994).

Nous ajoutons donc aux variables de contrôle le fait que les organisations considérées comme plus inertes en termes d'activité soient moins enclines à adopter une pratique contrairement aux organisations plus dynamiques.

3. LE SECTEUR DES ETABLISSEMENTS DE SANTE FRANÇAIS

Nous avons choisi comme terrain d'étude les établissements de santé français. Ce secteur a un volume d'activité très important : il est constitué en 2000 de « 3076 établissements ou entités juridiques sanitaires disposant de capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation complète » ainsi qu' « un millier de structures complémentaires supplémentaires, définies réglementairement comme des établissements de santé, mais qui ne constituent pas des hôpitaux, au sens commun du terme, puisqu'ils ne disposent pas de capacité d'hébergement ». Ces structures permettent de proposer au public 475 726 lits d'hospitalisation complète ainsi que 46 095 places en hospitalisation à temps partiel (Lois de financement de la sécurité sociale 2003 de la France).

Le secteur de la santé est assurément un secteur très particulier. Il est chargé d'affect ; il ne s'agit pas ici de combler un désir ou un simple besoin, mais bien de répondre à une demande fondamentale, celle de guérir, de combler une souffrance ou parfois de lutter contre la mort. Malheureusement, si la santé, elle, n'a pas de prix, elle a en revanche un coût, et non des moindres : les équipements de santé, toujours plus perfectionnés, nécessitant un personnel toujours plus qualifié (donc plus coûteux), mettent en difficulté financière les établissements de santé. Les coûts liés aux activités des hôpitaux ont depuis bien longtemps vu leur croissance dépasser les taux d'inflations dans les pays industrialisés comme les Etats-Unis par exemple (Provan, 1987).

Nous allons étudier ces facteurs dans le cadre des infections nosocomiales dans le milieu des établissements de soins. Le ministère français chargé de la santé définit l'infection nosocomiale comme « une infection qui se contracte au cours d'un séjour dans un établissement de soins. Elle peut être directement liée aux soins (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple, une grippe qui se transmet d'un visiteur extérieur à un patient hospitalisé). L'infection nosocomiale concerne les

patients mais aussi les personnels qui travaillent au contact de malades contagieux ». Notre objectif est de déterminer, comprendre et analyser ce qui régit l'adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales.

Il est clair que l'intégration de nouvelles pratiques, qui nécessitent des ressources humaines et matérielles supplémentaires, et qui donc sont coûteuses, sont limitées par le budget et les possibilités financières de l'établissement ; ces limitations financières s'imposent naturellement aux établissements privés mais aussi aux établissements publics : en effet, depuis 1983, l'état a instauré pour ceux-ci une dotation globale, c'est-à-dire un budget qui remplaçait l'ancien système de tarification à l'acte, jugé peu responsabilisant.

Pour autant les infections nosocomiales représentent dans le domaine de la stratégie des établissements de santé une variable majeure. Elles concernent encore 5 à 7% des patients (chiffres du ministère de la santé, 2006) qui sortent de l'hôpital, ce n'est donc pas un épiphénomène. Le patient exige d'être mieux informé sur la manière dont sa santé est gérée, et plus particulièrement souhaite en savoir plus sur les infections nosocomiales. Le ministère de la santé et des solidarités français a donc décidé en 1999 de mieux le renseigner sur celles-ci, des précautions à prendre et des risques encourus.

Les conséquences possibles d'une infection nosocomiale sont très diverses : en général, il s'agit d'une simple infection urinaire qui se guérit très facilement et augmente peu la durée et le coût du séjour. Mais d'autres infections peuvent entraîner la mort, et notamment lorsque l'infection aboutit à une septicémie, c'est à dire que le germe responsable de l'infection commence à se répandre dans tout le corps. On comprend donc l'intérêt stratégique et l'importance en termes de légitimité de mener une politique visant à adopter les pratiques visant à lutter contre ces infections.

Le secteur des établissements de santé et des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales est particulièrement intéressant dans le cadre de notre argument : tout d'abord, par la richesse des interactions sociales et la visibilité des pratiques pouvant conférer de la légitimité aux établissements de santé qui les adopteraient : le score ICALIN (Indice Composite d'Activité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) permet une visibilité importante de l'application établissement par établissement des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales auprès du public. Tous les scores (entre A et E) sont consultables sur Internet, dans la presse et dans les magazines (exemple : Le Point du 1^{er} juin 2006). Les établissements de santé ont donc

une incitation à adopter les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales : elles induisent une légitimité, facteur particulièrement important dans le cadre de la sphère institutionnelle (Meyer et Rowan, 1977). Au niveau des interactions sociales il existe la pression des médecins, qui souhaitent travailler dans des conditions de travail comparables à celles de leurs confrères proches, avec lesquels ils peuvent avoir un point de comparaison ainsi que la pression des patients, qui souhaitent que le service rendu par l'établissement soit le meilleur possible pour lui. Un même patient a une forte probabilité de visiter des établissements qui soient proches de son lieu d'habitation, et donc proches entre eux.. De plus, Goodrick et Salancik (1996) ont montré que la netteté de la norme accentuait la pression institutionnelle qui s'exerce sur l'organisme de santé. Nous estimons que la lutte contre les infections nosocomiales présente des caractéristiques claires quant à ses tenants et ses aboutissants, ce qui renforce les pressions d'isomorphisme qui peuvent exister. Il existe aussi de nombreux réseaux entre établissements de santé et en particulier, les « réseaux de soins » qui sont des réseaux de prise en charge interdisciplinaire du patient et qui favorisent les échanges entre professionnels médicaux. Enfin, il existe une certaine disparité dans les pratiques chez les médecins comme le souligne les chercheurs du Groupe de recherche Interdisciplinaire en Santé dans leur « profils de pratique des médecins généralistes au Québec » (2001). Ainsi, ce terrain d'étude correspond parfaitement aux conditions de riche interaction sociale et de visibilité des pratiques.

Plusieurs variables dépendantes sont envisagées : le nombre de jours de formation à la lutte contre les infections nosocomiales, la présence ou l'absence d'un recueil informatisé de données relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou l'effectif en équivalent temps plein affecté à la lutte contre les infections nosocomiales.

4. DISCUSSION

4.1. CONTRIBUTIONS

Cette recherche contribue à différents courants de pensée stratégique ; tout d'abord elle apporte des contributions à la littérature institutionnelle. D'un point de vue théorique, cette recherche tente de contribuer à un aspect moins souvent traité de la différence entre organisations publiques et privées : l'adoption de pratiques et la légitimité, alors qu'il est plus courant que la différence de performance ou l'inertie soient abordées, par exemple Parker et Hartley (1991), Ramamurti (1987) ou Lindsay (1976) dans le cadre des hôpitaux, même si ce n'est pas complètement

nouveau puisque déjà abordé par Lounsbury (2001) dans le cadre de pratiques de recyclage dans les universités.

Un apport essentiel de notre recherche repose sur la variable dépendante, qui n'est pas la performance, mais plutôt l'adoption d'une pratique dans l'organisation. D'autres recherches ont utilisé l'adoption de pratiques dans l'organisation dans le courant institutionnel, mais les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales présentent un aspect novateur par rapport aux recherches précédentes : elles contribuent à la légitimité. Adopter ces pratiques, ce n'est pas comme adopter une nouvelle technique de chirurgie cardiaque dont on ne connaît pas encore bien les avantages et les inconvénients en termes de coûts et de bénéfices. Les apports et les inconvénients de ces pratiques sont tout de suite clairement identifiés : ils sont positifs pour la légitimité et présentent un coût d'implémentation dans l'organisation. Cela s'oppose par exemple aux recherches de Zajac (1990) sur les pratiques de compensation des dirigeants : il tente de montrer que ces pratiques favorisent la performance de l'organisation, or il n'est pas du tout certain que ces pratiques soient intéressantes, car le lien n'est pas démontré. En évacuant la question de savoir si la pratique est bénéfique ou non pour l'organisation, il est plus aisé de se recentrer sur les autres facteurs d'adoption que sont la légitimité et l'inertie organisationnelles et qui sont au cœur de notre analyse.

Lounsbury (2001) a lui aussi étudié l'adoption de pratiques jugées positives dans le domaine du recyclage dans les universités, mais surtout du point de vue du réseau (même si la taille et la distinction public/privé ont aussi été brièvement abordées), mais le cadre d'analyse choisi limite sa validité externe. En effet, ces pratiques n'influençant pas la performance économique, son application à l'adoption de pratiques dans une lutte concurrentielle est difficilement transposable. Notre recherche, a contrario, est plus proche d'une situation de management stratégique car les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales augmentent la qualité du service rendu, de l'attractivité de l'organisation auprès des usagers de ses services et donc sa performance économique.

Rao, Davis et Greve (2001) affirment que les organisations s'imitent et de ce fait adoptent certaines pratiques, car cette méthode est moins coûteuse que l'expérimentation. Mais cette manière de faire induit souvent des regrets qui mènent à un retrait de la pratique sur un plus long terme. Dans le cadre de notre analyse, les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales sont beaucoup moins concernées par ce problème, car c'est essentiellement le coût

initial d'introduction (système informatique, formation initiale, identification des procédures problématiques...) qui compte. La littérature tend à prôner que l'adoption d'une pratique dans l'organisation par mimétisme se fait à cause de l'incertitude (DiMaggio et Powell, 1983 et Selznick, 1996) et non à cause de processus rationnels : on imite les organisations qui semblent connaître le succès, sans pour autant toujours savoir si elle y contribue (ce qu'on appelle « ambiguïté causale », Lippman et Rumelt, 1982).

Cette recherche contribue aussi à la littérature évolutionniste car elle présente la manière dont l'inertie et les pressions de légitimité se confrontent pour aboutir à l'adoption ou non de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales. Cette complémentarité entre légitimité et pression concurrentielle avait été exploitée dans le cadre des recherches de Hannan et Freeman (1977) ou le modèle de dépendance à la densité de Carrol et Hannan (1989) pour expliquer la variation des taux de fondation et de disparition dans les populations d'organisations. Ainsi les fondamentaux utilisés sont les mêmes, mais le sujet d'étude est différent et donc les conclusions le sont aussi.

De plus, notre base de données traite d'établissements français, et non d'hôpitaux américains comme c'est souvent le cas dans la littérature. Notamment, de nombreuses recherches ont été menées sur les hôpitaux californiens (Goodrick et Salancik, 1996, Haveman, Russo et Meyer, 2001, Ruef, 1997) ou sur les établissements de santé destinés aux vétérans (Lindsay, 1976, Young, Charns et Shortell, 2001). Ainsi, nous contribuons à la littérature concernant l'influence de l'inertie et du réseau sur l'adoption de pratiques en ce qui concerne la validité externe de ces précédentes études, sur le même secteur mais dans un pays différent.

4.2. LIMITES

Comme tout travail de recherche, celui-ci comporte des écueils, des limitations. De plus, s'agissant encore d'une ébauche, il est possible que certaines faiblesses ne soient pas encore identifiées. D'un point de vue théorique, l'adoption affichée et proclamée de pratiques dans un contexte organisationnel n'implique pas toujours un véritable suivi et respect à l'usage. Elle peut avoir pour objectif d'envoyer un message de conformation aux critères de légitimité en vigueur dans l'environnement, mais ne pas être réellement appliquée, ou bien être détournée de son objectif initial. L'adoption de la pratique serait donc uniquement symbolique et déconnectée des politiques affichées (Meyer et Rowan, 1977, Davis, 1991, Westphal et Zajac, 2001). Toutefois, le

choix des variables explicatives limite la portée de cette limitation : des personnels formés peuvent éluder certaines pratiques ou des recueils d'informations à usage informatique peuvent être bâclés, par exemple pour gagner du temps, mais il en résultera a priori toujours une amélioration des pratiques de manière générale.

Certaines distinctions et influences entre sphère publique et sphère privée sont pour le moment non étayées, mais nous espérons combler cet écueil lors des entretiens avec les professionnels de santé. De plus, la place des organisations à but non lucratif n'est pas définie pour le moment, même si de succinctes statistiques descriptives laisse présager que leur forme présente de nombreuses similitudes avec celle des établissements de santé privés (spécialisation et taille réduite).

Est-ce que deux établissements proches s'influencent ou non n'est pas encore suffisamment défini : deux critères sont identifiés mais leur niveau d'analyse et de complexité n'est pas choisi et quand il le sera, il sera difficile d'affirmer que c'est le plus adapté : premièrement la proximité géographique et deuxièmement la proximité en termes de compétences. En ce qui concerne le premier, le secteur sanitaire semble la mesure la plus appropriée puisque c'est celle retenue par le ministère chargé de la santé française. Mais l'influence départementale ou régionale pourra s'avérer judicieuse à l'usage, soit en tant que complément (même secteur sanitaire : très proche, même département : assez proche, par exemple) soit tout simplement en remplacement. La proximité en termes de compétences est plus difficile, car il faut transiger entre la nature publique et privée (qui est explicative) et les différentes activités (que l'on intégrera vraisemblablement pour faire ressortir l'influence d'un établissement sur un autre établissement comparable).

D'un point de vue empirique, la question se pose de savoir si l'inertie organisationnelle, mesurée par l'inertie en termes d'activités au cours du temps peut être inférée à l'inertie de l'adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales. Cette transitivité, si elle peut paraître logique d'un point de vue conceptuel, pourrait ne pas être si évidente dans la pratique. De plus, Ruef (1997) indique que les organisations à but non lucratif ont tendance à être plus inertes, ce qui tendrait à la non-adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales : si cet effet était plus important que la poursuite de légitimité, cela pourrait invalider notre troisième hypothèse.

L'appartenance à un réseau de soins peut être une variable à double tranchant : nous supposons que les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales tendent à être progressivement

adoptées par tous les établissements de santé et que les réseaux en sont un facteur catalyseur. Pourtant, si un établissement de santé fait partie d'un réseau où la plupart des membres n'ont pas adopté ce type de pratiques, le réseau pourrait être un facteur limitant de l'adoption de ces pratiques. Certaines recherches corroborent notre approche cependant car il a été démontré dans le domaine de la santé en particulier que le réseau favorisait la performance et l'adoption de bonnes pratiques (GRIS, 2004).

Notre argument principal est que les établissements publics sont soumis à des pressions de légitimité tandis que les établissements privés sont non seulement soumis à des pressions de légitimité mais aussi à des pressions concurrentielles, ce qui favoriserait l'adoption d'une pratique conférant de la légitimité dans le cadre d'une organisation publique. Dans le cadre de notre exemple, les cliniques privées sont fréquemment de taille plus modeste que les hôpitaux publics. Or les organisations de petite taille sont plus influencées par les pressions écologiques et concurrentielles tandis que les organisations de grande taille sont plus influencées par les pressions de légitimité (Barnett, 1997).

De plus, les établissements publics et privés sont différents en termes de caractéristiques : les établissements publics sont plus importants et très souvent généralistes tandis que les établissements privés sont plus petits et plus souvent axés sur une activité. Enfin, nous prenons un soin tout particulier à étudier l'aspect réglementaire de l'adoption de ces pratiques. Notamment, aucune des variables dépendantes envisagées n'est sous le coup d'une réglementation spécifique précise qui imposerait une limite ou une obligation d'implémentation.

D'après les recherches de Lindsay (1976), les hôpitaux publics et privés démontrent des outputs différents. La distinction public ou privé risque d'avoir une incidence importante sur le comportement des établissements de santé face à l'adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales, mais on peut inférer de cette recherche deux hypothèses contraires. Soit on s'appuie directement sur les conclusions de Lindsay qui a montré que la qualité des soins dans les établissements de santé publics est inférieure et donc que les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales seront moins une priorité. Soit on part du principe que la maximisation du profit à court terme n'est pas une priorité de l'établissement de santé public au profit de la santé du patient et dans ce cas l'adoption de telles pratiques est plus vraisemblable. Nous privilégions la seconde hypothèse car le coût de l'implémentation de la pratique affecte l'organisation avant que ses effets bénéfiques sur le long terme ne se fassent ressentir ; une

organisation publique est moins sensible aux pressions concurrentielles et peut donc plus aisément surmonter une période financièrement difficile, alors qu'une organisation privée attachera plus d'importance à ce décalage.

Il est aussi à noter que D'Aunno, Succi et Alexander (2000) ont montré que les hôpitaux publics ou à but caritatif sont moins enclins au changement que les organisations ayant pour objectif le profit. Or, la logique suivie par notre recherche semble ne pas aboutir à la même conclusion : notre raisonnement amènerait plutôt à penser que dans le cas d'une pratique conférant de la légitimité (et pas forcément un avantage concurrentiel), ce qui est le cas des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales, les organisations publiques seraient plutôt à l'avant-garde.

En conclusion, nous pensons que malgré d'inévitables faiblesses, cette recherche peut amener une contribution originale à la littérature et la pensée stratégique. Il s'agit donc désormais d'étayer nos raisonnements à la source de nos hypothèses sur le terrain par le biais d'entretiens menés auprès de professionnels puis de les valider par des tests statistiques pour les confirmer.

La portée stratégique de cette recherche est bien évidemment importante : comprendre l'adoption d'une pratique dans une organisation est d'intérêt pour le chercheur bien sûr, mais aussi pour les décideurs : d'une part car l'adoption éventuelle d'une pratique dans le cadre de leur propre organisation est une décision qui peut être majeure et d'autre part parce que cette même adoption de la part de concurrents ou de parties prenantes dans leur secteur peut modifier de manière importante les données du marché et l'éventuel équilibre concurrentiel qui pouvait y régner.

REFERENCES

- Arndt M. et B. Bigelow (2000), Presenting structural innovation in an institutional environment : hospitals use of impression management, *Administrative Science Quarterly*, 45 : 3, 494-522.
- Barnett W. P. (1997), The Dynamics of Competitive Intensity, *Administrative Science Quarterly*, 42 : 1, 128-160.
- Boeker W. et J. Goodstein (1991), Organizational performance and adaptation : effects of environment and performance on changes in board composition, *Academy of Management Journal*, 34 : 4, 805-826.
- Burns L. et D. Wholey (1993), Adoption and abandonment of matrix management programs : effects of organizational characteristics and interorganizational networks, *Academy of Management Journal*, 36 : 1, 106-138.
- Carroll G. R. et M. T. Hannan (1989), On Using Institutional Theory in Studying Organizational Populations, *American Sociological Review*, 54 : 4, 545-548.

- Carroll G. R. (1985), Concentration and Specialization : Dynamics of Niche Width in Populations of Organizations, *American Journal of Sociology*, 90 : 6, 1262-1283.
- Cook K., S. Shortell, D. Conrad et M. Morissey (1983), A theory of organizational response to regulation : the case of hospitals, *The Academy of Management Review*, 8 : 2, 193-205.
- D'anno T., M. Succi et J. Alexander (2000), The role of institutional and market forces in divergent organizational change, *Administrative Science Quarterly*, 45 : 4, 679-703.
- Dacin T. (1997), Isomorphism in context : the power and prescription of institutional norms, *Academy of Management Journal*, 40 : 1, 46-81.
- Davis G. (1991), Agents without principles ? The spread of the poison pill through the intercorporate network, *Administrative Science Quarterly*, 36 : 4, 583-613.
- Dee T. (1998), Competition and the quality of public schools, *Economics of Education Review*, 17 : 4, 419-427
- DiMaggio P. J. et W. W. Powell (1983), The iron cage revisited : Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review*, 48 : 2, 147-167.
- Dranove D., Shanley M. et C. Simon (1992), Is hospital competition wasteful ?, *The RAND Journal of Economics*, 23 : 2, 247-262.
- Epple D. et R. Romano (1998), Competition between private and public schools, vouchers and peer-group effects, *The American Economic Review*, 88 : 1, 33-62.
- Fédération Hospitalière de France (2005), hôpitaux publics et cliniques privées : une convergence tarifaire faussée, Rapport disponible sur <http://www.fhf.fr/espace-presse/dossiers-presse.php> et accédé le 21 décembre 2006.
- Goes J. et S. Ho Park (1997), Interorganizational links and innovation : the case of hospitals services, *Academy of Management Journal*, 40 : 3, 673-696.
- Goodrick E. et G. Salancik (1996), Organizational discretion in responding to institutional practices : hospitals and cesarean births, *Administrative Science Quarterly*, 41 : 1, 1-28.
- Graeff C. (1980), Some methodological issues concerning comparative hospital-organization studies, *The Academy of Management Review*, 5 : 4, 539-548.
- Granovetter M. (1985), Economic action and social culture : the problem of embeddedness, *American Journal of Sociology*, 91 : 3, 481-510.
- Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (2001), profils de pratique des médecins généralistes au Québec, Cahier du GRIS n°R01-10, Université de Montréal
- Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (2004), Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects : the case of perinatal services, Cahier du GRIS n°R04-07, Université de Montréal
- Gruca T. et D. Nath (1994), Regulatory change, constraints on adaptation and organizational failure : an empirical analysis of acute care hospitals, *Strategic Management Journal*, 15 : 5, 345-363.
- Hannan M. T. et J. Freeman (1984), Structural inertia and structural change, *American Sociological Review*, 49 : 169-164.
- Hannan M. T. et J. Freeman (1977), The Population Ecology of Organizations, *American Journal of Sociology*, 82 : 5, 929-964.
- Haveman H., M. Russo et A. Meyer (2001), Organizational environments in flux : the impact of regulatory punctuations on organisational domains, CEO succession, and performance , *Organization Science*, 12 : 3, 253-273.
- Hoxby (1994), Do private schools provide competition for public schools ? National bureau of economic research working paper n°4978

- Kuin P. (1968), Management Performance in Business and Public Administration, *Academy of Management Journal*, 11 : 4, 371-377.
- Lindsay C. (1976), A theory of government enterprise , *the Journal of Political Economy*, 84 : 5, 1061-1078.
- Lippman S. A. et R. P. Rumelt (1982), Uncertain Imitability : An Analysis of Interfirm Differances in Efficiency under Competition, *Bell Journal of Economics*, 13 : 2, 418-438.
- Lois de financement de la sécurité sociale 2003 de la France , Annexe A
- Lounsbury M. (2001), Institutional sources of practices variation : staffing college and university recycling programs, *Administrative Science Quarterly*, 46 : 1, 29-56.
- Meyer J. W. et B. Rowan (1977), Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myths and Ceremony, *American Journal of Sociology*, 83 : 2, 340-363.
- Oliver C. (1991), Strategic responses to institutional processes, *Academy of Management Review*, 16 : 1, 145-179.
- Parker D. et K. Hartley (1991), Do Changes in Organizational Status Affect Financial Performance ?, *Strategic Management Journal*, 12 :8, 631-641.
- Perry J. L. et H. G. Rainey (1988), The Public-Private Distinction in Organization Theory : A Critique and Research Strategy, *Academy of Management Review*, 13 : 2, 182-201.
- Provan K. (1984), Interorganizational cooperation and decision making autonomy in a consortium mulithospital system, *Academy of Management Review*, 9 : 3, 494-504.
- Provan K. (1987), Environmental and organizational predictors of adoption of cost containment policies in hospitals, *Academy of Management Journal*, 30 : 2, 219-239.
- Ramamurti R. (1987), Performance Evaluation of State-Owned Enterprises in Theory and Practice, *Management Science*, 33 : 7, 876-893.
- Rao H., G. F. Davis et H. R. Greve (2001), Fool's Gold : Social Proof in the Initiation and Abandonment of Coverage by Wall Street Analysts, *Administrative Science Quarterly*, 46 : 3, 502-526.
- Ring P. et J. Perry (1985), Strategic Management in Public and Private Organizations: Implications of Distinctive Contexts and Constraints, *Academy of Management Review*, 10 : 2, 276-286.
- Ruef M. et W. R. Scott (1998), A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy : Hospital Survival on Changing Institutional Environments, *Administrative Science Quarterly*, 43 : 4, 877-904.
- Ruef M. (1997), Assessing organizational fitness on a dynamic landscape : an empirical test of the relative inertia thesis, *Strategic Management Journal*, 18 : 11, 837-853.
- Rushing W. (1974), Differences in profit and nonprofit organizations : a study of effectiveness and efficiency in general short-stay hospitals, *Administrative Science Quarterly*, 19 : 4, 474-484
- Sander W. (1999), Private Schools and Public School Achievement, *Journal of Human Resources*, 34 : 4, 697-709.
- Selznick P. (1996), Institutionalism « old » and « new », , 41 : 2, 270-277.
- Uzzi B. et R. Lancaster (2004), Embeddedness and Price Formation in the Corporate Law Market, *Academy of Management Review*, 69 : 3, 319-344.
- Westphal J. et E. Zajac (2001), Decoupling policy from practice : the case of stock repurchase program, *Administrative Science Quarterly*, 46 : 2, 208-228.



- Young G., M. Charns et M. Shortell (2001), Top manager and network effects on the adoption of innovative management practices : a study of TQM in a public hospital system , *Strategic Management Journal*, 22 : 10, 935-951.
- Zajac E. J. (1990), CEO Selection, Succession, Compensation and Firm Performance : A Theoretical Integration and Empirical Analysis, *Strategic Management Journal*, 11 : 3, 217-230.