



HAL
open science

Approche institutionnelle de l'influence et de la sensibilité des organisations : Le cas de l'adoption des pratiques visant à réduire les infections nosocomiales dans les établissements de soins français

Erik Lootvoet

► **To cite this version:**

Erik Lootvoet. Approche institutionnelle de l'influence et de la sensibilité des organisations : Le cas de l'adoption des pratiques visant à réduire les infections nosocomiales dans les établissements de soins français. Sciences de l'Homme et Société. HEC PARIS, 2009. Français. NNT : . pastel-00005179

HAL Id: pastel-00005179

<https://pastel.hal.science/pastel-00005179>

Submitted on 21 Sep 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ECOLE DES HAUTES ETUDES COMMERCIALES DE PARIS

Ecole Doctorale « Sciences de la Décision et de l'Organisation » - ED 471
Equipe de Recherche GREGHEC - UMR 2959

**« APPROCHE INSTITUTIONNELLE DE L'INFLUENCE ET DE LA
SENSIBILITE DES ORGANISATIONS :
LE CAS DE L'ADOPTION DES PRATIQUES VISANT A REDUIRE LES
INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ETABLISSEMENTS DE
SOINS FRANCAIS »**

THESE
présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2009
en vue de l'obtention du
DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION
par

Erik LOOTVOET

JURY

Président de Jury : **Monsieur Alain DESREUMAUX**
Professeur
I.A.E. - Université de Lille 1

Directeur de recherche : **Monsieur Rodolphe DURAND**
Professeur
Ecole des Hautes Etudes Commerciales

Rapporteurs : **Madame Isabelle HUAULT**
Professeur des Universités
Université de Paris 9 Dauphine

Monsieur Bernard FORGUES
Professeur des Universités
I.A.E. - Université de Lille 1

Suffragants : **Madame Géraldine SCHMIDT**
Professeur des Universités
I.A.E. – Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne

Madame Eve CHIAPELLO
Professeur
Ecole des Hautes Etudes Commerciales

Ecole des Hautes Etudes Commerciales

Le Groupe HEC Paris n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A Cathy
A mes parents

Remerciements

Une thèse est l'aboutissement de plusieurs années de travail, et celle-ci n'aurait pu voir le jour sans le soutien et l'aide de nombreuses personnes. Je tiens donc ici à les remercier et leur témoigner ma reconnaissance.

Je tiens avant tout à remercier infiniment mon directeur de thèse, Rodolphe Durand, qui a été dès le premier jour de notre collaboration un directeur de thèse exemplaire. Critique mais bienveillant, toujours à l'écoute, il a su me faire progresser et tirer le meilleur de moi-même.

Je suis honoré que mesdames Eve Chiapello, Isabelle Huault et Géraldine Schmidt et que messieurs Alain Desreumaux et Bernard Forgues aient accepté d'être membres de mon jury de thèse et je tiens à les remercier pour l'intérêt et le temps accordés à mon travail. En particulier, je remercie Isabelle Huault pour ses précieux conseils et Bernard Forgues pour m'avoir donné très tôt le goût de la recherche.

Je remercie le doctorat HEC de m'avoir fait évoluer dans un environnement propice à la recherche. Les enseignants, les séminaires et les doctorants ont pleinement contribué à ma formation d'enseignant et de chercheur. Je remercie tout particulièrement Guilhem Bascle, Alexandra Joseph, Déborah Philippe, Julien Schmitt, Dina Rasolofoarison et Jean-Philippe Vergne pour leur aide.

Les financements accordés par la fondation HEC ont été indispensables pour mener à terme cette thèse. Je la remercie pour m'avoir accordé sa confiance et permis de me concentrer sur mes recherches.

Les professionnels de santé cités dans ce travail m'ont aussi accordé de leur précieux temps malgré leur charge de travail considérable. Je remercie en particulier le Dr Baillet pour ses nombreux conseils et commentaires, et pour m'avoir autorisé à venir assister à deux opérations chirurgicales dans le bloc opératoire afin de vivre et voir succinctement la lutte quotidienne contre les infections nosocomiales.

Je remercie mes parents et ma famille pour leur affection et j'espère qu'ils trouveront dans ce travail la récompense des sacrifices et des efforts qu'ils ont consentis pour me permettre de faire mes études. J'ai également une pensée amicale pour Emmanuel et Delphine Brulé, Sébastien Decker et Manuel Roy.

Enfin, ma femme Cathy aura été mon soutien indéfectible au cours de ces années. Elle a été le rempart contre tous mes doutes et rien n'aurait été possible sans elle. Je ne pourrai jamais assez la remercier de tout ce qu'elle a fait pour moi.

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
1 CHAMPS MOBILISES ET PROPOSITIONS.....	18
1.1 THEORIE INSTITUTIONNELLE	18
1.1.1 <i>Les principes fondamentaux de la théorie institutionnelle.....</i>	<i>18</i>
1.1.2 <i>Définition et origines de l'isomorphisme.....</i>	<i>24</i>
1.1.3 <i>L'institutionnalisme et l'épreuve du test empirique</i>	<i>27</i>
1.2 PRATIQUES ORGANISATIONNELLES, GROUPES SOCIAUX ET INSTITUTIONS	30
1.2.1 <i>L'adoption de pratiques dans l'organisation et l'institution.....</i>	<i>30</i>
1.2.2 <i>L'homophilie et le groupe social.....</i>	<i>38</i>
1.2.3 <i>Isomorphisme organisationnel intra- et inter-groupes sociaux</i>	<i>42</i>
1.3 INFLUENCE DES RESEAUX ET INERTIE ORGANISATIONNELLE	45
1.3.1 <i>L'influence des réseaux sur l'adoption de pratiques organisationnelles</i>	<i>46</i>
1.3.2 <i>L'inertie organisationnelle.....</i>	<i>50</i>
1.4 PROBLEMATIQUE	56
1.4.1 <i>Un angle mort dans la littérature.....</i>	<i>58</i>
1.4.2 <i>L'organisation, source et objet des pressions institutionnelles</i>	<i>64</i>
2 PRESENTATION DU SECTEUR.....	68
2.1 DEFINITIONS ET PRESENTATION DU SECTEUR DES ETABLISSEMENTS DE SANTE FRANÇAIS.....	68
2.1.1 <i>Présentation du secteur des établissements de santé français.....</i>	<i>68</i>
2.1.2 <i>Définitions relatives aux infections nosocomiales et implications</i>	<i>75</i>
2.1.3 <i>La lutte contre les infections nosocomiales sur le terrain.....</i>	<i>84</i>

2.2	LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : ACTEURS ET LEGISLATION	91
2.2.1	<i>Les acteurs organisationnels de la lutte contre les infections nosocomiales</i>	92
2.2.2	<i>Législation et historique récents de la lutte contre les maladies nosocomiales.....</i>	97
2.3	LES PRATIQUES VISANT A LUTTER CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	106
2.3.1	<i>Les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales dans l'établissement de soins .</i>	107
2.3.2	<i>Le recueil centralisé des infections et vigilances</i>	112
2.3.3	<i>Lutte contre les infections nosocomiales : l'institution et les pratiques.....</i>	116
2.4	SYNTHESE DE LA PRESENTATION DU SECTEUR	123
3	LITTERATURE SPECIFIQUE SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET HYPOTHESES.....	125
3.1	THEORIES INSTITUTIONNELLES ET SOCIOLOGIQUES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DISTINCTION ENTRE ORGANISATIONS PUBLIQUES ET ORGANISATIONS PRIVEES	125
3.1.1	<i>La sociologie des établissements de soins et de l'adoption de pratiques médicales.....</i>	125
3.1.2	<i>Influence et sensibilité des établissements de soins à l'adoption de pratiques dans les établissements de soins.....</i>	131
3.1.3	<i>Réseau et inertie dans le secteur des établissements de santé.....</i>	141
3.1.4	<i>Les groupes sociaux dans le secteur des établissements de soins français.....</i>	148
3.2	LES HYPOTHESES.....	156
3.3	SYNTHESE ET MODELE A TESTER	170
4	DONNEES ET RESULTATS	173
4.1	CONSTITUTION ET DESCRIPTION DE LA BASE DE DONNEES	173
4.1.1	<i>Contenu et sources de la base de données.....</i>	173
4.1.2	<i>Constitution de la base de travail.....</i>	176
4.1.3	<i>Opérationnalisation des variables du modèle de référence</i>	180
4.2	MODELISATION STATISTIQUE.....	189
4.2.1	<i>La régression sur données de panel avec effets aléatoires</i>	189
4.2.2	<i>Régression logistique et tests d'adéquation des modèles.....</i>	192
4.3	RESULTATS	194
4.3.1	<i>L'adéquation des modèles et variables de contrôle</i>	197

4.3.2	<i>Le test des hypothèses.....</i>	198
4.3.3	<i>Résultats complémentaires.....</i>	203
5	CONTRIBUTIONS ET DISCUSSION	206
5.1	CONTRIBUTIONS THEORIQUES	206
5.1.1	<i>Influence et sensibilité des établissements de soins : la résolution d'un angle mort de la littérature</i>	<i>207</i>
5.1.2	<i>Importance, validité externe et conséquences de l'approche par sources et objets institutionnels</i>	<i>215</i>
5.2	LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES DE RECHERCHE.....	221
5.2.1	<i>Limites et perspectives théoriques</i>	<i>222</i>
5.2.2	<i>Limites et perspectives liées à la méthodologie</i>	<i>229</i>
5.2.3	<i>Limites et perspectives relatives à la validité externe de l'étude</i>	<i>233</i>
5.3	CONCLUSION	237
	PLAN DETAILLE DE LA THESE.....	238
	BIBLIOGRAPHIE	245

Table des illustrations

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : les entretiens réalisés	86
Tableau 2 : exemple de présentation de la base de données brute	177
Tableau 3 : statut juridique des établissements de soins français ayant une activité médicale	183
Tableau 4 : matrice des corrélations.....	194
Tableau 5 : quelques statistiques descriptives.....	195
Tableau 6 : coefficients de l'analyse Logit de l'adoption d'un recueil centralisé d'infections et vigilances dans les établissements de soins français.....	196
Tableau 7 : Résultats complémentaires de l'analyse Logit de l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances dans les établissements de santé français.....	205

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : plan de la thèse.....	17
Figure 2 : institutions, légitimité, efficience et survie de l'organisation	22
Figure 3 : l'ambiguïté dans la littérature	57
Figure 4 : évolution du nombre d'établissements de soins en France.....	69
Figure 5 : schéma des modes de contamination nosocomiale endogène	80
Figure 6 : schéma des modes de contaminations exogènes pour les infections nosocomiales	81
Figure 7 : évolution du nombre d'établissements de soins par type d'organisations.....	94
Figure 8 : évolution de l'adoption de la pratique par type d'organisations.....	116
Figure 9 : identification et proposition de résolution de l'ambiguïté dans la littérature	172

Figure 10 : courbe de la fonction logistique.....	193
Figure 11 : tests de l'influence et de la sensibilité des établissements publics et privés	201
Figure 12 : identification d'un angle mort dans la littérature et proposition de résolution....	214

Introduction

Cette thèse a pour objectif de mieux comprendre l'hétérogénéité et l'évolution de l'adoption d'une pratique dans une population d'organisations. A cet effet, nous distinguons l'influence et la sensibilité des organisations : les organisations influentes favorisent l'adoption par d'autres organisations tandis que les organisations sensibles seront particulièrement enclines à adopter si d'autres organisations l'ont déjà fait. Cette dissociation permet d'améliorer la compréhension des mécanismes isomorphiques, en particulier entre organisations similaires et entre organisations différentes. Au-delà d'une meilleure compréhension de leur adoption, l'étude des pratiques met en évidence les institutions qu'elles incarnent. L'adoption d'une pratique par une organisation reflète l'adhésion de l'organisation à cette institution, et incite les autres organisations à y adhérer à leur tour.

Diverses théories issues de la sociologie expliquent une part de l'influence et de la sensibilité des organisations ou des individus en matière d'adoption de pratiques : les principes homophiles, en particulier, indiquent que les individus similaires ont une tendance à entretenir plus de contacts sociaux, avoir les mêmes attitudes, prendre les mêmes décisions et adopter les mêmes pratiques (Galaskiewicz, 1985, Mcpherson, Smith-Lovin et Cook, 2001). Dans ce cas, l'influence et la sensibilité vont de pair : la ressemblance, la similarité, l'affinité induisent une augmentation conjointe de l'influence et de la sensibilité tandis que la différence, l'absence de références communes induisent une diminution de cette influence et de cette sensibilité.

Si l'homophilie implique que les organisations ont tendance à imiter leurs pairs, l'imitation entre organisations différentes est en revanche plus complexe à décrypter. La pratique doit bien sûr être au moins en partie transposable, et dans ce cas, une organisation peut prendre exemple sur une autre organisation dont elle n'est pas proche pour l'intégrer à son tour (D'anno, Succi et Alexander, 2000). Dans les situations impliquant des organisations qui ne sont pas toutes similaires, elles n'ont pas toutes le même degré d'influence sur leurs semblables; l'adoption par certains grands chefs cuisiniers français des principes de la Nouvelle Cuisine (une cuisine plus légère, plus fine que la cuisine dite « traditionnelle ») a modifié durablement le paysage gastronomique français. Il ne fait nul doute que l'influence de ces grands chefs a beaucoup fait dans le succès de cette approche novatrice, et que les choses auraient été bien différentes si des restaurateurs moins influents avaient tenté d'introduire ce nouveau concept (Rao, Monin et Durand, 2003). En effet, la sensibilité organisationnelle dépend du type d'organisation : suivant ses possibilités et ses motivations, elle sera plus ou moins encline à se plier ou à résister aux pressions qui s'exercent sur elles (Oliver, 1991).

L'objectif de cette thèse est de mieux cerner les raisons de l'hétérogénéité de l'adoption d'une pratique dans une population d'organisations. Nous pensons que la distinction entre influence et sensibilité organisationnelles constitue une contribution importante pour mieux comprendre cette adoption. Ainsi, dans cet objectif, nous allons traiter la question suivante :

« Quel est l'impact de l'influence et de la sensibilité des organisations sur l'adoption d'une pratique ? »

Nous utilisons dans cette étude deux types d'organisations différentes, ce qui nous permettra d'étudier l'influence et la sensibilité entre organisations de même type, mais aussi entre organisations de types différents.

Influence et sensibilité institutionnelle des organisations pour comprendre l'adoption de pratiques

Toutes les organisations sont à la fois source et objet d'influence. Elles adoptent certaines pratiques si celles-ci sont compatibles avec les normes, les règles et les croyances qu'elles érigent en partie, qui constituent ce que l'on appelle les institutions (DiMaggio et Powell, 1983, Hoffman, 1999). Or, c'est là que réside toute la difficulté : comment les organisations peuvent-elles transformer ces normes, règles et croyances si elles sont elles-mêmes contraintes de les respecter ? La réponse se situe dans la source et la nature des institutions d'une part, et dans les organisations qui font l'objet de ces institutions d'autre part. Premièrement, suivant la netteté perçue des institutions, la pression de conformité à ces institutions qui s'exerce sur les organisations sera plus ou moins importante ; dans les situations où la norme est moins claire, l'organisation peut échapper au carcan institutionnel (Goodrick et Salancik, 1996). Deuxièmement, les organisations ont une certaine liberté d'action, bien que cette liberté ne soit pas sans risque ; elles ont la possibilité de ne pas adhérer aux pressions qui s'exercent sur elles, en les évitant ou même en les défiant ou en les manipulant (Oliver, 1991), ce qui sera moins dangereux pour certaines organisations que pour d'autres (Durand, Rao et Monin, 2007), tandis que d'autres seront particulièrement enclines à être en conformité (Mizruchi et Fein, 1999).

Ainsi, suivant la nature et l'intensité des institutions, certaines organisations ont la capacité (voulue ou non) de modifier la nature et l'intensité de ces institutions. Le vecteur, le media

par lequel cette transformation devient possible est l'adoption de pratiques : en effet, en adoptant certaines pratiques porteuses de sens, les organisations modifient leur environnement institutionnel (Zilber, 2002). L'adoption de pratiques organisationnelles influe donc sur la nature et l'intensité des pressions institutionnelles qui s'exercent sur les autres organisations, les incitant à adopter à leur tour.

L'hétérogénéité et l'évolution des institutions et des pratiques

Si les institutions sont par nature stables, elles ne sont pas pour autant forcément homogènes, bien qu'elles puissent l'être en particulier dans le cas de pressions institutionnelles exogènes telles que les réglementations (Selznick, 1969). Les institutions varient dans le temps (Dobbin et Dowd, 1997) et l'espace (Lounsbury, 2007). Ainsi, afin de mieux appréhender l'influence et la sensibilité des organisations vis-à-vis des institutions et donc des pratiques, il peut être particulièrement utile d'utiliser une approche qui prenne en compte à la fois l'hétérogénéité spatiale et temporelle (Strang et Tuma, 1993).

La proximité géographique est souvent importante et parfois nécessaire pour que les pratiques et les valeurs qu'elles symbolisent influencent les autres organisations (Ashforth et Mael, 1989, Lounsbury, 2007). Toutefois, même dans les cas où cette proximité est nécessaire, elle n'est pas pour autant suffisante et dépend alors de la nature et la netteté de l'institution, du sens porté par la pratique et de la sensibilité des organisations.

Au cours du temps, les institutions sont par nature stables, mais elles peuvent évoluer lentement mais sûrement, en fonction des « échelles de temps » relatives en vigueur dans le champ. Zilber (2002) utilise un mot remarquable pour en décrire l'évolution : l'« infusion » des actions qui conduit au travers des interprétations à modifier les normes et règles perçues.

Loin d'être erratiques, les institutions évoluent toutefois et cette évolution peut permettre de mettre en évidence l'influence et la sensibilité organisationnelles.

La prise en compte de l'hétérogénéité spatiale et temporelle des pratiques et donc des pressions institutionnelles qu'elles symbolisent permet de mettre en évidence les éventuelles différences ou similarités entre influence et sensibilité des organisations vis-à-vis de ces institutions. Notre objectif est donc de construire un modèle dans un contexte où nous étudions deux types d'organisations, leur influence et leur sensibilité intrinsèques et extrinsèques, en fonction du temps et de l'espace. Cette approche nous permet de réaliser la difficile dissociation entre l'organisation comme « source » des institutions et l'organisation comme « objet » des institutions.

L'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales dans les établissements de soins français

Nous avons choisi comme terrain de recherche le secteur des établissements de soins français. Le secteur de la santé est un objet d'étude courant dans la littérature, de par la richesse, l'importance et la complexité des institutions (Goodrick et Salancik, 1996, D'anno, Succi et Alexander, 2000, Scott, Ruef, Mendel et Caronna, 2000). Nous nous intéressons à la lutte contre les infections nosocomiales, qui sont des maladies contractées à l'hôpital, et plus particulièrement à l'adoption d'une pratique visant à réduire ce type d'infections. Nous examinons ainsi l'ensemble des établissements de soins français concernés par les infections nosocomiales, qui ont au minimum une capacité d'hospitalisation de courte durée. Nous étudions ces établissements de soins sur une période de temps de 2000 à 2004 dont le début coïncide avec un regain d'intérêt pour la lutte contre les infections nosocomiales en 1999.

L'asepsie, le lavage des mains, l'utilisation de matériel à usage unique, les gestes qui préservent la stérilité des instruments ou des champs, ainsi que tous les autres procédés relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales font partie des normes et règles intégrées par le corps médical. Cet ensemble de règles et de normes représente une institution, que l'on pourrait qualifier d'institution hygiéniste, qui n'est pas nouvelle, et les pratiques concernées n'en sont pas aux prémises de leur diffusion. Il s'agit donc d'un terrain d'étude propice à l'étude des pressions institutionnelles, renforcé par le caractère mature des pratiques étudiées (DiMaggio et Powell, 1983, Westphal, Gulati et Shortell, 1997).

La pratique étudiée est l'adoption d'un recueil centralisé des infections nosocomiales et vigilances. Son adoption reflète l'adhésion à la lutte contre les infections nosocomiales, mais est aussi visible par les autres organisations car cette adoption fait partie d'un recueil de données dont les informations sont publiques. Ainsi, l'incitation à adopter cette pratique croît avec la fréquence d'adoption de celle-ci, et plus précisément avec la diffusion dans l'environnement géographique local. Or, il existe deux grands types d'établissements de soins : les hôpitaux publics, dont l'objectif est de rendre un service de santé au public, et les cliniques privées, dont l'objectif est de faire du profit en rendant ce service. Ces deux grands types d'établissements de soins se sont constitués une identité au cours de l'histoire, ont une motivation économique différente, et une perception des règles, normes et croyances quelque peu différente. Or ces trois forces – historique, institutionnelle et économique – sont les trois piliers constitutifs d'une identité forte (Peteraf et Shanley, 1997).

Cette dichotomie entre organisations publiques et privées permet de mettre en évidence l'influence et la sensibilité des organisations aux pressions institutionnelles dans ce contexte. Les hôpitaux publics sont influents, ce qui est dû au caractère exemplaire et professionnalisant

de leur fonction que les cliniques privées n'ont pas. A contrario, les cliniques privées sont particulièrement sensibles aux pressions d'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales, car leur objectif de profitabilité peut-être perçu comme potentiellement contraire aux intérêts du patient (Baum et Singh, 1994), sensibilité qui ne concerne pas les hôpitaux publics.

Ainsi, le secteur, la pratique et la typologie d'organisation choisis nous permettent de mettre en avant l'influence et la sensibilité organisationnelle entre organisations similaires, mais aussi entre organisations différentes et ainsi de contribuer à la compréhension de l'évolution et de l'hétérogénéité des pratiques et des institutions dans l'espace et le temps. Dans le cadre de notre terrain d'étude, nous confrontons l'impact de l'adoption d'une pratique entre groupes organisationnels différents avec l'impact homophile de l'adoption d'une pratique au sein du même groupe. De plus, nous établissons que notre contribution est importante en montrant que la sensibilité de chaque établissement de soins est un complément significatif aux théories de l'inertie (Hannan et Freeman, 1984) et des réseaux sociaux (Davis, 1991), théories pourtant bien établies et puissantes pour expliquer l'adoption de pratiques organisationnelles.

Plan de la thèse

Nous structurons notre thèse de la manière suivante :

Dans une première partie, nous abordons les **différents champs et théories mobilisés** : les théories institutionnelles et les concepts d'inertie organisationnelle et de réseaux formels, ce qui nous permettra de préciser notre problématique ainsi que les propositions relatives aux sources et aux objets des institutions dans les populations d'organisations.

Dans une deuxième partie, nous **présentons le secteur des établissements de santé**, les concepts clés spécifiques à notre terrain ainsi que les acteurs et l'évolution de la réglementation de la lutte contre les maladies nosocomiales. Nous distinguons les établissements publics et les établissements privés, expliquons leurs spécificités dans le secteur des établissements de soins et l'impact de ces deux fortes identités sur leur influence et leur sensibilité.

Dans une troisième partie, nous exposons la **littérature spécifique au secteur des établissements de soins**, ainsi que celle relative à la distinction entre organisations publiques et privées. Nous utilisons ensuite cette revue de littérature pour contextualiser nos propositions décrites dans la première partie traitant de la théorie afin de proposer des **hypothèses** testables sur notre terrain d'étude.

Dans une quatrième partie, nous **présentons la base de données, l'analyse et les résultats de l'étude**. Nous entrons dans le détail de l'origine de ces données, des adaptations qui ont été apportées afin de permettre une analyse sociologique des organisations, de la modélisation statistique et des méthodes employées, ainsi que les résultats fournis et argumentés issus des analyses statistiques effectuées.

Dans une cinquième partie, nous explicitons les diverses **contributions de notre étude, ses limites mais aussi les perspectives qu'elle ouvre concernant de futures recherches**. Nous développons ici tout l'intérêt de la dissociation entre dimensions « source » et « objet » des organisations, et de son apport à la théorie institutionnelle actuelle et en particulier de sa complémentarité avec les théories sociologiques d'homophilie organisationnelle, d'inertie organisationnelle et des réseaux sociaux.

Le tableau suivant décrit la logique du plan choisi :

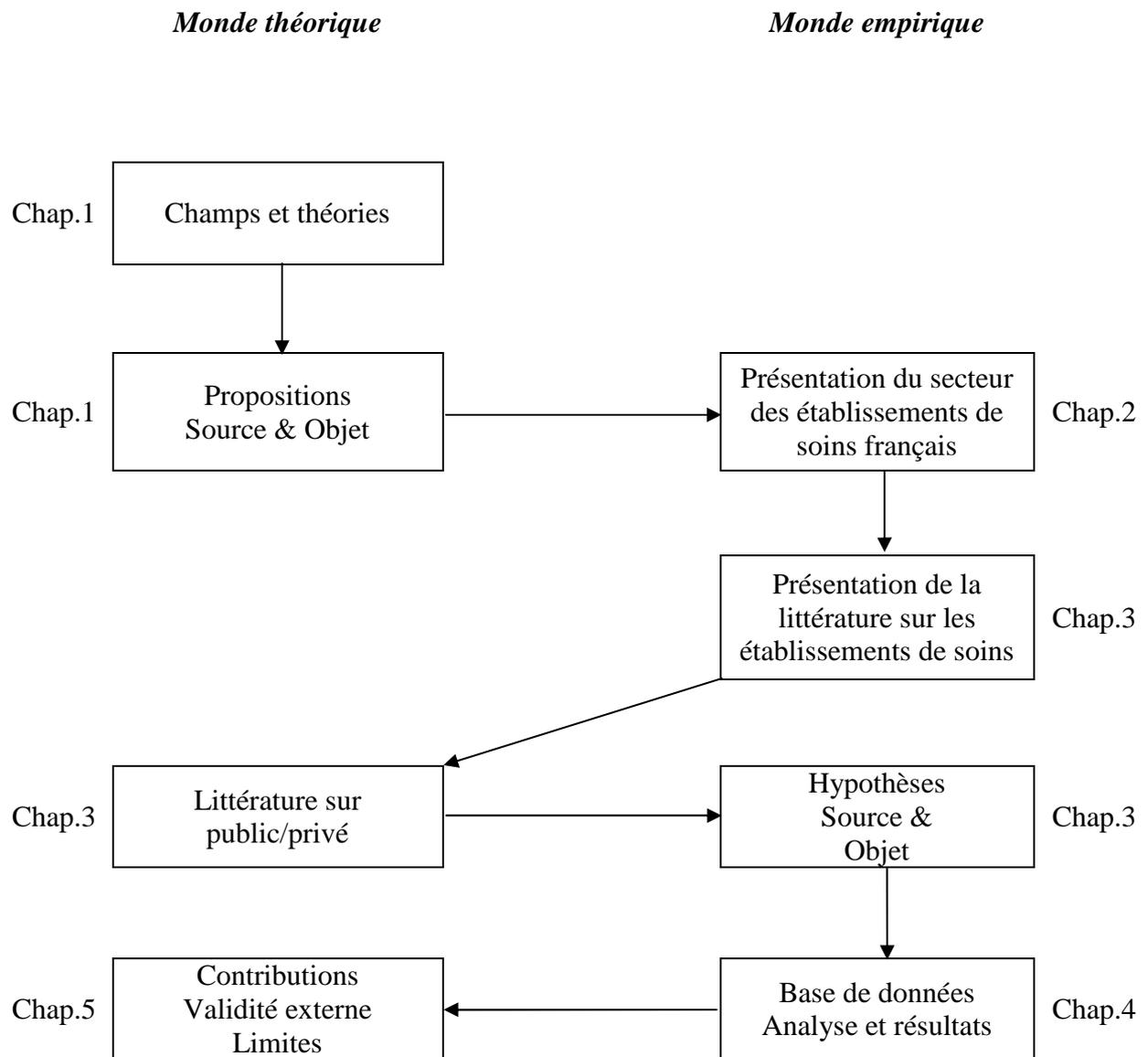


Figure 1 : plan de la thèse

1 Champs mobilisés et propositions

Dans ce chapitre, nous définissons l'institutionnalisme et montrons comment la théorie institutionnelle permet de mieux comprendre l'organisation, ses actions, son comportement et ses décisions, en particulier l'adoption de pratiques. Ensuite, nous nous focalisons plus particulièrement sur le concept d'isomorphisme, concept fondamental de la théorie institutionnelle et de notre argument. Puis nous traitons de l'inertie et de l'impact des réseaux sur l'adoption de pratiques et nous concluons par la présentation de nos propositions fondamentales.

1.1 Théorie institutionnelle

Nous définissons la théorie institutionnelle ainsi que ses contours et ses limites dans la littérature, afin d'entamer notre raisonnement sur de solides fondations. Nous abordons aussi le concept de changement organisationnel et son ambiguïté avec la théorie institutionnelle.

1.1.1 Les principes fondamentaux de la théorie institutionnelle

L'organisation est imbriquée dans un enchevêtrement de liens sociaux et économiques qui constituent l'environnement de celle-ci, contraignent ses différentes possibilités d'action ou peuvent menacer son existence (Selznick, 1957, Granovetter, 1985 et Thornton, 2002).

Définition de l'institution

L'idée fondamentale de l'institutionnalisme repose sur le fait que les individus, et par transitivité les organisations, ont une façon similaire d'appréhender la réalité, de structurer leurs actions. Des structures collectives sont érigées inconsciemment ou consciemment par un

ensemble d'individus qui ont un sentiment commun d'appartenance ou un dessein commun ressenti (Berger et Luckman, 1967 ; Bourdieu, 1994). Ces structures collectives sont susceptibles d'amener à la reproduction et l'homogénéisation des pratiques, mais permettent aussi le changement par la contestation (Golsorkhi et Huault, 2006). « La théorie institutionnelle retrace l'émergence de formes, processus, stratégies, perspectives et compétences distinctifs qui émergent de modèles d'interactions organisationnelles et de leur adaptation »¹; l'institutionnalisme est conséquemment l'émergence de modèles ordonnés stables et socialement intégrés qui sont issus d'activités diverses, instables, faiblement organisées (Selznick, 1996 : 271).

L'action d'une entreprise n'est pas vue comme un choix parmi une infinité de possibilités déterminées par des arrangements purement internes mais plutôt comme un choix parmi un nombre restreint d'options légitimes déterminé par le groupe d'acteurs composant le champ organisationnel de la firme, d'après l'ouvrage de Scott (1991). « Une institution est un ensemble de règles, de normes et de croyances qui décrivent la réalité d'une organisation, expliquant ce qui est et ce qui n'est pas, ce qui peut être fait et ce qui ne peut pas. La théorie institutionnelle, pour faire court, pose des questions sur la manière dont les choix sociaux sont faits, transmis et canalisés dans l'environnement institutionnel »² selon Hoffman (1999 : 351).

Pour Oliver (1991) se basant sur les travaux de Scott (1987), les pressions et les contraintes de l'environnement institutionnel sont au centre de la théorie institutionnelle et restreignent le

¹ Traduit de l'anglais « institutional theory traces the emergence of distinctive forms, processes, strategies, outlooks, and competences as they emerge from patterns of organizational interaction and adaptation »

² Traduit de l'anglais « institutions : rules, norms, and beliefs that describe reality for the organization, explaining what is and what is not, what can be acted upon and what cannot. Institutional theory, in short, asks questions about how social choices are shaped, mediated, and channeled by the institutional environment »

champ des possibles qui s'offre à l'entreprise. L'idée du contexte social permet même, selon Weick (1996) se reposant sur les études de Salancik, de lier les aspects « micro » et « macro » des niveaux d'analyse. « Vu d'une perspective macro, le contexte est défini en termes de légitimité, de normes, d'attentes, de champs interorganisationnels et d'institutions. Vu d'une perspective micro, le contexte est défini en termes d'importance, de conformité, d'engagement et de déférence aux puissants fournisseurs de ressources rares et d'attentes»³ (Weick, 1996 : 567). Les théories institutionnelles sont donc de puissants outils pour comprendre les populations d'organisations et les pratiques adoptées par ces organisations, et ce à plusieurs niveaux d'analyse.

Les institutions ont un effet sur deux dimensions en ce qui concerne les organisations (Dacin, 1997) :

- ⇒ les interprétations cognitives des fondateurs : les pressions institutionnelles font que les fondateurs assimilent institutionnellement certaines caractéristiques dans l'espoir que leur organisation sera considérée comme appropriée et/ou légitime.
- ⇒ les flux de ressources : les forces institutionnelles ont d'importantes conséquences sur les ressources dans l'organisation car elles façonnent les goûts et les préférences et la nature de l'activité économique

Les logiques institutionnelles définissent les normes, les valeurs et les croyances qui structurent la cognition des acteurs dans les organisations. Elles varient au cours de l'histoire, peuvent être concurrentes ou complémentaires, et sont façonnées par les contextes sociaux et historiques et plus généralement par les rapports humains qu'entretiennent les individus entre

³ Traduit de «viewed from a macro perspective, context is defined in terms of legitimacy, norms, expectations, interorganizational fields, and institutions. Viewed from a micro perspective, context is defined in terms of salience, conformity, commitment, deference to powerful providers of scarce resources, and expectations. »

eux, et par transitivité les organisations entre elles (Thornton et Ocasio, 1999, Thornton, 2001).

La théorie institutionnelle est un des piliers de notre recherche. Un des articles fondamentaux de ce courant est celui de Meyer et Rowan (1977). Jusqu'alors, les auteurs en sociologie des organisations avaient généralement axé leur réflexion sur ce qui faisait que les entreprises étaient différentes. Pourtant, à l'évidence, les entreprises partagent des similarités indiscutables dans certains domaines ou certains secteurs, et c'est sur cette particularité que les auteurs vont focaliser leur attention.

Les mythes et cérémonies de Meyer et Rowan

Les règles institutionnelles fonctionnent comme des mythes que les organisations incorporent, ce qui leur permet de gagner en légitimité, ressources, stabilité et augmente leurs chances de survie. Ces mythes peuvent être des « produits, des services des techniques, des politiques et des programmes institutionnalisés (...) et beaucoup d'entreprises les adoptent de manière cérémonieuse »⁴ même si leur adoption peut être contraire à des critères d'efficacité et de productivité (Meyer et Rowan, 1977: 340).

Les organisations font face à un choix stratégique d'équilibre entre le respect des règles économiques (dictées par la demande) et le respect des mythes de l'environnement (dont les principes peuvent être contraires aux règles économiques, d'où un choix stratégique) qui permettront de maintenir une légitimité vis-à-vis des différents acteurs du système tels que les fournisseurs, partenaires, clients. La coordination, l'inspection et l'évaluation jusqu'alors

⁴ Traduit de «Institutionalized products, services, techniques, policies, and programs function as powerful myths, and many organizations adopt them ceremonially. »

présentées comme seules sources de performance font place à deux concepts peu traités dans une vision économique : la confiance et la bonne foi. Autrement dit, les organisations ne sont pas forcément opportunistes, pas uniquement dirigées vers une optimisation individuelle à court terme, même si cela implique des conséquences néfastes pour les autres acteurs du système. Si l'organisation n'est pas assez en conformité par rapport aux attentes de son environnement, alors elle n'est pas considérée comme faisant partie de cet environnement ou pas considérée comme un acteur fiable. Dans ces conditions, l'entreprise peut être en grave difficulté, car elle peut avoir des problèmes relationnels avec ses clients et ses fournisseurs, être déconsidérée auprès de ses pairs. Ces chances de survie sont alors grandement amoindries. De plus les institutions, en contraignant l'univers des possibles, permettent de réduire l'incertitude et donc d'améliorer l'efficacité organisationnelle ; la boucle est bouclée lorsque leur efficacité est avérée : elles renforcent et installent alors les mythes institutionnels et participent à leur rationalisation et leur pérennité, comme le montre le tableau 2, issu des travaux de Meyer et Rowan (1977).

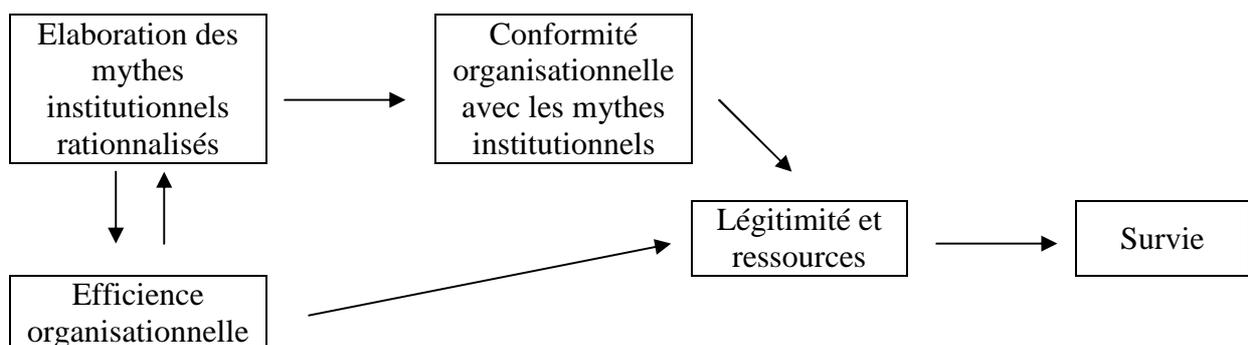


Figure 2 : institutions, légitimité, efficacité et survie de l'organisation
Source : Meyer et Rowan (1977)

Pour atteindre un degré de légitimité suffisant, les organisations sont enclines à construire des « histoires » à propos de leurs actions qui correspondent à des modèles sociaux de comportement. Ainsi, Lounsbury et Glynn (2001) proposent que les institutions émergent des

organisations comme « le processus de raconter une histoire qui fait la médiation entre les stocks de ressources entrepreneuriales et les conséquentes acquisitions de capitaux et créations de richesse »⁵. Ce type d'histoires existe aussi dans le domaine de la recherche en sociologie des organisations (Mizruchi et Fein, 1999) : les publications traitant du mécanisme isomorphique mimétique ont été beaucoup plus nombreuses que celles traitant des mécanismes isomorphiques normatifs et coercitifs. Mizruchi et Fein (1999) affirment que cela résulte d'une inclinaison prononcée et précoce des auteurs provenant d'universités prestigieuses pour ce type d'approche, et que cela a beaucoup influencé les autres auteurs par la suite, donnant à ce type spécifique de mécanisme une importance qu'elle n'avait pas dans l'essai original.

L'apport de Meyer et Rowan est particulièrement intéressant dans le cadre de notre problématique car il permet de comprendre pourquoi une pratique pourrait être adoptée par une organisation : ce n'est pas forcément parce que cette pratique pourrait être considérée comme supérieure, mais parce que ne pas l'adopter impliquerait une délégitimation de l'organisation par rapport aux autres acteurs. Il n'est pas toujours évident d'être certain de la cause de la performance ou de la légitimité d'une organisation (Lippman et Rumelt, 1982, Forgues et Lootvoet, 2006) et dans un contexte d'incertitude, les organisations vont donc être attentives aux pratiques adoptées par les autres organisations et être tentées de les imiter, sans pour autant qu'elles puissent être assurées que cette adoption ait une influence positive.

⁵ Traduit de « the process of storytelling that mediates between extant stocks of entrepreneurial resources and subsequent capital acquisition and wealth creation »

1.1.2 Définition et origines de l'isomorphisme

Pour définir l'isomorphisme, nous nous inscrivons dans la perspective présentée dans un deuxième article fondateur qui sera au cœur de notre développement théorique. Cet article traite de l'isomorphisme et des mécanismes qui en sont à l'origine.

Les fondations de l'isomorphisme : DiMaggio et Powell

DiMaggio et Powell (1983) sont les auteurs d'un article majeur dans le domaine de la théorie institutionnelle. Tout comme Meyer et Rowan, ils ont examiné quelles pouvaient être les sources, les origines des similarités entre organisations dans un même environnement institutionnel. L'isomorphisme est une ressemblance croissante des organisations entre elles. Les auteurs la présentent comme « un processus contraignant qui force une unité dans une population à ressembler aux autres unités dans la même configuration de conditions environnementales »⁶ (DiMaggio et Powell, 1983 : 149).

Les institutions constituent un ensemble de pressions exogènes ou endogènes qui influencent la structure et le comportement des organisations. Ces pressions proviennent de normes socioculturelles et de tensions provenant des connexions diverses entre organisations, comme la dépendance ou les pressions politiques (Dacin, 1997). Ce phénomène d'isomorphisme est donc courant dans diverses populations d'organisations. L'isomorphisme peut donc résulter de pressions intrinsèques à ces populations d'organisations, mais aussi de pressions extrinsèques. Elle est considérée comme « une réponse à l'incertitude » résultant plutôt de l'anxiété [qui provient de l'incertitude générée par l'environnement de l'organisation] plutôt

⁶ Traduit de « isomorphism is a constraining process that forces one unit in a population to resemble other units that face the same set of environmental conditions »

que d'efforts rationnels pour éviter d'avoir à réinventer la roue »⁷ (Selznick, 1996: 273). Ainsi, l'isomorphisme est d'autant plus prononcé que l'incertitude sera importante.

Mécanismes sous-jacents de l'isomorphisme

DiMaggio et Powell (1983) ont proposé trois phénomènes, trois mécanismes différents qui accroîtraient la similarité entre les organisations :

- ⇒ Un mécanisme coercitif qui résulte de pressions formelles et informelles exercées par les autres organisations dont elle dépend qui peuvent être ressenties comme une force, une persuasion ou une invitation à une collusion.
- ⇒ Un mécanisme mimétique qui résulte principalement de l'incertitude. Lorsqu'elle est éprouvée, les organisations tendent à se modeler de manière à ressembler aux autres.
- ⇒ Un mécanisme normatif qui résulte selon les auteurs majoritairement de la « professionnalisation ». C'est la production collective de membres d'un environnement organisationnel qui définit des conditions et des méthodes de travail similaires qui contribuent à l'isomorphisme institutionnel.

Les trois mécanismes présentés ci-dessus sont des clés permettant de mener à la compréhension de l'adoption de pratiques organisationnelles. Les mécanismes coercitifs peuvent prendre la forme de lois, de réglementations ou d'incitations financières de la part des instances nationales ou régionales par exemple. Les mécanismes mimétiques ont un impact évident sur l'adoption de pratiques : une organisation qui adopte une pratique dans un contexte d'incertitude incite les autres à l'adopter à leur tour, dans l'éventualité où cette pratique pourrait octroyer un avantage. Les mécanismes normatifs peuvent provenir d'associations professionnelles, de normes définies et volontairement adoptées (comme les

⁷ Traduit de « Mimesis is considered "a response to uncertainty," presumably more deeply rooted in anxiety than in rational efforts to avoid reinventing the wheel »

normes ISO par exemple qui sont des standards de référence pour les professionnels), de la formation des personnels ou des dirigeants etc. Dans le cadre de notre étude, nous négligerons les mécanismes coercitifs. Bien sûr, leur impact est d'importance et peut expliquer une part importante de l'isomorphisme, mais cette recherche ne traitera que des dimensions mimétiques et normatives. En effet, les mécanismes coercitifs sont majoritairement d'origine exogène à la population d'organisations, et nous les considérons donc comme délimitant le champ des possibles, nous éludons donc les comportements illégaux ou illégitimes. Notre recherche se focalisera donc sur l'adoption de pratiques légales et acceptables dans le champ.

Origine intrinsèque ou extrinsèque des forces institutionnelles

Zucker (1987) a proposé deux manières de voir l'institutionnalisme qui sont aussi deux manières différentes d'appréhender les sources de l'isomorphisme : une première où l'institutionnalisme provient de l'environnement et une deuxième où il provient des organisations. Bien qu'elles soient complémentaires et similaires en de nombreux aspects, l'auteur distingue donc une vision transcendante et une vision immanente de l'institutionnalisme dans la littérature stratégique. Les deux perspectives mènent à des approches différentes des processus en vigueur dans l'ensemble des organisations : l'environnement en tant qu'institution mène à la reproduction et à l'imitation tandis que la vision de l'organisation comme institution est plus axée sur la génération de nouveaux éléments culturels et dans ce cas, selon Zucker, la reproduction et l'imitation ne sont plus des causes mais des conséquences des institutions.

Les deux perspectives sont complémentaires, mais elles influent considérablement sur les méthodologies à mettre en place : nous avons écarté volontairement les mécanismes coercitifs parmi les mécanismes isomorphiques dans notre propos, or ces mécanismes se prêtent plus

particulièrement à une approche transcendantale des forces institutionnelles. A l'inverse, les mécanismes mimétiques incitent aux choix d'une approche immanente, approche qui sera retenue dans notre cadre d'analyse ; nous considérons les organisations comme leur propre source de modèles institutionnels. Similairement, Greve (1995) adopte une approche où les organisations exercent une pression institutionnelle sur elles-mêmes : l'abandon d'une pratique (un certain type de programmation musicale, le format « easy listening ») dans les stations de radio est un phénomène contagieux ; les stations qui abandonnent augmentent la probabilité d'abandon dans les autres stations de radio, en particulier lorsqu'elles font partie de la même entreprise ou association. L'importance des effets mimétiques et normatifs dans ce cas a conduit Greve (1995) à opter pour une approche immanente, que nous retenons à notre tour pour les mêmes raisons.

1.1.3 L'institutionnalisme et l'épreuve du test empirique

Les mécanismes institutionnels sont extrêmement difficiles à mesurer dans la réalité. Pourtant, Kraatz et Zajac (1996) mettent à l'épreuve du test empirique et quantitatif les assertions de la théorie institutionnelle dans les universités d'arts libéraux américaines. Les auteurs examinent l'offre de programme, les diplômes dispensés et la performance de chacun des 631 établissements étudiés entre 1971 et 1986. Les résultats sont les suivants :

- ⇒ Ces universités ont changé de manière contraire aux limites imposées par le contexte institutionnel : les universités d'arts libéraux ont professionnalisé leurs cursus, contre leur raison d'être
- ⇒ Les conditions environnementales techniques globales et locales sont de bons éléments de prédiction des changements observés alors qu'ils devraient être insignifiants dans des environnements institutionnels matures et stables

⇒ Les écoles deviennent de moins en moins homogènes avec le temps, ce qui est contraire au principe d'isomorphisme

⇒ Les écoles n'imitent pas leurs homologues prestigieux

⇒ Les changements illégitimes n'ont pas de conséquences négatives sur la performance

Les auteurs en concluent donc que le pouvoir explicatif des raisonnements basés sur l'adaptation des organisations dans leur environnement est sous-estimé. On peut aussi se demander si les contacts sociaux entre universités sont suffisamment nombreux et importants pour que l'influence qu'elles exercent les unes sur les autres soit suffisante. En particulier, la non-significativité de la concurrence locale dans les résultats statistiques pose la question d'un réel impact d'une organisation sur une autre. Les étudiants potentiels pourraient par exemple se contenter d'aller dans l'établissement le plus proche de chez eux, ou le plus commode, ou le plus adapté à leurs désirs, ou au contraire estimer que l'offre de cours n'est pas suffisamment diversifiée pour être réellement un critère de choix. Dans ce cas, les écoles auraient une influence limitée les unes sur les autres et le choix de ces cours aurait un impact limité. Certaines pourraient aussi être tentées de tenter de se différencier fortement pour attirer tout de même de nouveaux étudiants, mais sans succès. Il est donc nécessaire de s'assurer de l'importance de l'influence effective des pressions institutionnelles, ainsi que d'évaluer si la sensibilité des organisations à ces pressions est avérée.

La théorie institutionnelle a aussi été étudiée empiriquement dans le cadre des fondations des voies de chemins de fer par Dobbin et Dowd (1997). Les pressions institutionnelles se sont révélées être prépondérantes en termes d'influence par rapport aux forces écologiques, c'est-à-dire aux pressions de sélection issues de l'environnement subies par les organisations, ce qui montre que les forces institutionnelles ont une valeur explicative importante, même en regard des mécanismes concurrentiels. Pour le démontrer, les auteurs ont utilisé un cas d'école,

puisque la construction des chemins de fer a fait chronologiquement l'objet des trois politiques publiques possibles vis-à-vis de la compétition entre organisations : la capitalisation publique dans les premiers temps, puis une politique pro-cartel et finalement une approche anti-trust. L'effet des politiques publiques est fortement significatif et leur impact comparable à celui de la concurrence (dans cet article, il s'agit de la densité organisationnelle, mesure écologique de la compétition entre les organisations d'après Hannan et Freeman, 1977). Ainsi, les auteurs démontrent la puissance des théories institutionnelles pour expliquer les phénomènes organisationnels.

D'autres recherches empiriques sur les théories institutionnelles valident cette approche et ironiquement, ce type d'approche est aussi applicable dans le domaine de la recherche en sociologie des organisations : en effet, Mizruchi et Fein (1999), ont montré que les chercheurs en stratégie avaient privilégié le discours dominant de l'époque en démontrant un attachement particulier au principe d'isomorphisme mimétique au détriment des mécanismes coercitifs et normatifs. L'isomorphisme mimétique a reçu une attention disproportionnée en regard de son rôle dans l'essai original de DiMaggio et Powell de 1983 (Mizruchi et Fein, 1999). Les auteurs affirment alors que « la thèse de DiMaggio et Powell est devenue socialement construite, car les auteurs se sont appropriés sélectivement des aspects du travail qui étaient en accord avec le discours prévalent dans le champ »⁸ (Mizruchi et Fein, 1999: 653). Mizruchi et Fein (1999) ont aussi démontré que les chercheurs les plus au centre des réseaux sociologiques de la recherche, c'est-à-dire les chercheurs employés dans les départements des universités les plus reconnues, avaient été les plus enclins à adopter ce discours.

⁸ Traduit de «DiMaggio and Powell's thesis has become socially constructed, as authors have selectively appropriated aspects of the work that accord with prevalent discourse in the field»

1.2 Pratiques organisationnelles, groupes sociaux et institutions

Nous avons situé notre recherche dans le champ institutionnel. Il faut maintenant définir notre niveau d'analyse, ce que nous cherchons à expliquer et comment. Nous proposons de décrypter les pratiques organisationnelles adoptées, et ce qui peut expliquer l'hétérogénéité de l'adoption de pratiques dans une population. L'identité des organisations, ainsi que l'influence de ces identités les unes sur les autres fournissent les premiers éléments de réponse.

1.2.1 L'adoption de pratiques dans l'organisation et l'institution

Après avoir présenté les théories utilisées dans notre étude, nous décrivons l'unité d'analyse ainsi que le concept que nous allons mesurer et la façon de procéder à cette mesure.

L'organisation comme unité d'analyse, la pratique comme objet d'étude

Il existe plusieurs niveaux ontologiques possibles pour mener une analyse dans le domaine de la sociologie des organisations. Il est possible d'étudier des populations d'organisations homogènes comme par exemple Lounsbury (2007) l'a fait en comparant les logiques en matière de gestion des fonds mutuels des établissements financiers de Boston d'une part et de New York d'autre part. Il est aussi possible d'étudier les organisations en elles-mêmes comme Baum et Singh (1994) dans le cadre de l'influence positive ou négative des domaines d'activités des organisations. Il est aussi possible de mener l'étude au niveau intra-organisationnel ou inter-individus comme Burgelman (1991) a pu le faire chez Intel pour comprendre l'émergence de nouvelles stratégies.

Ce qui nous intéresse ici est de comprendre comment les forces institutionnelles s'exercent sur les organisations, et comment celles-ci influencent les autres organisations par le biais de ces mêmes forces. Dans la sociologie des organisations, l'étude se focalise volontiers sur la performance des organisations (Hoxby, 1994 ou Dee, 1998 par exemple). Or, la performance est importante mais ce qu'accomplit réellement l'organisation est tout autant essentiel. L'étude des pratiques en vigueur dans l'organisation est donc une façon adaptée pour comprendre l'organisation dans le cadre de la théorie institutionnelle. Les pratiques organisationnelles sont définies comme « des modèles d'activité entre acteurs qui sont imprégnés d'un sens plus large et fournissent des outils pour organiser la vie sociale et l'activité »⁹ (Lounsbury et Crumley, 2007: 995). Nous allons donc nous attacher à comprendre les déterminants de l'adoption des pratiques dans les organisations.

Déterminants de l'adoption de pratiques organisationnelles

Oliver (1991) appelle à une meilleure compréhension sur la manière dont les organisations appliquent différentes pratiques en réponse à des pressions institutionnelles pour la légitimité et l'efficacité. Il s'agit donc de comprendre quels sont les mécanismes qui font que certaines organisations adoptent certaines pratiques ou non, au vu des pressions institutionnelles éventuelles auxquelles elles peuvent faire face. La multiplication des contacts sociaux avec des organisations qui ont implémenté une pratique réduit l'incertitude liée à son application, permet de juger de son efficacité et de son lien avec le niveau de performance et de sa compatibilité ou de ses synergies liées à son adoption dans l'organisation. Davis (1991) a montré qu'une organisation a une probabilité plus importante d'adopter une pratique si elle

⁹ Traduit de « refers to activity patterns across actors that are infused with broader meaning and provide tools for ordering social life and activity »

est en contact social avec une autre qui aurait adopté cette pratique. Plus les contacts sont nombreux, plus la probabilité d'adopter la pratique est importante.

Lounsbury (2001) propose pour comprendre l'adoption ou non d'une pratique dans une organisation d'étudier les différents emplois qui sont en place dans l'organisation ; la répartition des ressources de l'entreprise en terme d'activité des individus est un bon indicateur permettant de comprendre quel est le message envoyé aux différentes parties en place sur les choix d'adéquation ou de non-adéquation vis-à-vis des pressions externes. La pression institutionnelle est symbolisée dans cette recherche par un mouvement social étudiant appelé SEAC (Student Environmental Action Coalition) qui fait pression sur les lycées et les universités pour protéger l'environnement. L'auteur étudie l'influence de cette pression institutionnelle sur l'adoption du programme de recyclage mis en place dans l'établissement. Il spécifie deux catégories distinctes : le cas d'un recrutement de professionnels à plein temps dans l'établissement ou le cas d'un ou plusieurs employés assumant la responsabilité supplémentaire de la gestion de ce type de programme.

Une université adopte une pratique plus facilement si les universités du même groupe social ont beaucoup adopté. D'un point de vue intraorganisationnel, les meilleurs établissements attirent des élites qui sont elles-mêmes plus enclines à l'activisme et donc à inciter à l'adoption de pratiques visant à défendre l'environnement. En revanche, l'impact des types d'organisations est moins évident. Les établissements publics, supposés relayer le discours officiel de protection de l'environnement, devraient être plus enclins à adopter ce type de pratiques. Or, l'analyse statistique ne valide pas cette théorie. Dans cette relation entre pouvoirs publics et organisation, seule l'organisation est vraiment considérée, l'étude de Lounsbury (2001) ne mesurant pas l'influence des pouvoirs publics ; les pouvoirs publics

communiquent activement sur la lutte environnementale, mais il est tout à fait possible que cet engagement soit essentiellement rhétorique, et sans incitation réelle. Ainsi, même si l'argument d'une importante sensibilité des établissements publics à une pression institutionnelle était possible et certainement réelle, l'absence d'une incitation effective de la part des pouvoirs publics rendrait cette sensibilité institutionnelle sans objet. Cette théorie propose une alternative probable et qui fait sens : une pression institutionnelle n'est effective que si la pression émise est efficace d'une part, et d'autre part que la pression subie est réellement effective. Les déterminants de l'adoption de pratiques organisationnelles dans le cadre de l'influence d'une organisation sur une autre nécessitent donc de déterminer et d'évaluer la source de l'influence et de s'assurer de la sensibilité de l'organisation à cette influence.

Le paradoxe de l'adoption de pratique et de la contrainte institutionnelle

Les acteurs sont contraints par les pressions institutionnelles et leurs possibilités en termes d'action stratégique sont restreintes. Comment les organisations peuvent-elles adopter de nouvelles pratiques, si la perception de leurs possibilités d'action et de leur environnement sont déjà déterminées par le contexte institutionnel même qu'elles souhaitent changer ? (Seo et Creed, 2002)

La manière dont les changements environnementaux s'opèrent dans l'institutionnalisme a fait l'objet d'une recherche par Leblebici, Salancik, Copay et King (1991) dans le domaine de l'industrie de diffusion radiophonique américaine. Ces auteurs distinguent trois mécanismes endogènes différents :

- ⇒ Par analogie : on applique des méthodes ou des règles sur la base d'un autre modèle ou à partir d'un autre contexte.

- ⇒ Par accord privé : différentes parties, en établissant des règles régissant leurs relations ou protocoles d'échange, participent à l'élaboration d'une nouvelle institution potentielle.
- ⇒ Par convention : ce sont des modèles d'actions répétables qui permettent de régler des problèmes de coordination contribuant ainsi au bon fonctionnement général du système.

Ces trois mécanismes sont éclairés par une étude historique de la répartition des ondes radio au début de leur exploitation aux Etats-Unis dans le cadre d'émissions radiophoniques. Il s'agit donc d'une étude purement qualitative, avec une validité externe limitée, car les deux premiers mécanismes sont très succinctement présentés et éclairés par l'exemple historique. Les auteurs développent plus longuement le principe des conventions dans le secteur étudié. Malgré ses imperfections, cet article a eu le mérite de réintroduire la notion de changement dans le cadre institutionnel.

Beckert (1999) tente de résoudre l'apparent paradoxe entre institutions et changement organisationnel de la manière suivante : la restriction du champ des possibles pour l'organisation peut lui permettre de réduire l'incertitude et donc de permettre l'action stratégique, tandis que les environnements moins institutionnalisés ne permettent pas de pouvoir analyser, prévoir, comprendre les effets des décisions qui peuvent être prises. La réduction de cette incertitude peut alors permettre aux organisations de violer les principes institutionnels en vigueur.

Seo et Creed (2002) proposent pour résoudre le problème du changement institutionnel un modèle dialectique basé sur les travaux de Benson (1977). Les arrangements institutionnels créent des tensions et des incohérences dans les systèmes sociaux, et transforment les acteurs

sociaux en acteurs du changement institutionnel. Ainsi, ce sont les incohérences institutionnelles qui constituent le terreau de leur propre changement, qui prend forme au travers des individus ou des organisations qui y font face. Le développement au cours du temps des contradictions institutionnelles repose sur la praxis, c'est-à-dire l'adoption de pratiques qui modifient le contexte social, qui est le mécanisme clé de la résolution du paradoxe entre la contrainte et le changement institutionnels.

Dans le même ordre d'idée, afin de mieux comprendre les mécanismes de changements organisationnels, Zilber (2002) étudie les centres israéliens de crise pour la prise en charge des traumatismes faisant suite à un viol. L'auteur montre que l'institution change par l'action avec les significations construites autour des interprétations, significations liées aux acteurs et leurs actions. En effet, l'étude ethnographique montre que la logique institutionnelle de ces centres a divergé des précédentes conceptions féministes vers une conception plus médicale, et que ce changement est dû à l'action, aux pratiques des individus dont la vision est plus thérapeutique. C'est donc l'expérimentation, et observer la mise en application de certaines pratiques qui permet d'influencer l'institution. Cette observation des pratiques modifie la perception de ce qui est légitime et peut amener à l'adoption de la pratique par mimétisme, par intégration d'un nouveau mode de raisonnement.

Ainsi, l'adoption de pratiques organisationnelles est un élément démonstratif de l'adhésion à une institution, tout en étant aussi un vecteur de cette institution par interactions entre individus ou entre organisations (Berland et Chiapello, 2008). L'adoption d'une pratique est donc potentiellement à la fois porteuse d'une institution, et donc la renforce, mais est aussi soumise à l'interprétation, la rationalisation, et donc porteuse de sens et susceptible de la transformer.

Proximité géographique et impact sur l'adoption de pratiques

Les organisations exercent une influence mutuelle les unes sur les autres, que cette influence soit voulue ou non. Les décisions, les structures adoptées par une organisation affectent les autres organisations de deux façons : les organisations exercent une influence les unes sur les autres par l'intermédiaire des ressources : clients, usagers, fournisseurs, matières premières etc. qui, par leurs besoins, leurs désirs ou leur nature influent sur l'offre de services et les pratiques adoptées de l'organisation. L'influence peut être aussi directe entre organisations, par simple imitation de l'adoption de pratiques résultant de l'incertitude (par exemple le comité de direction d'une organisation décide d'adopter une pratique similaire à celle pratiquée dans une organisation perçue comme performante). Dans la plupart des cas la proximité géographique est importante (pour pouvoir imiter une organisation il faut pouvoir l'observer, et les usagers des services de l'organisation limitent souvent leur attention à ce qui leur est aisément accessible).

Il existe deux grands modes d'influence que l'organisation peut exercer sur d'autres organisations : soit une influence restreinte à une certaine proximité sociale géographique ou structurelle d'une part, soit une influence plus générale dans la population d'organisation d'autre part. Ces deux modes coexistent, en règle générale, mais leur importance est contingente au secteur étudié. Par exemple, dans le cas d'organisations dont les usagers ou les clients peuvent utiliser les services d'organisations qui ne sont que proches géographiquement, l'impact local est important, alors que dans le cas où la proximité n'influence pas la probabilité de mise en contact avec les usagers, l'influence interorganisationnelle est réduite. Ashforth et Mael (1989) défendent ainsi la thèse que la proximité géographique, tout comme l'interdépendance et la similarité, peuvent inciter les organisations à se considérer comme étant les membres d'un même groupe psychologique, ce

qui facilite l'influence sociale. Ainsi l'adoption d'une pratique dans une organisation augmente la probabilité d'adoption dans une autre organisation proche géographiquement ou sociologiquement. Toutefois, il ne faut pas sous-estimer l'impact des pressions dont l'origine est plus globale : l'impact d'une campagne nationale de marketing peut par exemple être confondu avec des mécanismes d'influences sociologiques locales (Van Den Bulte et Lilien, 2001) même si les deux mécanismes (influence globale ou de proximité) peuvent tout à fait être compatibles et complémentaires.

La proximité géographique est donc un facteur facilitant les contacts sociaux, qui augmente ou permet l'influence entre organisations et favorise l'adoption de pratiques. Deux établissements proches géographiquement ont donc une influence réciproque plus importante que deux établissements éloignés. Cette influence peut prendre de multiples formes : l'adoption peut être « communiquée » par un transfert de compétences, par des collaborations, par de la formation, par des contacts sociaux divers, parfois indirects (par le biais de clients ou de fournisseurs par exemple). Les organisations adoptent d'autant plus facilement une pratique que celle-ci a déjà été implémentée avec succès dans une autre organisation ; ce phénomène a été mis en évidence par Rao, Greve Davis (2001) sur les recommandations des analystes financiers concernant les entreprises du NASDAQ : les analystes sont particulièrement enclins à préconiser le choix de certaines entreprises si d'autres analystes l'ont déjà fait auparavant.

Desreumaux et Hafsi (2005) indiquent que l'étude de la distribution géographique des institutions, en particulier entre institutions nationales et internationales, est un sujet d'intérêt majeur pour la compréhension des effets institutionnels. Les mécanismes institutionnels globaux et locaux ont en outre une importance relative qui n'est pas constante au cours du

temps. DiMaggio et Powell (1983) ont tenté d'expliquer l'évolution des deux logiques globales et locales au cours du cycle d'évolution des secteurs. Ils avancent que la rationalisation opère dans les stades les plus précoces de l'introduction d'une pratique au niveau de l'organisation puis évolue ensuite vers une logique plus sectorielle ou plus populationnelle en se basant sur le principe suivant, issu du raisonnement de Meyer et Rowan (1977) : « lorsqu'une innovation se répand, il existe une limite à partir de laquelle l'adoption induit une légitimité plutôt qu'un gain de performance »¹⁰. Il y a donc une explication à la fois fonctionnelle mais aussi sociologique à l'adoption de pratiques. Ainsi, dans les stades précoces de l'adoption d'une pratique, ce sont essentiellement les critères fonctionnels qui vont jouer mais par la suite, c'est le besoin de ressemblance, issu de l'incertitude ou du besoin de légitimité, qui va pousser les organisations à adopter les pratiques. Dans ce cas, une organisation sera d'autant plus tentée d'adopter la pratique que les organisations proches géographiquement l'ont fait. Dans le cas contraire, elle pourrait être perçue négativement, ou comme « en retard » par rapport à l'adoption de cette pratique vis-à-vis des autres organisations, et ce d'autant plus lorsque la pratique est considérée comme pertinente. Il faut donc tenir compte de la récence de l'introduction de la pratique pour déterminer l'importance des effets locaux sur son adoption.

1.2.2 L'homophilie et le groupe social

Les organisations sont donc influencées par les autres organisations qui lui sont proches géographiquement. Or, il n'y a pas que la proximité géographique qui rentre en ligne de compte mais aussi la proximité en termes d'objectifs, de moyens et d'activités.

¹⁰ Traduit de «as an innovation spreads, a threshold is reached beyond which adoption provides legitimacy rather than improves performance»

L'homophilie : la perception et l'amour du semblable

La similarité nourrit la connexion sociale ; cette similarité peut prendre de très diverses formes : une similarité au niveau du comportement, ou sur des critères individuels ou sociodémographiques (McPherson, Smith-Lovin et Cook, 2001). Les organisations ou les individus perçus comme similaires façonnent notre façon de voir le monde. Lorsque l'on parle de « grande entreprise américaine » par exemple, un certain nombre de propriétés ou de particularités sont automatiquement associées à ce concept dans notre esprit, et certaines de ces propriétés ou particularités sont communes à celle que quelqu'un d'autre pourrait associer aux mots « grande entreprise américaine ». Certains pourraient y associer par exemple : « impersonnel » ou « bureaucratie » ou « privé ». En revanche certains concepts n'y seraient que rarement associés : « familial » ou « public ». Si l'on cherche à décrypter le processus cognitif qui aboutit à ce raisonnement, on pourra par exemple *a posteriori* penser que ce processus comporterait une étape intermédiaire qui serait une revue des divers exemples de grandes entreprises américaines qui peuvent venir à l'esprit. Toutefois, on s'aperçoit que l'association qui en résulte est directe, et ne se fonde pas cognitivement sur des exemples, des démonstrations ou des faits précis et avérés. De fait, notre façon d'appréhender la réalité est façonnée et en quelque sorte facilitée par des associations d'idées qui nous permettent de structurer l'information et de faire plus aisément des recoupements ou d'identifier des ambiguïtés (Berger et Luckman, 1967). Cette construction sociale de la réalité est similaire intrinsèquement aux acteurs qui nous ressemblent. Par exemple, la perception du climat social dans l'organisation est différente suivant la perspective des salariés ou la perspective des dirigeants en regard de la présence syndicale dans l'entreprise (Laroche et Schmidt, 2004).

Ce raisonnement est à la base de la construction sociale de la réalité et de l'institutionnalisme.

Une part de notre conception du monde est construite socialement et nous intégrons parfois

inconsciemment dans notre façon de comprendre et d'analyser certaines situations ou certains problèmes des institutions qui sont perçues comme communes, partagées avec d'autres individus. Les grandes entreprises américaines auxquelles on pense rapidement sont effectivement privées en général, mais le fait est qu'il n'est pas nécessaire de penser à des exemples précis pour faire cette association. Cette manière d'appréhender le monde implique des typologies : tels individus appartiennent à telle catégorie et donc partagent telles caractéristiques. Ces typologies forgent notre notion de ce qui nous est similaire et de ce qui ne l'est pas. Or, il en découle une notion de « ceux qui sont comme nous », qui favorise les contacts intra-type : « l'homophilie est le principe qu'un contact entre personnes similaires arrive à un taux plus élevé qu'avec des personnes différentes »¹¹ (McPherson, Smith-Lovin et Cook, 2001: 416). Le développement et la structuration des identités deviennent alors cycliques : on aime ceux qui nous ressemblent et nous tendons à leur ressembler à notre tour, soit par mimétisme, soit par volonté d'appartenance.

L'organisation et son groupe social

Il ne faut pas tomber dans le piège de l'anthropomorphisme : si la construction sociale est tout à fait adaptée au niveau de l'individu, il faut donc s'interroger sur sa validité dans le domaine organisationnel. En effet, même si nous avons souligné que l'organisation était un ensemble d'individus, cette théorie ne se transpose pas nécessairement aux organisations.

Or, l'homophilie est au centre de la création des organisations. McPherson , Smith-Lovin et Cook (2001) affirment que cette proposition a été démontrée par des études sociologiques dans les années 1920 sur la formation de groupes d'amis dans les écoles qui était favorisée

¹¹ Traduit de « Homophily is the principle that a contact between similar people occurs at a higher rate than among dissimilar people »

lorsque ceux-ci partageaient des caractéristiques démographiques communes (Bott, 1928, Hubbard, 1929 et Wellman, 1929). Les typologies implicites que l'on fait du monde et que l'on pense partagées par d'autres influencent donc aussi non seulement la formation des organisations mais aussi leurs activités et leur perception par rapport aux autres organisations. Pour être plus précis, l'homophilie va donc aussi s'appliquer aux organisations par le biais de la représentation du monde qu'en ont les individus qui les composent. Elles vont donc tendre à multiplier les contacts entre elles si elles sont perçues comme proches en termes d'identité, ce qui va encore davantage renforcer leur similarité. Cette ressemblance favorise en outre la constitution d'un enchevêtrement de relations qui favorisent les contacts sociaux ou la transmission de pratiques (Davis, 1991 et Granovetter, 1985).

Les organisations qui se considèrent appartenir au même groupe social ont une tendance à percevoir le monde de manière analogue et à multiplier les contacts sociaux entre elles, ce qui renforce leur similarité. Les organisations, par le biais de leurs dirigeants, partitionnent consciemment ou inconsciemment leur industrie, ce qui permet de réduire l'incertitude et de limiter l'impact de la rationalité limitée (c'est-à-dire la capacité cognitive limitée des acteurs sur un marché). De fortes identités émergent alors, lorsque ces partitions sont suffisamment établies et partagées dans le secteur (Peteraf et Shanley, 1997). L'organisation ne retient qu'un ensemble limité de solutions à divers problèmes qui sont comme une « boîte à outils », qui est fortement dépendante de la culture utilisée pour construire les activités et la communication de l'organisation ; ainsi son attention est plus volontiers focalisée sur les organisations dont elle partage la culture (Ocasio, 1997).

1.2.3 Isomorphisme organisationnel intra- et inter-groupes sociaux

L'isomorphisme est une ressemblance croissante des pratiques, des structures et des décisions prises dans une population d'organisations. Faire partie du même groupe social favorise cet isomorphisme. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant qu'il ne puisse pas y avoir d'influence entre organisations qui ne les partagent pas ; par exemple, le critère de proximité géographique est important comme nous l'avons vu, et peut se suffire à lui-même dans certaines conditions.

L'adoption de pratiques entre organisations n'appartenant pas au même groupe social

Les organisations peuvent s'influencer, même si elles ne font pas partie du même groupe social. Il existe deux mécanismes qui favorisent l'adoption de pratiques dans cette situation.

Premièrement, la similarité de perception de l'environnement entourant l'organisation (due à des objectifs comparables, des contraintes ou des problèmes comparables...) peut faire que deux organisations – même si elles ne font pas partie du même groupe – auront une façon comparable de voir le monde (à tort ou à raison) et donc de réaliser les mêmes actions, adopter les mêmes pratiques etc. De plus, la non-appartenance au même groupe social n'exclut pas pour autant toute forme de ressemblance. Deux organisations appartenant à des groupes sociaux différents mais œuvrant dans le même type d'activité, par exemple le même secteur dans le cadre d'entreprises, vont avoir au moins une partie de leur vision de l'environnement similaire.

Deuxièmement, une organisation est influencée par les ressources qu'elle partage avec des organisations qui ne font pas partie de son groupe social. Ces ressources peuvent être par exemple un bassin commun de clients ou d'utilisateurs ; et les organisations ont tendance à

apprendre des autres organisations au travers de contacts sociaux, notamment au travers de mécanismes d'apprentissage par procuration (« vicarious learning »), ou d'intelligence organisationnelle permettant d'apprendre des compétiteurs (Ingram et Baum, 1997). Ces ressources peuvent aussi être des relations formelles entre organisations n'appartenant pas naturellement aux mêmes groupes sociaux : contrats, accords, partenariats, structures spécifiques, qui n'imposent pas forcément d'appartenir au même groupe social (même si leur probabilité d'existence est plus grande entre deux organisations qui font partie du même groupe social). Certaines relations formelles peuvent être même plus spécifiques, comme des formations, des audits, l'appartenance à des syndicats, des réseaux, des groupements d'intérêts communs, ou même tout simplement l'appartenance simultanée ou successive de certains individus ou équipes dans plusieurs organisations. Par exemple, Ingram et Baum (1997) montrent spécifiquement que l'affiliation à une chaîne d'hôtels permet aux hôtels qui en font partie d'augmenter leur capacité à subsister.

Les organisations peuvent donc être influencées par l'adoption de pratiques dans des organisations qui ne font pas partie du même groupe social car elles peuvent avoir une perception similaire de leur environnement ou partager les mêmes ressources, notamment à cause de la nature même de ces ressources, ou par le biais de structures établies dans l'objectif de partager ou faciliter l'accès à ces ressources.

La proximité géographique, source d'isomorphisme au-delà des notions d'identité

Les proximités sociale et géographique favorisent donc l'adoption de pratiques similaires. La proximité géographique est même très souvent un prérequis, puisque la proximité des ressources est souvent un élément important. En effet, si deux organisations qui font partie d'un même groupe social sont tellement éloignées l'une de l'autre qu'elles ne partagent plus

les mêmes clients, les mêmes usagers, les mêmes fournisseurs et que leur environnement est radicalement différent, alors l'impact sur l'adoption de pratiques sera plus faible, d'autant que l'influence sera aussi limitée dans la plupart des cas par la difficulté d'observer l'organisation éloignée. En revanche, dans le cas de deux organisations qui n'appartiennent pas au même groupe social mais très proches l'une de l'autre, le fait de partager certaines ressources permettra une influence mutuelle. Ashforth et Mael (1989) soutiennent cette approche et indiquent que la proximité peut être un facteur facilitant l'influence sociale, et que cette proximité implique un besoin plus important et une aisance plus grande pour l'interaction.

La proximité géographique est utilisée dans la littérature notamment pour évaluer l'impact de certaines organisations sur d'autres (Burns et Wholey, 1993). Ingram et Baum (1997) montrent que les hôtels de Manhattan prennent pour exemple les pratiques de leurs concurrents locaux, parfois même si les hôtels n'ont pas spécifiquement la même clientèle. D'après les auteurs, les organisations semblent faire preuve d'une sorte d'apprentissage ou d'expérience commune avec les autres organisations locales, les hôtels ayant une certaine longévité adoptant certaines pratiques ou certaines structures qui sont reproduites dans les nouveaux hôtels. Ingram et Baum (1997) en concluent que cela explique pourquoi l'effet d'expérience local impacte positivement les chances de survie des organisations proches. Ces résultats montrent que la proximité géographique peut favoriser l'influence entre groupes sociaux même si les organisations des deux groupes n'ont que peu de culture ou d'activités en commun. Ceci contredit ainsi la portée de l'argument culturel d'Ocasio (1997) qui présupposait une similarité de culture pour permettre l'influence.

Burns et Wholey (1993) ont démontré l'adoption de pratiques de management matriciel dans les organisations était favorisée par l'appartenance au même secteur géographique. D'Aunno,

Succi et Alexander (2000) ont aussi démontré que les forces de marché (et donc la concurrence entre organisations) étaient plus importantes localement. En revanche ils opposent cette influence à l'influence institutionnelle qu'ils considèrent dans leur étude comme ayant un impact moindre. Mais d'autres recherches montrent que les forces institutionnelles peuvent être prépondérantes par rapport aux forces concurrentielles (Dobbin et Dowd, 1997) et donc l'importance relative de ces deux forces dépend des situations étudiées.

La proximité géographique peut même devenir fondamentale et être le critère discriminant les groupes sociaux comme c'est le cas dans les fonds d'investissements basés à New York et à Boston : les fonds d'investissements de Boston sont réputés être plutôt conservateurs tandis que les fonds d'investissement basés à New York sont plutôt agressifs et risqués. Cette distinction bien connue des acteurs du marché, des organisations elles-mêmes, montre bien une perception partagée du monde de l'investissement et des caractéristiques de ces fonds, ce qui facilite la prise de décision et la compréhension des acteurs du monde qui les entoure (Lounsbury, 2007, AMJ). Les pratiques de constitutions de portefeuilles d'actifs financiers présentent donc une certaine homogénéité dans chacune des deux villes tandis qu'elles sont très hétérogènes entre elles.

1.3 Influence des réseaux et inertie organisationnelle

Il existe des facteurs favorisant l'adoption de pratiques dans le cadre des pressions mimétiques : les réseaux liant les organisations entre elles constituent des vecteurs de changement, un catalyseur des contacts sociaux et donc de la transmission de pratiques d'une organisation à une autre. Toutefois, si l'on cherche à expliquer l'adoption d'une pratique dans l'organisation, la question d'une contrepartie arrive naturellement. Nous avons vu que la

fréquence de la pratique dans l'environnement influençait positivement l'adoption dans l'organisation. Si la pratique n'est pas instantanément généralisée, on peut s'attendre à trouver dans l'organisation même une force antagoniste, l'inertie organisationnelle. L'existence de réseaux et l'inertie organisationnelle constituent des éléments complémentaires importants de la compréhension de l'adoption des pratiques organisationnelles.

1.3.1 L'influence des réseaux sur l'adoption de pratiques organisationnelles

Davis et Greve (1997) prônent que les changements dans les pratiques organisationnelles peuvent être analysés en examinant les réseaux auxquels l'organisation appartient. Ainsi, nous présentons succinctement la littérature relative aux réseaux sociaux et formels et leur impact sur l'adoption de pratiques organisationnelles.

Les réseaux sociaux

Les réseaux sociaux sont des systèmes d'objets qui peuvent être des individus, des groupes ou des organisations joints par une variété de relations. Toutes les paires d'objets ne sont pas nécessairement directement jointes et certaines sont jointes par de multiples relations (Tichy, Tushman et Fombrun, 1979). Dans notre cas, les objets sont les organisations puisqu'il s'agit de notre unité d'analyse. Les organisations entretiennent donc des réseaux de relations avec d'autres organisations tout comme pourraient le faire des individus. Ces réseaux sociaux ne sont pas nécessairement formalisés.

La diffusion de pratiques est favorisée par la multiplication des contacts sociaux entre organisations résultant des réseaux sociaux (Tichy, Tushman et Fombrun, 1979). Lorsqu'une

pratique est adoptée dans un secteur d'activités, les différents individus (ou organisations) en apprennent l'existence au fur et à mesure, et ce d'autant plus rapidement que cette pratique est considérée comme supérieure ou comme ayant une forte valeur ajoutée (Davis, 1991). De plus, l'influence et la probabilité de l'existence de réseaux sociaux sont facilitées par la proximité géographique et le partage de certaines ressources humaines ou matérielles renforcent en outre l'influence exercée entre organisations et constituent des contacts sociaux « privilégiés » (Davis, 1991 et Boeker et Goodstein, 1991). Ainsi, de telles transmissions de pratiques sont d'autant plus probables que les organisations sont proches, et inversement l'éloignement en écarte la possibilité. Toutes les paires d'objets n'étant pas nécessairement directement jointes et certaines jointes par de multiples relations, la modélisation des mécanismes de diffusion de l'adoption des pratiques devient alors délicate, car un réseau complexe se forme, dynamique et en apparence chaotique. Malgré cette complexité apparente, ce réseau peut être généré par un ensemble de règles simples (Thiétart et Forgues, 1995) : ainsi, l'étude de l'influence simple de l'adoption par une organisation sur d'autres adoptions peut permettre de mettre en évidence un ou plusieurs mécanismes basiques mais à l'origine d'une part importante de l'hétérogénéité des adoptions dans la population d'organisations.

Les réseaux sociaux ouvrent de nombreuses perspectives dans le domaine de la sociologie et de la théorie institutionnelle. Ils permettent une approche dynamique des acteurs et des relations, et donc de prendre en compte les variations spatiales et temporelles, mais aussi de comprendre les phénomènes d'homogénéisation ou d'uniformité dues aux pressions normatives issues de ces réseaux (Baret, Huault et Picq, 2006).

Les réseaux formels

Les réseaux formels sont des réseaux similaires aux réseaux sociaux, avec pour seule différence que ceux-ci sont établis formellement, ont un fonctionnement déterminé et organisé souvent par les organisations qui en font partie. Les organisations adoptent d'autant plus facilement une pratique qu'elle multiplie les contacts sociaux avec les organisations qui l'ont déjà adoptée et ces contacts sociaux sont favorisés par l'appartenance à un même réseau.

Si les réseaux sociaux peuvent lier les dimensions micro et macro de la sociologie (Tichy, Tushman et Fombrun, 1979), cela en démultiplie aussi la complexité de l'étude. Les auteurs insistent sur la difficulté d'analyser les données sociométriques des réseaux. Afin de rendre cette difficulté accessible, nous allons nous limiter aux réseaux formalisés, réseaux dans lesquels les contacts sociaux entre organisations sont définis au moins partiellement en termes de nature, de fréquence et d'intensité. L'appartenance éventuelle à des réseaux formalisés augmente le nombre de contacts sociaux et favorise les phénomènes de diffusions (notamment locaux). Les réseaux constituent des catalyseurs pour l'adoption de pratiques organisationnelles et les organisations qui font partie de réseaux ont une propension plus grande à avoir adopté ces pratiques.

Ingram et Baum (1997) ont montré que l'appartenance à un réseau formel tel que l'affiliation à une chaîne dans le cadre des hôtels de Manhattan aboutissait à une importante homogénéisation des pratiques dans les hôtels qui faisaient partie des mêmes chaînes, de par les avantages de la standardisation. Il y a donc alors une intentionnalité, une vocation même du réseau qui favorise grandement la transmission de pratiques entre organisations, parfois même au détriment de l'adaptation face à l'environnement spécifique de certaines organisations. Ingram et Baum (1997) font ainsi référence à une anecdote, un hôtel

appartenant à une chaîne dont l'offre est focalisée sur la famille et les hommes d'affaires, mais situé dans un quartier fréquenté par les prostituées. Ainsi, la clientèle locale dépareillait quelque peu avec les pratiques en vigueur dans l'hôtel, tels les menus pour enfants ou les services habituellement proposés aux familles en vacances ou aux hommes d'affaires. Inversement, la clientèle habituellement ciblée par la chaîne et attirée par le logo et l'apparence auxquels ils étaient habitués subissait une certaine déconvenue durant leur séjour...

L'adoption de pratiques organisationnelles et les réseaux dans la littérature

L'adoption de pratiques dans la théorie institutionnelle a été étudiée dans le cadre d'un mécanisme pour lutter contre les offres publiques d'achat agressives, la « poison pill » (Davis, 1991). Ces « pilules empoisonnées » sont des titres qui augmentent de manière prohibitive les coûts des mouvements hostiles sur les marchés financiers en donnant aux parties désignées le droit d'acheter des parts à moitié prix si un acquéreur dépasse un certain seuil de participation. L'auteur explique que l'adoption de cette pratique trouve son origine dans le problème d'agence, c'est-à-dire les intérêts divergents entre propriétaires de l'entreprise et gestionnaires de la même entreprise, mais complète cette approche par le lien social que les managers entretiennent au travers de l'appartenance croisée à des comités directeurs et des postes de gestion. Il montre que le nombre de liens sociaux que l'entreprise entretient de cette manière influence de façon caractéristique l'adoption de la pratique de la « poison pill ».

Une autre pratique a été étudiée dans le même ordre d'idée : les « golden parachutes », c'est à dire des contrats qui rémunèrent très généreusement les dirigeants (trois ans de salaire en général) lorsque l'organisation dans laquelle ils officient a fait l'objet d'un rachat. L'objectif est un peu l'opposé de celui de la « poison pill », c'est-à-dire que le dirigeant n'a pas

spécialement intérêt à voir l'organisation qu'il dirige se faire racheter car cela signifierait qu'il perdrait sa place. Dans ce cas, les intérêts du dirigeant pourraient s'avérer inadéquats avec les intérêts de l'organisation qui pourrait avoir besoin de cette fusion ou acquisition. Le « golden parachute » permet de contrebalancer cette divergence d'intérêts. Davis et Greve (1997) démontrent que l'adoption des parachutes dorés par l'entreprise est plus probable lorsqu'il y a appartenance croisée des dirigeants aux différents conseils d'administration d'entreprises, et donc que ces dirigeants font partie des mêmes réseaux sociaux.

Les auteurs étudient en outre les modes de propagation et la vitesse de l'adoption de ces deux pratiques : les parachutes dorés progressent lentement par le biais de la proximité géographique et les « poison pills » sont rapidement adoptées par transmission entre conseils d'administration. D'après Davis et Greve (1997) la progression des parachutes dorés est plus lente car elle est moins visible – c'est une clause de contrat qui n'est connue du public que lorsqu'elle prend effet, le cas échéant – que les « poison pills » qui se répandent très vite car elles sont elles tout à fait apparentes (l'ensemble des actionnaires en est informé par courrier). Ainsi, il est nécessaire, pour qu'une pratique voie sa transmission facilitée entre organisations proches géographiquement, que cette pratique soit visible et connue des parties prenantes. Il est aussi nécessaire qu'une organisation soit en mesure de s'approprier cette pratique, qu'elle soit susceptible d'opérer ce changement.

1.3.2 L'inertie organisationnelle

L'inertie organisationnelle permet d'expliquer en partie pourquoi les organisations n'adopteraient pas une pratique. Certaines organisations sont moins dynamiques, moins réactives que d'autres face aux changements de leur environnement. Celles-ci auront donc une probabilité d'adoption de la pratique plus faible et plus tardive.

Définition de l'inertie

C'est sur le courant institutionnel que Hannan et Freeman vont établir les fondations théoriques de l'inertie organisationnelle. Le premier article majeur date de 1977 : ils proposent que la relation entre l'environnement et l'organisation soit traitée dans une perspective écologique, comme dans le monde du vivant. La force des pressions d'inertie sur la structure organisationnelle suggérerait l'application de modèles dépendant de la compétition et de la sélection dans les populations d'organisations. Les théories évolutionnistes et écologiques sont un complément intéressant des théories institutionnelles qui demeurent souvent insuffisantes en elles-mêmes pour expliquer pleinement le comportement organisationnel (Dacin, 1997).

Hannan et Freeman ont consacré en 1984 un article dédié à l'inertie pour en préciser le concept et en définir les contours. Les pressions d'inertie subies par les organisations sont définies par Hannan et Freeman (1984 : 149) : « les organisations réussissent rarement à réaliser des changements radicaux de stratégie et de structure en réponse à des menaces environnementales »¹². Ils affirment que ce n'est pas que l'organisation n'arrive pas à s'adapter mais plutôt qu'elle n'arrive pas à répondre aux fluctuations des facteurs environnementaux suffisamment vite. Il ne faut donc pas confondre inertie et immobilisme. Il faut voir l'inertie de la même manière que dans les sciences physiques. C'est une résistance qu'opposent les corps à la mise en mouvement ou au changement de mouvement. Lorsqu'on imprime un mouvement à un mobile, l'inertie est la force qui va tendre à ce que l'orientation du mouvement soit inchangée. Pour changer de direction, il faut exercer une force, d'autant plus importante qu'elle est différente de l'orientation d'origine. « La structure d'apprentissage

¹² Traduit de « organizations (...) seldom succeeded in making radical changes in strategy and structure in the face of environmental threats »

et d'ajustement améliore les chances de survie seulement si la rapidité de la réponse est comparable avec les fonctions temporelles des environnements correspondants »¹³ (Hannan et Freeman, 1984 : 151). Chronologiquement, trois raisons peuvent être soulevées à cette lenteur d'adaptation : la fréquence et l'importance des fluctuations environnementales, puis la rapidité des mécanismes d'apprentissage organisationnels et enfin la réactivité de la structure aux changements désirés (Hannan et Freeman, 1984).

Les organisations ont en outre deux avantages vis-à-vis d'autres acteurs collectifs, qui sont la capacité de se comporter de manière fiable et de rendre compte rationnellement de leurs actions et ces deux propriétés sont liées au concept d'inertie organisationnelle. En effet, il pourrait être préjudiciable pour l'organisation de se comporter de manière erratique ou imprévisible. De plus, une partie de notre perception du monde étant construite socialement par le biais de normes généralement acceptées et intégrées et elles-mêmes inertes, il existe un besoin et une réalité d'inertie de structure, de décisions, et de relative stabilité de comportement. Les auteurs avancent que l'âge, la taille et la complexité sont quelques éléments majeurs favorisant l'inertie. De plus cette inertie n'est pas nécessairement préjudiciable à l'organisation. Kraatz et Zajac (2001) démontrent à ce sujet que les organisations qui ont des ressources importantes de longue date sont plus résistantes au changement, mais aussi que cette résistance s'avère dans les faits être bénigne, voire bénéfique en termes de performance dans le cadre empirique de leur démonstration.

¹³ Traduit de « Learning and adjusting structure enhances the chance of survival only if the speed of response is commensurate with the temporal patterns of relevant environments »

Sources d'inertie et démonstration empirique

Les sources intra-organisationnelles de l'inertie organisationnelle sont les suivantes (Hannan et Freeman, 1977) : premièrement, l'investissement en actifs réels et en personnel plus ou moins qualifié dont la nature est idiosyncrasique encourage l'inertie. L'existence de coûts irrécupérables lors du changement incite les organisations à l'inertie. Deuxièmement, le manque d'information des décideurs : on est très loin de l'information complète des décideurs sur toutes les contingences des différentes sous-unités de l'organisation. Troisièmement, les contraintes internes d'ordre politique: lorsqu'un changement structurel intervient, l'équilibre général du système peut alors être mis à mal. Les organisations sont ainsi enclines à l'inertie pour éviter ce type de perturbations. Quatrièmement, les organisations sont dépendantes de leur histoire propre : l'adoption de certaines pratiques a fait au cours du temps l'objet d'une normalisation et revenir sur celles-ci peut être coûteux voire même fatal pour l'organisation.

Tous ces facteurs incitant à l'inertie ne sont pas pour autant internes à l'organisation : il existe aussi des pressions environnementales favorisant l'inertie : premièrement, les barrières légales et fiscales à l'entrée et la sortie des marchés qui limitent l'étendue des possibilités. L'existence de telles barrières réduit le champ des adaptations possibles pour l'organisation. Deuxièmement, il existe des contraintes externes à l'acquisition d'information : elle est d'autant plus coûteuse que l'environnement en question est turbulent, mais parallèlement, elle est d'autant plus essentielle. Autrement dit, plus l'information est importante, et plus elle est difficile à obtenir, ce qui favorise encore l'inertie. Troisièmement, le besoin de légitimité des organisations vis-à-vis des divers partenaires contraint l'adaptation : si les transformations entreprises par l'organisation venaient à violer les principes institutionnalisés dans l'environnement, l'organisation serait alors en danger. Quatrièmement, il existe le problème de rationalité collective : il est possible de raisonner économiquement sur un équilibre entre

deux acteurs toutes choses égales par ailleurs, mais cela devient très compliqué lorsque tous les acteurs agissent en même temps. Il devient alors difficile de comprendre comment ce même équilibre se forme, ce qui pousse les acteurs à l'inertie. Hannan et Freeman ne prétendent pas pour autant qu'il faille abandonner une perspective adaptative, mais qu'une optique sélective n'est pas non plus à écarter comme complément d'explication.

Les articles d'Hannan et Freeman seront à l'origine de nombreuses autres recherches, dont celle de Kelly et Amburgey (1991) qui aura pour objet spécifique de tester empiriquement les assertions de Hannan et Freeman concernant l'inertie organisationnelle. Les points de divergence sont nombreux (notamment sur les effets liés à l'âge et la taille des acteurs), mais les conclusions montrent que d'importants changements environnementaux n'aboutissent pas à une réorientation stratégique des organisations. Carroll et Delacroix (1982) démontrent dans le secteur des journaux hebdomadaires irlandais et argentins que les déficiences dues à l'instabilité politique au moment de leur fondation grève leur survie ultérieure indépendamment des influences contemporaines qui s'exercent sur eux, démontrant l'impossibilité pour les organisations de surmonter leurs faiblesses originelles au cours de leur existence. Ruef (1997) proposera lui aussi une méthodologie empirique pour tester les hypothèses de Hannan et Freeman dans le contexte de l'industrie hospitalière californienne. Il démontre que peu d'hôpitaux parviennent à surmonter les fortes pressions d'inertie qui s'exercent sur eux pour adapter la gamme de services proposés aux patients.

L'inertie organisationnelle et la non-adoption de pratiques organisationnelles

L'adoption de la pratique par une organisation est d'autant plus probable qu'elle est bien répandue dans d'autres organisations, car l'incertitude liée à l'environnement favorise l'imitation entre organisations. A l'inverse, des tensions intra-organisationnelles inertielles

s'exercent dans le sens de la non-adoption, et réduiront d'autant la probabilité d'adoption qu'elles sont importantes. Toutes les organisations sont soumises à des pressions d'inertie plus ou moins importantes.

L'inertie organisationnelle et les théories institutionnelles sont compatibles et dans une certaine mesure complémentaires. En effet, l'institutionnalisme implique de l'inertie organisationnelle comme le propose Oliver (1991) : « Les théories institutionnelles se concentrent sur la reproduction ou l'imitation de structures, d'activités ou de routines organisationnelles en réponse à des pressions de l'état, des attentes des professions, ou des normes collectives de l'environnement institutionnel. (...) Plusieurs recherches ont démontré comment les caractéristiques institutionnelles étaient transmises, maintenues ou résistantes au changement au cours du temps comme le résultat d'une conformité à des attentes ou des règles institutionnelles ». Elle précise que, si l'institutionnalisme tient compte de la possibilité de changer pour l'entreprise dans la limite de ce que permet l'environnement externe à l'entreprise, cette théorie a tendance à trop se focaliser sur la conformité et la passivité plutôt que sur la résistance à ces pressions et un comportement proactif. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle propose de compléter cette théorie par les théories de dépendance aux ressources, qu'elle considère comme plus proactives, avec pour objectif de recherche l'explication et la prédiction des processus stratégiques en réponse aux pressions institutionnelles. Elle ajoute que la théorie institutionnelle peut aussi expliquer le comportement de « non-choix » qui est une forme spécifique d'inertie qui peut apparaître - lors de l'existence de normes ou de croyances qui sont supposées être évidentes, naturelles - ou lorsqu'elles semblent invisibles aux acteurs qu'elle influence.

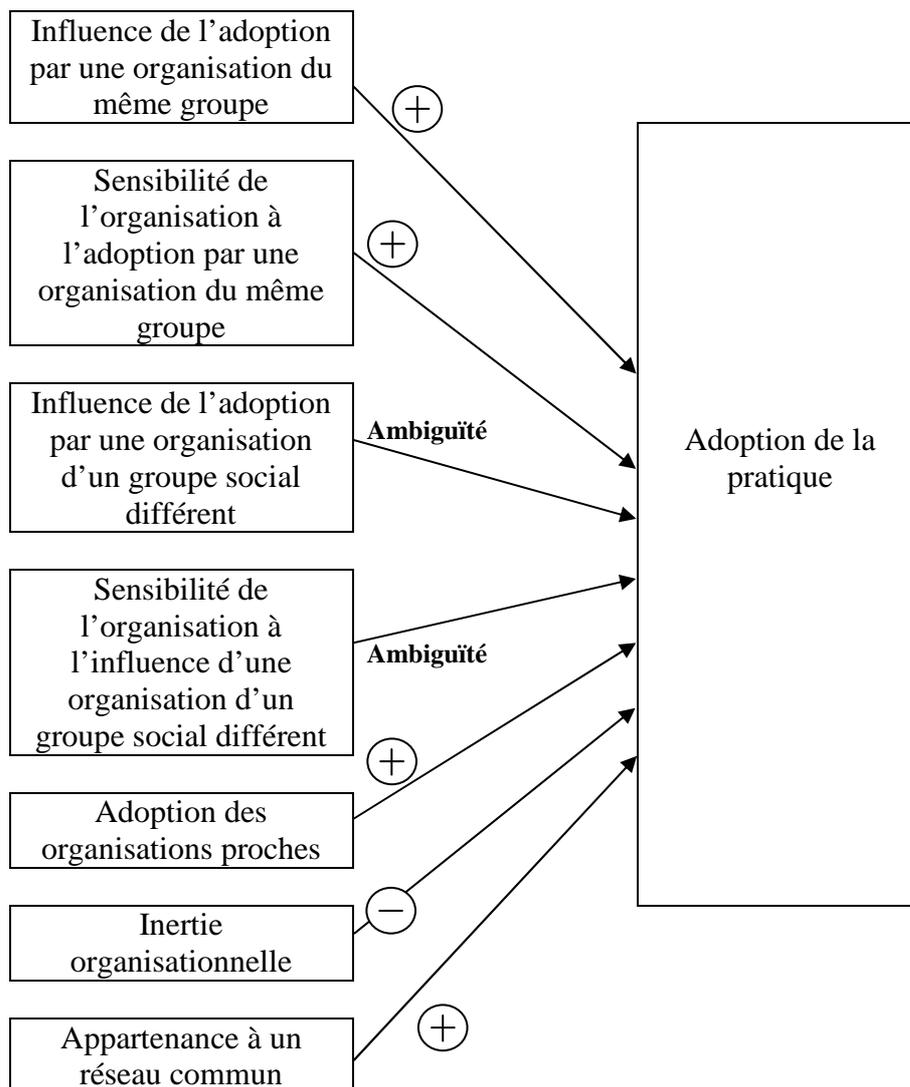
Oliver (1991) dissèque les différentes manières d'accepter ou de s'opposer à l'influence des institutions. Elle distingue cinq types de stratégies que l'entreprise peut adopter pour accompagner ou résister aux pressions institutionnelles : l'acquiescement, le compromis, l'évitement, la défiance et la manipulation. La stratégie qui est choisie dépend de la source et de la nature de la pression institutionnelle qui s'exerce. Elle fait l'hypothèse suivante : lorsque l'organisation estime que la conformité va améliorer l'adéquation économique ou sociale, l'acquiescement sera la forme la plus probable de réponse aux pressions institutionnelles. Ces stratégies ne sont donc que le déroulement d'événements qui mèneront au final à l'adoption ou la non-adoption de pratiques, par la résolution entre les forces isomorphiques d'une part et les forces inertielles d'autre part. Nous focalisons notre attention sur l'antagonisme de ces forces et sur le résultat – c'est à dire adoption ou pas – qui en découle.

1.4 Problématique

Voici pour résumer les quelques points essentiels relatifs à l'adoption de pratiques et leur influence sur l'adoption éventuelle par d'autres organisations :

- ⇒ La proximité géographique favorise l'adoption de pratiques similaires.
- ⇒ L'importance de la proximité sociale et en particulier l'appartenance à un même groupe social favorise l'adoption de pratiques similaires,
- ⇒ et ce d'autant plus lorsque l'identité du groupe social est forte.
- ⇒ L'adoption de pratiques organisationnelles peut aussi être freinée par l'inertie de l'organisation,
- ⇒ ou favorisée par les réseaux formels établis entre les organisations.

Nous proposons une modélisation des théories et des concepts précités :



Les flèches signifient un lien de causalité, les signes + une relation dans le même sens et le signe - une relation dans le sens contraire

Figure 3 : l'ambiguïté dans la littérature

On remarque que l'appartenance aux groupes sociaux a une influence ambiguë sur l'adoption : lorsque les organisations appartiennent au même groupe social, l'influence et la sensibilité des organisations à l'adoption d'une pratique sont affectées positivement. En revanche, l'influence et la sensibilité de l'adoption entre organisations n'évoluant pas dans le même groupe social ont un impact ambigu dans la littérature. Rien ne prouve que les groupes sociaux n'influencent l'impact et la sensibilité à l'adoption de manière comparable. Certains

groupes pourraient s'avérer plus ou moins influents tandis que d'autres plus ou moins sensibles à l'adoption de pratiques. Notre thèse va donc tenter de résoudre cette apparente ambiguïté en identifiant précisément l'angle mort dans la littérature et en proposant en réponse une dissociation entre influence et sensibilité des organisations.

1.4.1 Un angle mort dans la littérature

La théorie institutionnelle et la littérature sur les concepts d'inertie et de réseau fournissent donc un cadre déjà solide pour comprendre l'adoption de pratiques dans l'organisation. L'adoption de pratiques peut se faire pour des raisons techniques ou objectives dans une certaine mesure, mais aussi par des mécanismes sociologiques résultant de l'incertitude, d'une perception partagée du monde et de l'appartenance aux groupes sociaux. Les organisations s'influencent les unes les autres et tendent vers l'isomorphisme, c'est-à-dire une ressemblance croissante et l'adoption de pratiques similaires, favorisées par la proximité géographique et sociale.

La source de l'influence institutionnelle des organisations

D'un côté les organisations génèrent, par les pratiques qu'elles adoptent, des pressions sur les autres organisations qui vont les inciter à adopter les mêmes pratiques. De l'autre, les organisations subissent des pressions à l'adoption qui vont être plus ou moins grandes, qui sont réduites par l'inertie et favorisées par l'éventuelle appartenance à des réseaux. L'influence et la sensibilité organisationnelles sont souvent étudiées séparément dans la littérature. Par exemple, Rao, Monin et Durand (2003) montrent que certains acteurs prestigieux ont une influence particulièrement importante ; trois chefs reconnus dans le domaine de la gastronomie française ont été les vecteurs majeurs de la diffusion de la

« nouvelle cuisine » dans le paysage gastronomique français, une cuisine assez novatrice, plus légère et plus fine. Burns et Wholey (1993) montrent que les organisations qui sont très reconnues ont grandement influencé les autres organisations en adoptant une structure hiérarchique matricielle. Ainsi, certains acteurs ont une capacité à influencer les autres de manière beaucoup plus importante que d'autres et ceux-ci sont considérés dans notre étude comme la source de la pression institutionnelle.

La littérature est proluxe pour décrire ce qui est appelé « source » des forces institutionnelles ; certains auteurs (Strang et Macy, 2001 ; Lounsbury, 2007) défendent l'idée que la source des institutions sont les premières organisations à adopter une pratique, une structure ou toute décision organisationnelle ou changement qui peut être institutionnalisé. Il faut cependant faire attention à une certaine ambiguïté : la notion de « source » des forces institutionnelles fait référence aux stades les plus précoces et à la naissance d'une institution. Nous préférons donc dans le cadre de cette recherche faire référence à l'« origine » des pratiques et non à la « source » lorsque nous aborderons le concept de l'adoption de pratiques dans les stades les plus précoces de la diffusion. Par exemple, Tolbert et Zucker (1983) tentent d'expliquer l'adoption de la réforme du service civil américain : elle est adoptée dans une ville, soit directement influencée par réglementation de l'état à laquelle cette ville appartient, soit dans la situation où cette réglementation n'existe pas par l'adoption de cette réforme par d'autres villes du même état. Dans ce second cas, les origines de l'institution seraient les premières villes à avoir adopté voire l'existence d'une telle réglementation dans d'autres états. En revanche les sources de cette pression institutionnelle sont les villes qui ont adopté et qui influencent directement l'adoption de la ville subissant l'influence.

La sensibilité des organisations aux pressions institutionnelles

Certains acteurs ont une capacité à influencer les autres plus importante mais qu'en est-il de la propension de l'organisation à être influencée ? Oliver (1991) a proposé plusieurs réactions possibles aux pressions institutionnelles. Les réactions stratégiques typiques sont l'acquiescement, le compromis, l'évitement, la défiance et la manipulation ; les réactions possibles sont diverses et confirment une certaine hétérogénéité dans la réponse organisationnelle aux pressions institutionnelles.

Cette sensibilité est affectée ou favorisée par de nombreux facteurs. L'appartenance croisée de membres influents entre organisations est un facteur d'importance (Davis, 1991, Davis et Greve, 1997), cette appartenance favorisant l'influencabilité des organisations qui sont liées par de tels réseaux. Mizruchi et Fein (1999) avaient aussi montré que les professeurs employés dans les universités les plus prestigieuses avaient été les premiers et les plus enclins à utiliser les mécanismes d'isomorphisme mimétique dans leurs recherches au détriment d'autres mécanismes isomorphiques. La taille des organisations (Barnett, 1997) et l'orientation spécialiste ou généraliste (Carroll, 1985, Carroll et Hannan, 1989) des organisations modifient leur sensibilité aux forces institutionnelles.

Influence et sensibilité institutionnelle : une relation bilatérale peu étudiée dans la littérature

Ainsi il semble accepté de fait dans la littérature que les organisations ont d'une part une influence sur les autres organisations, qui peut être plus ou moins grande, et d'autre part une certaine sensibilité à cette influence, qui elle-même peut être plus ou moins grande. Dans les contextes où les forces institutionnelles sont très importantes, les organisations seront à la fois très sensibles et potentiellement très influentes, tandis que dans les contextes où les

institutions sont moins importantes, les organisations seront à la fois peu influentes et peu sensibles aux pressions institutionnelles. Ces deux dimensions d'influence et de sensibilité sont-elles pour autant liées ?

Cette question est d'importance car il ressort de la littérature que les deux extrémités de la logique sont souvent abordées indépendamment l'une de l'autre. Soit on considère que certaines organisations sont influentes ou pas, soit on considère que d'autres sont sensibles ou pas mais jamais de manière conjointe. Il est plus difficile de bien comprendre les mécanismes d'isomorphisme sans étudier conjointement l'origine de l'institution et son impact, alors que la plupart des recherches se focalisent essentiellement sur l'amont ou sur l'aval. La prise en compte simultanée de la source et de l'objet de l'institution est donc une nécessité pour la compréhension des mécanismes institutionnels dans leur ensemble.

Galaskiewicz et Wasserman (1989) ont démontré que les organisations qui étaient des donateurs philanthropiques donnaient plus ou moins dépendamment du fait que les receveurs étaient financés par des entreprises dont le PDG et ou les dirigeants étaient connus personnellement par le personnel qui appartenait à plusieurs organisations successivement ou simultanément. Lorsque les facteurs de marché classiques sont absents tels que le prix du marché, Galaskiewicz et Wasserman (1989) indiquent que les forces institutionnelles sont d'autant plus importantes qu'il y a moins de signaux de marché tangibles, ce qui est le cas dans le domaine philanthropique. L'autre extrémité de la relation est aussi étudiée : les organisations à but non lucratif sont plus enclines à recevoir des fonds si elles sont vues favorablement par l'élite philanthropique locale. Toutefois, la portée de l'argument est limitée par le fait que les organisations sources des institutions et les organisations objets des institutions ne font pas partie du même secteur, ce qui limite la validité externe de l'étude et

n'est pas généralisable aux situations où les organisations sont à la fois les sources et les objets institutionnels.

La littérature sur la contagion sociale nous offre des perspectives sur l'influence et la sensibilité des organisations entre elles : en particulier, Strang et Tuma (1993) font l'apologie des modèles de contagion sociale pour expliquer l'adoption de pratiques, dans le cadre de l'étude de médecins adoptant ou non la tétracycline (un médicament innovant). Ils prennent en compte l'hétérogénéité temporelle et spatiale de la répartition des pratiques et ainsi capturent la variabilité de l'évolution de la pratique, contrairement aux méthodes classiques stochastiques qui ne font que simuler les mécanismes sous-jacents plutôt que de modéliser des processus empiriques complexes. Si l'argument pourrait être valable, Van Den Bulte et Lilien (2001) montrent que l'adoption de la tétracycline est mieux expliquée par l'intensité des campagnes marketing que par les mécanismes de contagion, sans compter que les données de référence issues des recherches de Coleman et al (1966) ont abouti à de nombreux résultats contradictoires (Burt, 1987 affirmant que les données montraient que l'approche par contagion était parfaitement adaptée à l'étude de ces données). De plus, Strang et Tuma (1993) ne testent pas l'éventuelle symétrie ou asymétrie entre influence et sensibilité : ce ne sont que des paramètres du modèle.

Strang et Soule (1998) reprendront la logique de Strang et Tuma (1993), mais dans le cadre plus spécifique des forces institutionnelles. Ils indiquent que la diffusion peut incarner de multiples mécanismes : comme la contagion, l'imitation, l'apprentissage social, la dissémination organisée etc.¹⁴ (Strang et Soule, 1998: 266). Les auteurs soulignent que les

¹⁴ Traduit de « Diffusion is the most general and abstract term we have for this sort of process, embracing contagion, mimicry, social learning, organized dissemination, and other family members. »

forces institutionnelles peuvent être exogènes, comme les médias ou les agents de changements, mais peuvent aussi être internes, et ainsi les organisations peuvent s'influencer les unes les autres. Les mécanismes internes prennent diverses formes :

- ⇒ la cohésion, réalisée par les organisations les unes sur les autres au travers de liens forts et répétés,
- ⇒ l'information au travers de liens moins établis qui va au-delà du cercle restreint du groupe cohésif,
- ⇒ la compétition ou l'équivalence structurelle, qui mettent les acteurs dans des situations similaires incitent aussi à la contagion, voire à l'adoption simultanée,
- ⇒ le prestige, les acteurs pouvant trouver un intérêt à ressembler aux acteurs les plus prestigieux pour des questions de légitimité, ou d'accès à certaines ressources
- ⇒ la proximité géographique est le mécanisme le plus commun dans les études de contagion, puisqu'ils facilitent tous les autres types d'interactions
- ⇒ les catégories de culture peuvent constituer des groupes de référence qui tendent vers l'homogénéisation et influencent les acteurs qui s'en rapprochent

Strang et Soule (1998) font état des cas de figure qui vont amener à des processus contagieux et à la mise en fonctionnement des mécanismes précités, et proposent des modélisations possibles, mais l'article reste théorique. Seul le mécanisme de prestige amène les auteurs à indiquer que l'influence peut être asymétrique, mais ce n'est pas démontré (même si cela s'avère confirmé par Rao, Monin, Durand, 2003). De plus, ils indiquent à cet effet que les organisations prestigieuses influencent les autres organisations tandis que l'inverse n'est pas vrai. Mais rien n'est indiqué sur la raison de l'absence de réciproque : sont-ils protégés par le fait qu'ils sont prestigieux, et donc insensibles aux pressions ? Ou ce sont les autres organisations qui, malgré leur nombre, ne sont pas suffisamment influentes ? La réponse à ces

questions serait donc indubitablement une avancée significative pour la compréhension de l'hétérogénéité des phénomènes institutionnels.

Briscoe et Safford (2008) démontrent qu'une organisation qui adopte une pratique reflétant une institution qui n'est pas la sienne favorisera l'influence de cette institution. Ainsi, dans le cas de deux institutions en compétition, l'adoption d'une pratique reflétant l'adhésion à l'institution « adverse » fera plus d'émules. De plus, l'adhésion active et affichée de l'organisation à l'institution favorise sa propre adoption. Les auteurs prennent l'exemple du président américain Nixon, connu pour son aversion envers les communistes et qui rendit une visite surprenante à la République Populaire de Chine en 1972, provoquant par la suite de nombreux autres pays à rouvrir le dialogue avec ce pays. Les auteurs affirment que cet effet « Nixon-in-China » pourrait être généralisé à d'autres types de pratiques que les pratiques contestataires ou controversées et que désagréger les facteurs menant à cet effet pourrait être très profitable à la théorie institutionnelle.

1.4.2 L'organisation, source et objet des pressions institutionnelles

Il y a donc nécessité de distinguer l'influence et la sensibilité potentielles des organisations. La capacité des organisations à influencer les autres organisations, et la sensibilité des organisations à l'influence d'autres organisations sont-elles nécessairement liées et comment cela influence-t-il l'adoption de pratiques organisationnelles ?

Définitions

Afin de répondre à cette question, nous définissons l'organisation comme étant à la fois « source » et « objet » de l'institutionnalisation et de l'influence de l'adoption de pratiques, répondant à la double fonction de l'organisation dans les mécanismes isomorphiques.

L'organisation « source » des pressions institutionnelles : toute organisation est susceptible d'être porteuse de pressions institutionnelles. L'adoption de pratiques par les organisations est le vecteur privilégié de l'institutionnalisation. Selon les organisations, l'influence de l'adoption des pratiques sur l'institutionnalisation varie.

L'organisation « objet » des pressions institutionnelles : toute organisation est susceptible d'être influencée par les pressions institutionnelles qui s'exercent sur elle. Toutefois, suivant les organisations et leur position dans leur environnement, cette sensibilité aux pressions institutionnelles peut être plus ou moins grande.

Une même organisation est donc à la fois source et objet des pressions institutionnelles. L'adoption d'une pratique par une organisation démontre l'adhésion de celle-ci à une institution et en augmente la visibilité et l'impact sur les autres organisations. Certaines organisations peuvent, par leur nature, leur position géographique ou sociométrique être plus ou moins influente en termes institutionnels. Leur propre adoption de la pratique aura donc un effet différent sur les autres organisations.

Les organisations sont plus enclines à adopter une pratique si celles-ci sont très exposées à d'autres organisations qui ont aussi adopté. Toutefois, les organisations ne sont pas égales

face à cette sensibilité aux règles et normes en vigueur, et donc leur sensibilité aux évolutions institutionnelles.

L'étude conjointe de la nature duale des organisations en tant que source et objet de l'institutionnalisation permettrait de mieux comprendre l'hétérogénéité de l'adoption de pratiques dans une population d'organisations. Elle doit donc prendre en compte les variations spatiales et temporelles de l'intensité des pressions institutionnelles et de la sensibilité des organisations à ces mêmes pressions.

Mesurer la sensibilité et l'influence institutionnelle des organisations

D'un point de vue opérationnel, le problème est donc que les organisations sont à la fois « source » et « objet » des pressions institutionnelles. Il faut donc choisir un terrain de recherche ainsi qu'une méthodologie qui permettent de mesurer d'une part l'influence et d'autre part la sensibilité des organisations aux pressions institutionnelles.

Nous allons donc dans la partie suivante choisir un secteur adapté, le présenter et définir une typologie d'organisations adéquate mettant en situation des organisations influentes et des organisations peu influentes d'une part et des organisations sensibles et des organisations peu sensibles d'autre part. Il est alors possible de contextualiser nos propositions et ainsi les transformer en hypothèses testables dans le cadre d'une analyse statistique.

Nous nous limitons volontairement au cas de l'étude de l'adoption d'une seule pratique : ce choix nous permet d'éviter de rendre l'étude trop complexe. La coexistence de plusieurs pratiques peut révéler des institutions concurrentes, pour lesquelles les organisations pourraient être différemment sensibles ou influentes. De plus, la différence dans la maturité

des différentes pratiques pourrait aussi impacter l'importance des facteurs institutionnels et ainsi rendre plus difficile la dissociation entre influence et sensibilité organisationnelle.

Enfin, nous avons vu que la proximité géographique, tout comme la proximité sociale favorisent les interactions et donc l'influence et la sensibilité des pressions institutionnelles. Afin de distinguer l'impact de chacune de ces proximités, nous nous mettons dans le cadre d'une proximité géographique nécessaire mais non suffisante pour l'influence de l'adoption d'une pratique organisationnelle. La proximité sociale sera définie par l'appartenance ou non au même groupe social.

2 Présentation du secteur

Nous allons présenter le secteur des établissements de santé qui sera notre terrain d'étude, les différents acteurs ainsi que la pratique organisationnelle choisie. Ce chapitre a pour objet de définir précisément ce qu'est un établissement de soins en France, ce que sont les infections nosocomiales, pourquoi et comment lutter contre elles et quelle est précisément la pratique que nous allons étudier. Nous démontrons aussi l'importance de l'impact de l'adoption d'une pratique par un établissement de soin sur l'éventuelle adoption par d'autres établissements de soins proches géographiquement. Cette influence est renforcée par les changements de réglementation intervenus en 1999, favorisant la comparaison entre les établissements de soins par une meilleure information des patients au niveau des pratiques pour lutter contre les infections nosocomiales établissement par établissement et l'obligation pour toutes les organisations de se doter d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

2.1 Définitions et présentation du secteur des établissements de santé français

Nous présentons d'abord le secteur des établissements de santé français puis nous définissons ce que sont les infections nosocomiales, leurs coûts et leurs implications, puis décrivons l'ensemble des acteurs et de la réglementation actuelle.

2.1.1 Présentation du secteur des établissements de santé français

Dans cette sous-partie, nous présentons le contexte d'étude, décrivons les caractéristiques essentielles du secteur et définissons ce qu'est un établissement de santé dans notre recherche. Nous explicitons l'impact prépondérant du médecin dans la prise de décision médicale dans

l'établissement de soins, ainsi que l'importance croissante des réseaux de soins entre établissements de santé.

Présentation du secteur en chiffres

Le secteur est durant les années 2000 à 2004 en cours de concentration. Si la santé 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'inflation dans les pays industrialisés comme les Etats-Unis par exemple, ce qui résulte en une concentration accrue du secteur et le regroupement de services au sein de plus grandes structures, mais moins nombreuses (Provan, 1987). Le nombre d'établissements de soins proposant une hospitalisation et particulièrement concernés par le risque nosocomial diminue de manière importante au cours de la période d'étude :

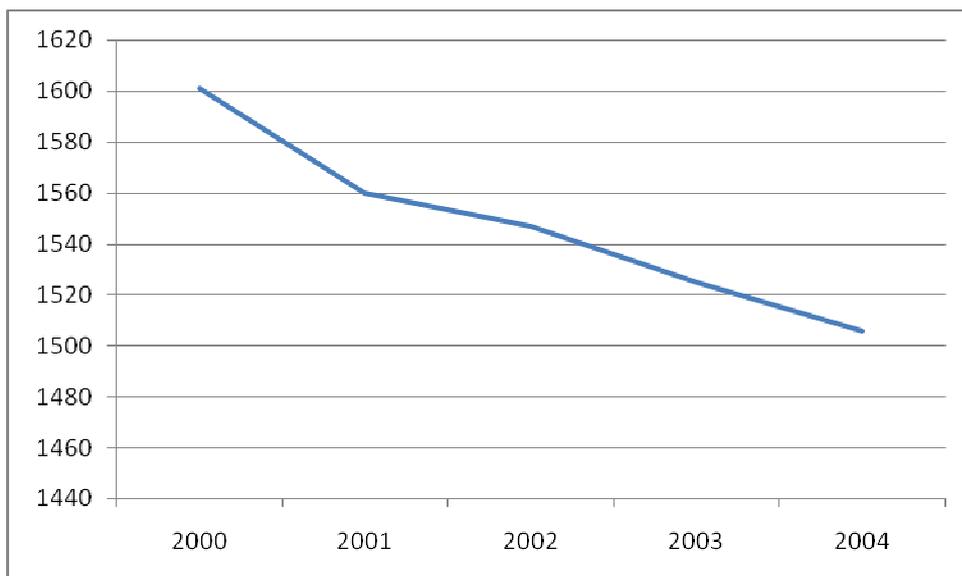


Figure 4 : évolution du nombre d'établissements de soins en France

Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé, 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004

En plus de leur nombre, la nature et la taille des organisations dans le secteur sont relativement hétérogènes. Il existe de très grands établissements de soins, regroupant un grand nombre de spécialités médicales et de services pour les patients et leurs proches, des centres de taille moyenne, avec quelques spécialités médicales et de plus petits établissements, concentrés sur un type d'activité particulier (centre de dialyse ou d'hémodialyse par exemple). La taille des établissements de santé est évaluée par le nombre de journées-lits potentiel d'hospitalisation complète. Le régime public, privé ou associatif des organisations impacte beaucoup la taille de l'organisation. Parmi les établissements capables de proposer une hospitalisation de notre base d'étude, un établissement privé dispose en moyenne de 33 571 journées-lits d'hospitalisation, un établissement associatif de 36 678 journées-lits et un hôpital public de 106 630 journées-lits.

De manière générale, les établissements publics sont plus grands que les établissements privés ou associatifs. Ce qui est plus curieux, c'est que la taille moyenne des hôpitaux publics tend à diminuer au cours du temps, ce qui pourrait paraître contradictoire avec la concentration accrue du secteur et une tendance à avoir de très grands établissements de soins au détriment d'un plus grand nombre de petits. En réalité, de nombreux établissements de soins plus ruraux ou ferment certaines activités et redirigent leurs patients vers de plus grandes structures sans pour autant systématiquement fermer leurs portes, d'où une légère réduction en moyenne de la taille des établissements de soins publics (D'Aunno, Succi et Alexander, 2000).

Historique et choix de la définition de l'établissement de santé français

Pour bien comprendre un secteur, nous estimons qu'il est intéressant d'examiner comment celui-ci a évolué au cours du temps ; cela peut nous permettre de mieux interpréter les

particularités ou les évolutions que nous pourrions observer durant notre période d'étude. De plus, l'histoire nous servira pour définir l'établissement de santé en regard de notre terrain de recherche et ainsi sélectionner les établissements de soins devant être retenus dans le cadre de notre étude.

Historiquement, au XVII^{ème} siècle, l'hôpital était surtout un lieu d'asile « en un temps où misère, infirmité et maladie sont étroitement associées » (Adam et Herzlich, 2005, p.91) un lieu d'« hospitalité ». Les médecins y étaient peu nombreux et, dans les faits, les hôpitaux ne faisaient que nourrir les malades. L'apport de l'histoire s'avère intéressant pour comprendre les problématiques d'aujourd'hui : on estime que la clientèle venant se faire soigner par les technologies de pointe ne représente que 10% des entrants tandis que la nécessité d'assistance subsiste pour les malades psychiatriques, les sans-abris, les personnes ayant tenté de se suicider, les alcooliques etc. De plus, certains patients tendent de plus en plus à utiliser les services d'urgence plutôt que de recourir aux services d'un médecin généraliste (Adam et Herzlich, 2005). Les hôpitaux étaient très marqués par l'influence de l'Eglise et étaient appelés « Maison-Dieu ». Le rôle de l'hôpital comme lieu de soins médicaux à proprement parler ne s'affirmera qu'au XIX^{ème} siècle (Adam et Herzlich, 2005). L'hôpital tel que nous le connaissons est né à la fin de la seconde guerre mondiale. Encore aujourd'hui, tous les établissements dits « de soins » ne font pas l'objet en réalité de soins médicaux importants et intenses et donc susceptibles de s'inscrire dans une perspective purement médicale.

Le secteur de la santé d'aujourd'hui est très marqué par la loi hospitalière de 1958, souvent appelée « réforme Debré » puisque c'est le professeur Robert Debré qui en a été le fer de lance et est à l'origine de la structuration actuelle de notre système hospitalier. On lui doit la création des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) qui regroupent trois fonctions : soins

prodigués aux patients par des médecins titulaires, recherche médicale et enseignement (Carribaru et Ménoret, 2004). La réforme initiée par le professeur Robert Debré se traduit par trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre (Ministère de la santé, 2005). Les CHU représentent actuellement le vecteur principal et parfois exclusif de formation des médecins français, qu'ils officient dans des établissements publics ou privés.

Encore aujourd'hui on souligne le rôle dual et ambigu du rôle de l'établissement de santé qui rend difficile sa définition : l'approche américaine, représentée par l'American Hospital Association (AHA), donne la définition suivante de l'hôpital

« L'hôpital fournit des services médicaux et des services infirmiers continus. On y trouve des activités de diagnostic et de traitements chirurgicaux ou non chirurgicaux pour des usagers qui peuvent présenter une multitude de problèmes physiques ou mentaux : les hôpitaux réalisent ces opérations avec l'aide d'un personnel médical organisé et des locaux permanents » (Berlinguet, 1985, p.354).

Ainsi cette approche défend un point de vue particulièrement axé sur la dimension curative de l'hôpital, mais l'auteur souligne que cette définition de l'établissement de santé occulte la dimension « hospitalité » de l'hôpital, c'est à dire d'accueil aux malades et aux démunis. Ce rôle est principalement tenu par les infirmières et complémentaire de la dimension curative, rôle plus dévolu aux médecins (le « care » et « cure » en anglais). L'établissement de santé tel qu'il est considéré en France est similaire au modèle américain, mais avec une orientation plus prononcée vers la dimension « care », la dimension « hospitalité » (Berlinguet, 1985).

Ainsi, nous prendrons un soin tout particulier à ne retenir dans notre base que les établissements dont l'objectif premier est curatif et non pas celui du suivi médical de long terme ou d'accueil, bien qu'étant considérés par les pouvoirs publics français comme étant bien des établissements de soins. Les établissements dont l'activité est majoritairement tournée vers la dimension hospitalité ou vers un suivi médical de long terme sans traitements complexes ou sans activité diagnostique ne sont pas retenus dans une problématique clairement médicale.

L'importance du médecin dans la prise de décision

Le rôle décisionnaire du médecin dans l'hôpital ou dans l'établissement de soins a beaucoup intéressé les sociologues ; les premiers travaux sociologiques dans le domaine des établissements de santé sont apparus dès la fin de la seconde guerre mondiale (Adam et Herzlich, 2005). L'hôpital intéresse notamment les sociologues de par sa particularité en termes de structure sociale : en effet il existe deux lignes d'autorité dans l'hôpital :

- une hiérarchie bureaucratique représentée par l'administration hospitalière
- une hiérarchie charismatique/traditionnelle représentée par les médecins

Il s'agit d'une application du modèle wébérien (Weber, 1968) à la structure sociale hospitalière. Dès que les connaissances médicales sont prépondérantes dans la prise de décision, les liens hiérarchiques sont brisés dans l'organisation hospitalière, mettant le médecin en haut de l'échelle hiérarchique.

Dès que les sociologues ont commencé à s'intéresser au monde des établissements de santé, ils ont souligné l'importance stratégique du médecin dans le choix des pratiques adoptées au sein de l'organisation (Adam et Herzlich, 2005 et Carricaburu et Ménoret, 2004). Si cette influence se réduit quelque peu à cause des importantes restrictions budgétaires auxquelles

sont soumises les organisations, le pouvoir décisionnaire du médecin reste tout de même très important et majoritaire en ce qui concerne les questions d'ordre médical (Adam et Herzlich, 2005).

Réseaux de soins

Un développement plus récent et particulièrement intéressant pour notre étude est l'émergence et l'importance croissante des « réseaux de soins » : Carribaru et Ménoret (2004) soulignent que les réseaux sociaux représentent un nouveau paradigme en sociologie (bien qu'ils aient toujours existé) en particulier dans le domaine de la santé et sont vus comme des moyens de décroiser les différents rouages d'une organisation verticale du travail et d'insuffler de la flexibilité et de l'adaptabilité, tout en conservant une structure bien établie.

Ces réseaux impliquent le partage d'équipements médicaux, de personnels de santé (médecins, infirmières, ambulanciers) et peuvent intégrer à la fois des établissements de soins publics et privés. Par exemple, ces réseaux permettent de mettre en commun les équipes chargées de lutter contre le risque infectieux, les équipes opérationnelles d'hygiène, qui sont chargées de la lutte quotidienne contre ce type de risque. Le réseau de soins permet en outre une approche interdisciplinaire de la guérison du patient.

Les conversations avec les professionnels de santé révèlent l'importance de ces réseaux de soins. Les médecins dans les établissements de soins sont très souvent hyperspécialisés : pour un même problème orthopédique, les différents médecins que sont le chirurgien, l'anesthésiste, les médecins en réanimation, le médecin rééducateur (etc.) n'ont pas du tout les mêmes compétences, mais soignent le même malade pour la même maladie. Cette hyperspécialisation demande une importante coopération entre divers « experts » afin de

permettre des soins plus adaptés et éviter notamment les interactions entre traitements ou la dispense de médicaments auxquels le patient pourrait être allergique. De plus, le patient peut être victime de plusieurs pathologies simultanément, comme peuvent l'être des polytraumatisés d'accidents graves ou des personnes très âgées, et donc les diverses informations sur les pathologies et les traitements en cours sont d'autant plus importantes et complexes à gérer.

Le réseau de soins lie les organisations entre elles, par le biais du partage de dossier médical, de contacts privilégiés entre médecins et permet notamment les retours d'expérience et les comparaisons, et donc multiplie les contacts sociaux. Cela entraîne alors une mise en contact entre établissements et peut favoriser la transmission de pratiques d'un établissement à un autre.

2.1.2 Définitions relatives aux infections nosocomiales et implications

Dans cette section, nous définissons ce qu'est une infection nosocomiale, ce qu'elle implique, pourquoi et comment la combattre. Les infections nosocomiales sont un problème majeur pour les médecins et les soignants car elles représentent un risque important et non trivial pour le patient, ainsi qu'une source importante de coûts pour l'établissement et le système de soins.

Définition de l'infection nosocomiale

Le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité définit l'infection nosocomiale comme suit :

« Une infection nosocomiale est 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. ».

Une autre définition, légèrement plus médicale : « est nosocomiale toute maladie due à des micro-organismes, contractée à l'hôpital et/ou microbiologiquement reconnaissable, qui affecte soit le malade du fait de son admission à l'hôpital ou des soins qu'il a reçus (hospitalisation ou soins ambulatoires), soit le personnel hospitalier, du fait de son activité, que les symptômes de la maladie apparaissent ou non, pendant que l'intéressé se trouve à l'hôpital » (Marsaudon, 1998 : 7). L'infection nosocomiale peut aussi être appelée « infection hospitalière », du fait de sa contraction possible à l'hôpital. Nous retiendrons la définition du ministère dans le cadre de notre étude, du fait de son caractère officiel et de sa facilité d'appréhension pour les non-initiés à la culture médicale.

Importance des infections nosocomiales en France

Les maladies nosocomiales représentent dans le domaine de la stratégie des établissements de santé une variable majeure. Elles représentent encore 5 à 7% des patients¹⁵ qui sortent de l'hôpital, ce n'est donc pas un épiphénomène et cette fréquence est l'une des plus faibles au monde. Le patient exige d'être mieux informé sur la manière dont sa santé est gérée, et plus particulièrement souhaite en savoir plus sur les maladies nosocomiales, un sujet porté sur le

¹⁵ Ministère de la santé et des solidarités : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/> (accédé le 15 décembre 2006)

devant de la scène publique au milieu des années 90. Ce besoin d'information est reflété par les classements des hôpitaux ou les grands dossiers organisés par les magazines l'Express¹⁶ ou l'Expansion¹⁷, les nombreuses revues (Santé Magazine, Top Santé, Réponses Santé, le Magazine de la Santé), sites Internet (caducee.net, doctissimo.fr, e-sante.be, hellodocteur.com, le-medicament.com ; une centaine de liens sur <http://www.liensutiles.org/sante.htm>) et émissions télévisées (le magazine de la santé de France 5, la santé d'abord de France 3, les Maternelles de France 5, Hippocrate d'Arte... portées sur le domaine de la santé et l'émergence d'associations de patients désireux d'en savoir plus (source : http://www.caducee.net/Asp/ProgrammeTV/Semaine_en_cours.asp). Le 6 février 2006, ce besoin d'information a poussé le ministère de la santé à proposer sur son site un classement des établissements de santé en cinq catégories suivant leur degré d'avancement dans l'adoption des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales. Les patients, plus concernés et mieux informés, ont donc les moyens de faire jouer la concurrence entre les établissements de soins et incitent les pouvoirs publics à plus de transparence.

De grandes enquêtes nationales sont ainsi conduites sur le territoire français. Ainsi, « une enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales s'est déroulée entre le 21 mai et le 23 juin 2001. Elle a mobilisé 1 533 hôpitaux et cliniques privées représentant 78% des lits d'hospitalisation français. Cette enquête a été conduite par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et les cinq Centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) dans le cadre du Réseau national d'Alerte d'Investigations et de Surveillance des Infections Nosocomiales. Parmi ces établissements, 47% étaient

¹⁶ Palmarès paru en 2007, 2008 et 2009 ; voir L'Express du 22 janvier 2009

¹⁷ Paru le 26 février 2004, le dossier " La vérité sur l'hôpital " paru dans le magazine L'Expansion

publics et 37% étaient privés. Les résultats préliminaires diffusés le 5 mars 2002 lors d'une matinée de présentation au ministère montrent que le jour de l'enquête 21 010 patients sur 305 656 avaient une infection nosocomiale soit un taux de prévalence de 6,9%. Parmi eux, 18 042 (5,9%) avaient au moins une infection acquise dans l'établissement et 2 939 (1,0%) avaient une ou des infections acquises dans un autre établissement. » (Rapport de la Conférence de presse Sécurité sanitaire et santé publique, tenue le 8 avril 2002, <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/sssp020408/2securite.htm>, accédé le 15 décembre 2006).

Les infections nosocomiales sont donc fréquentes dans les établissements de soins, et même si la plupart sont bénignes, « une partie de ces infections particulièrement sévères, ou qui touchent des patients déjà fragilisés, est à l'origine de décès. Les infections nosocomiales contribueraient ainsi de façon directe au décès d'environ 4 000 patients par an. » (Discours du 20 janvier 2004 de Jean-François Mattéi, alors ministre de la Santé et des Solidarités, http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/33_040120jfm.htm, accédé le 15 décembre 2006). On peut donc constater l'importance cruciale d'un tel problème et des conséquences, car tout un chacun est susceptible d'être confronté un jour à être malade ou avoir un accident. Les infections nosocomiales sont donc loin d'être anodines ou rares, et sont donc à juste titre une préoccupation des médecins et de tout le corps médical.

Localisation des germes responsables des maladies nosocomiales

Les maladies nosocomiales proviennent de germes qui se trouvent partout à l'hôpital, que ce soit dans l'environnement, chez les personnels soignants, chez les autres patients... Ces germes sont des agents infectieux (parmi eux, des virus ou des bactéries) dont la présence est inévitable car notamment présents chez tout être humain. Certains sont par ailleurs bénéfiques, comme ceux responsables de la digestion dans l'intestin.

A l'extérieur du corps, la bouche, le nasopharynx et la peau sont des sources importantes de germes tels que les staphylocoques ou les streptocoques. A l'intérieur du corps, le côlon ainsi que l'urètre et les voies vaginales sont aussi riches en germes divers. L'environnement peut constituer aussi une source de maladies nosocomiales, même si cela s'avère plus rare. Les deux éléments environnementaux les plus fréquemment impliqués sont l'eau et l'air. Les outils de chirurgie utilisés représentent aussi une source potentielle de germes.

Les différents modes de contamination

Il existe deux types majeurs de contamination du patient :

⇒ les infections d'origine endogène : le patient est infecté par ses propres germes après qu'un acte invasif ait été réalisé, c'est à dire qu'un corps étranger ait été introduit dans le corps du patient, ou bien en raison d'une prédisposition particulière ou de son état de santé. Quelques exemples cités par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité :

- « Un patient sous respiration artificielle peut déclarer une pneumonie, due à un germe provenant de son propre tube digestif, et qui a pu " remonter " jusqu'aux voies respiratoires.
- Un patient porteur d'une sonde urinaire peut déclencher une infection urinaire avec des germes de son propre tube digestif remontés le long de la sonde.
- Une opération de l'intestin grêle ou du côlon, qui contiennent de nombreux germes, peut disséminer ceux-ci lors de l'incision de l'organe et déclencher une infection post-opératoire. »¹⁸

¹⁸ <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/>

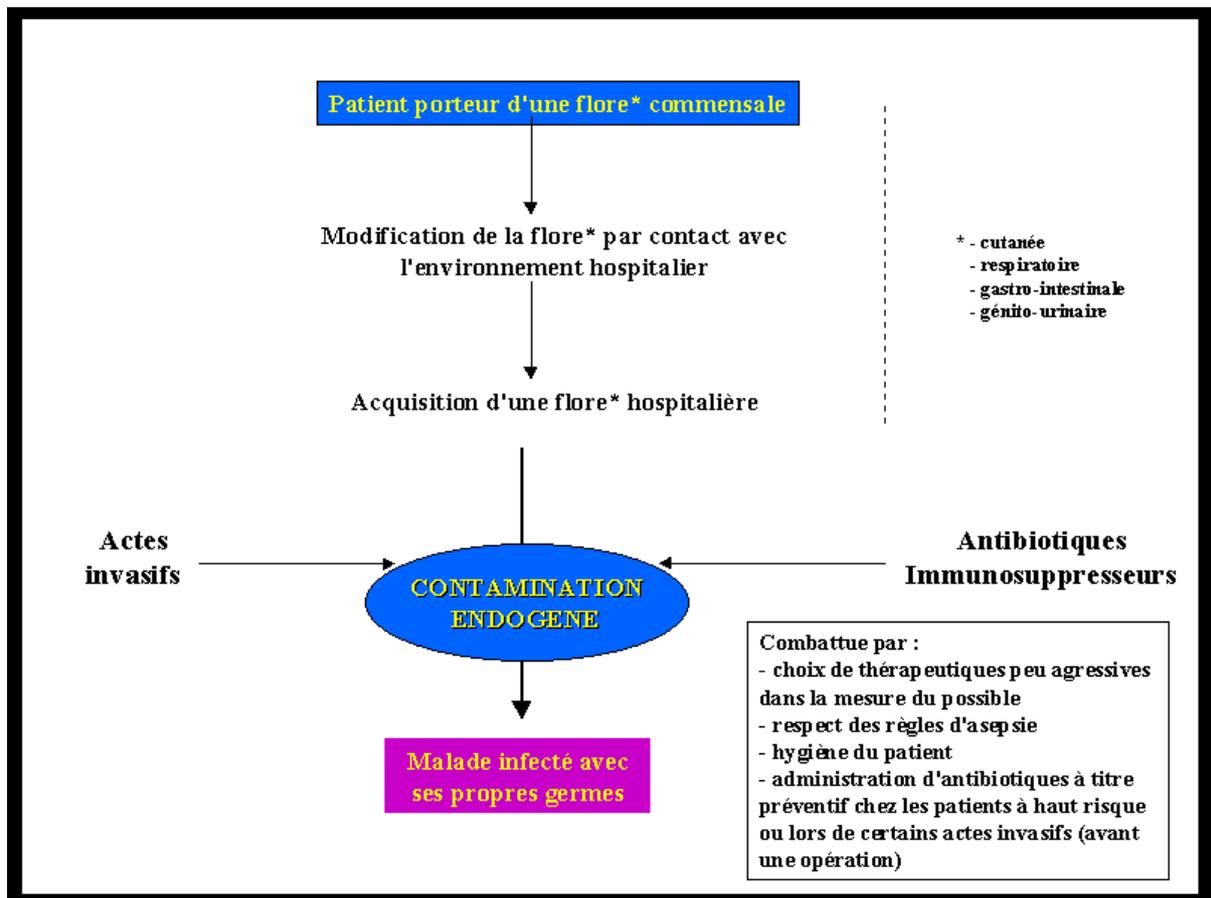


Figure 5 : schéma des modes de contamination nosocomiale endogène
 source : ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité
 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/>) (accédé le 15 décembre 2006)

- ⇒ les infections d'origine exogène : celles-ci sont de plusieurs types distincts :
- les infections croisées sont transmises par un autre malade présent à l'hôpital, soit par contact direct, par le biais d'un même instrument médical
 - les infections peuvent aussi provenir de la transmission d'un germe porté par un membre du personnel médical
 - les infections peuvent provenir des germes qui sont présents dans l'environnement hospitalier, notamment l'eau et l'air ou d'un instrument porteur de germes qui n'ont pas pour origine un autre malade.

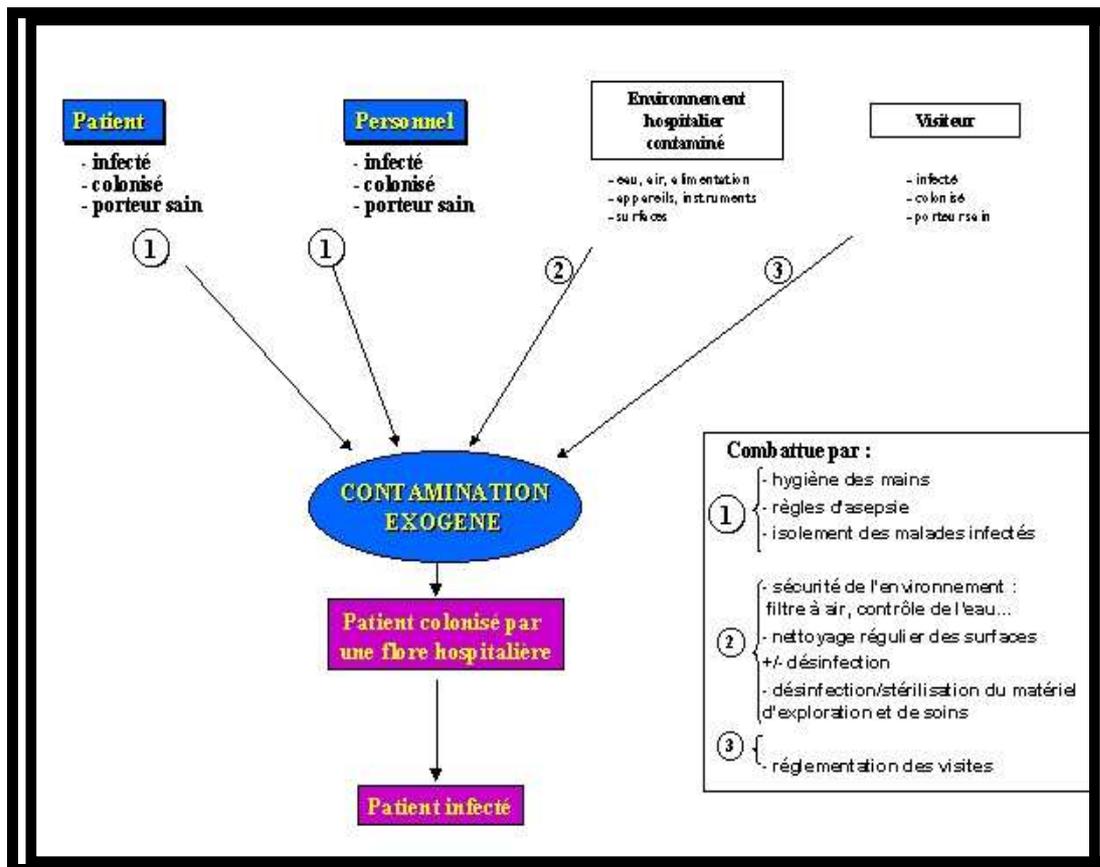


Figure 6 : schéma des modes de contaminations exogènes pour les infections nosocomiales

source : ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité (<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/>) (accédé le 15 décembre 2006)

La différence fondamentale entre les deux types de contamination est la provenance des germes qui infectent le patient. Dans le cas des maladies endogènes, ce sont les propres germes du patient qui vont le contaminer (même si cela fait suite à une action du personnel médical) alors que dans le cas des maladies exogènes, ce sont des germes qui proviennent de l'environnement ou d'un autre individu.

La fréquence des contaminations est différente selon la localisation de la dispense de soins : Les services les plus touchés sont par ordre décroissant : la réanimation avec des taux de prévalence moyens de l'ordre de 30%, la chirurgie avec des taux de 7 à 9%, et la médecine

avec des taux de prévalence de 5 à 7%. Les services à moindre risque sont les services de pédiatrie et de psychiatrie. Les infections sont aussi fréquentes dans les services de moyen et long séjour qu'en court séjour (Données de 1996, enquête nationale de prévalence - c'est à dire données « en coupe » - réalisée dans 830 hôpitaux représentant 77% des lits d'hospitalisation publics ; source : Ministère de la santé et des solidarités (1999) ; <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco2-2.html> accédé le 15 décembre 2006).

Moyens de lutte contre les infections nosocomiales

Il est impossible à l'heure actuelle d'éliminer toutes les sources potentielles de ce type de maladies. Toutefois, il est possible de réduire le risque : il est possible de lutter contre ce type d'infection en stérilisant l'eau, en purifiant l'air au moyen de filtres à air adaptés, en portant des masques, des blouses et des gants et bien sûr en stérilisant tous les outils pouvant servir à une utilisation chirurgicale ou visant à introduire un corps étranger dans le corps du patient. Historiquement, l'apport de « l'antisepsie puis l'asepsie introduites dans la pratique médicale à la deuxième moitié du 19^{ème} siècle réduisent de façon remarquable les infections nosocomiales » (Berlinguet, 1985). Ces méthodes ont toujours été et sont encore au centre de la lutte contre les infections nosocomiales, avec les traitements médicamenteux, la plupart à base d'antibiotiques.

Pour mieux combattre les infections nosocomiales, il est aussi intéressant de connaître les facteurs aggravants de risque :

- L'âge du patient : les personnes âgées ou très jeunes sont plus fragiles face aux maladies nosocomiales
- Le type et le nombre de pathologies
- De nombreux autres facteurs : immunodéprimés, prématurés, polytraumatisés...

Il est aussi important de noter que les maladies nosocomiales sont plus fréquentes dans les services de réanimation où les patients sont souvent plus faibles, sont en relation avec de nombreux instruments de mesure et de dispense de soins, avec de nombreux actes invasifs en comparaison avec les services de médecine interne.

La lutte quotidienne, le repérage, les systèmes d'alerte contre les infections nosocomiales sont facilités par la surveillance des moyens mis en œuvre (utilisation des savons, produits désinfectants, matériels divers à usage uniques etc.) comme des occurrences des incidents suspects ou répétés (infections répétées sur plusieurs patients par le même germe, identification d'un germe résistant aux traitements etc.) ou la dispense de médicaments antibiotiques qui peuvent traiter les infections nosocomiales, y compris préventivement, mais peuvent donner naissance à des germes plus résistants aux traitements.

Les conséquences d'une infection nosocomiale

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 le corps du malade.

Il est aussi parfois difficile pour le personnel médical de distinguer une maladie nosocomiale de la (des) maladie(s) préexistante(s) du patient, notamment parce que ce type de maladie touche les patients les plus faibles ou plus malades. De plus, ces maladies allongent la durée de l'hospitalisation et son coût, car il faut traiter le patient avec des antibiotiques (qui peuvent lutter contre les germes).

La lutte contre les maladies nosocomiales est un objectif poursuivi depuis bien longtemps (avec efficacité depuis la découverte de l'antisepsie et de l'asepsie comme nous l'avons déjà souligné) et est un objectif majeur du ministère comme l'indique cet extrait d'un dossier politiques publiques : « Aujourd'hui la politique hospitalière doit répondre à de nouveaux défis. Ils concernent notamment l'évolution de la démographie médicale, la réduction du temps de travail et la lutte contre les infections nosocomiales» (Ministère de la santé et des solidarités, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/index/>).

De plus, il est parfaitement démontré que la prévention représente une économie certaine, la survenance d'une infection allongeant par exemple un séjour en chirurgie orthopédique d'environ deux semaines et triplant les coûts de prise en charge du patient. Une diminution de 10% du nombre d'infections implique une économie de 240 à 600 millions d'euros, soit jusqu'à six fois plus que l'effort de prévention réalisé par les établissements hospitaliers, qui s'établit à une centaine de millions d'euros (Vasselle, 2006). Afin que cette prévention soit la plus efficace possible, il faut donc que les établissements de santé adoptent les pratiques qui leur permettent de s'informer, d'identifier, de comprendre et d'analyser les risques et les incidents relatifs aux infections nosocomiales.

2.1.3 La lutte contre les infections nosocomiales sur le terrain

Notre angle d'analyse est tourné vers une perspective organisationnelle et macrosociologique. Quelques entretiens ont été menés sur le terrain pour donner chair aux pratiques visant à réduire les infections nosocomiales sur le terrain au niveau des individus.

Entretiens sur le terrain avec les professionnels de santé

L'objectif modeste de ces entretiens n'est absolument pas l'exhaustivité ou la démonstration. Nous avons mené des entretiens avec les professionnels de santé mis au contact au jour le jour avec la lutte contre les infections nosocomiales durant la dispense de soins. L'objectif poursuivi était d'appréhender d'un point de vue pratique ce que représentaient les pratiques visant à réduire les infections nosocomiales sur le terrain. Tous les entretiens formels ont été enregistrés numériquement et sont disponibles auprès de l'auteur de cette thèse (y compris les 2 entretiens anonymes, l'entretien ne révélant pas l'identité de la personne en question).

Ces entretiens adoptent systématiquement la structure suivante : quelques questions très générales, dont l'objectif est de « faire parler » sans aucune contrainte, sur le sujet des infections nosocomiales dans le cadre des établissements de soins. Ainsi, le contenu de l'entretien n'étant pas dirigé, cela permet au répondant d'éventuellement orienter l'entretien vers un angle pas forcément prévu par l'auteur. En effet, la personne qui interroge vient avec ses propres convictions, ses propres préjugés qui peuvent inconsciemment restreindre le propos du répondant et donc induire une approche restrictive. Par exemple, la question posée dans ce cas aux médecins et aux chirurgiens était : « Parlez-moi des infections nosocomiales et comment vous avez appris à les combattre que ce soit durant vos études et durant votre vie professionnelle. » La seconde moitié de l'entretien est constituée d'une séquence de questions plus précises, qui dans ce cas sont plus restrictives mais aussi plus cadrées sur l'objet de l'étude. Les entretiens se sont déroulés entre janvier et avril 2007, mis à part l'entretien avec le Dr R., réalisé plus tard avec l'intérêt croissant pour l'étude des statuts public et privé ; nous souhaitons avoir un aperçu du point de vue des cliniques privées. Un entretien informel a été en outre réalisé mais n'a pas été enregistré. Nous avons aussi choisi de très peu adapter le langage parlé dans les verbatims, afin de retranscrire au mieux les propos des

répondants et d'être le plus objectif possible, mais au détriment d'une certaine aisance de lecture.

Nom du répondant	Date de l'entretien	Intitulé du poste	Etablissement
Dr Baillet	21 février 2007	Chirurgien (chirurgie viscérale)	Hôpital Simone Veil
Dr Noirot	14 avril 2007	Médecin anesthésiste	Hôpital Thonon
Anonyme	14 avril 2007	Bactériologiste	Hôpital Thonon
Dr Dunet	29 janvier 2007	Chirurgien (chirurgie orthopédique)	Hôpital de Caen
Mme Brulé	29 janvier 2007	Infirmière et membre du CLIN	Hôpital Simone Veil
Mme Meignan	Informel	Ancienne directrice des services de réanimation des hôpitaux de Paris	Hôpital Sainte-Anne
Anonyme	25 janvier 2008	Directeur de clinique privée	Clinique

Tableau 1 : les entretiens réalisés

Les différents entretiens réalisés ont pour objet de comprendre ce qu'étaient les pratiques visant à réduire les infections nosocomiales et comment leur adoption pouvait se décider. Il faut garder à l'esprit que les entretiens présentés ici n'ont qu'une valeur illustrative et non démonstrative. Le cœur de cette recherche est l'approche macrosociologique et l'étude statistique de la population d'organisations, mais il nous a semblé toutefois nécessaire de présenter succinctement l'angle de vue des individus pour comprendre l'adoption au niveau organisationnel. Nous utiliserons par la suite dans cette étude quelques verbatims issus de ces entretiens pour illustrer nos propos, mais ces citations n'ont pas de valeur probante.

Préparation, déroulement et contenu des entretiens

Avant chaque entretien, j'ai proposé aux répondants de leur faire parvenir le questionnaire prévu, mais aucun ne l'a désiré. En revanche, s'agissant d'un sujet relativement sensible dans le domaine médical, une lettre ou un mot leur a été systématiquement donné ou adressé, dont le contenu est le suivant :

« Chercheur au département stratégie des organisations à HEC, je travaille en collaboration avec le Professeur Durand sur les facteurs expliquant ou freinant l'adoption des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales. Dans ce cadre, je dispose de données statistiques pour avancer mes arguments, mais je suis convaincu qu'il faut, pour bien étudier le phénomène, m'entretenir avec des professionnels du monde de la santé qui sont en contact quotidien avec elles.

Mon objectif est de déterminer comment une pratique est adoptée au sein d'un établissement de santé et plus généralement au sein d'une organisation telle qu'une administration, une association ou une entreprise. Il n'y a absolument aucun objectif de mesure ou d'évaluation car je suis sociologue et non médecin ou biologiste. Je pourrai vous faire part de mes hypothèses si vous le souhaitez, mais après l'entretien pour ne pas induire de réponse. Vous aurez alors bien sûr tout le loisir, si vous le désirez, de critiquer ou de commenter mes suppositions, c'est même vivement recommandé.

En tant que chercheur en sociologie, j'attache beaucoup d'importance à respecter vos choix en matière de divulgation d'information. Si vous le souhaitez la réponse à une question peut être couverte par l'anonymat, voire l'intégralité de l'entretien. De plus, si vous en formulez la

demande, je vous ferai parvenir une retranscription intégrale de l'entretien, pour que vous jugiez à froid de la retranscription de vos propos et que vous l'amendiez à votre convenance.

Ce travail est de nature purement académique et n'est en aucun cas lié à une quelconque entreprise ou organisation. »

Ceci m'a permis de m'assurer de l'accord des répondants et de leur habilitation à répondre à mes questions sur la lutte contre les infections nosocomiales. Les entretiens avec les médecins et infirmière sont les plus riches en information et sont plus fréquemment cités par la suite. L'entretien avec la bactériologiste est en revanche très technique et concerne plus particulièrement la technique médicale liée aux analyses des prélèvements de germes liés à la lutte contre les infections nosocomiales, et fait donc moins l'objet de citations. L'entretien avec le directeur de clinique fut plus court, préférant que le directeur du comité en charge de la lutte contre les infections nosocomiales dans la clinique réponde à nos questions.

Vivre les pratiques destinées à réduire les infections nosocomiales

Afin de donner corps à l'observation de l'application des pratiques visant à réduire les infections nosocomiales, le Dr Baillet a permis à l'auteur de ce document de vivre l'expérience d'observer deux opérations de chirurgie viscérales : une ablation de la vésicule biliaire, ainsi que le changement d'un anneau gastrique. Cette observation s'est déroulée dans la salle d'opération elle-même ; outre le caractère particulièrement impressionnant et passionnant de cette expérience, il s'agit aussi de vivre réellement la mise en situation des pratiques : revêtir les habits chirurgicaux, le lavage des mains de type chirurgical, l'utilisation de protections à usage unique, savoir où les jeter, comment se dévêtir, apprendre à reconnaître et éviter les zones stériles comme le plateau chirurgical ou les champs opératoires, etc.

Il serait tentant de dire que l'on peut comprendre la réticence de certains professionnels de santé à ajouter à cette profusion de précautions très pragmatiques l'intégration de nouvelles procédures et recueils d'informations complémentaires dont l'utilité ne serait pas immédiate, mais bien entendu cette maigre expérience ne peut permettre d'en juger. On touche toutefois du doigt, l'échelle de temps et d'action : les personnels médicaux en général, les chirurgiens en particulier, travaillent énormément sur une journée (sur des opérations parfois très longues, dans le cas des chirurgiens), alors que l'intensité et la densité des informations à traiter sont importantes. Les échelles de priorité sont alors très variables en fonction des événements et des capacités humaines des professionnels qui y font face. Les professionnels interrogés ne s'en cachent pas d'ailleurs, ils indiquent clairement que toutes les précautions relatives aux infections nosocomiales ne sont pas respectées dans les cas d'urgence ; pour lutter contre les infections nosocomiales, il faut des moyens, du personnel et du temps.

Etablissements de soins de statut public, privé ou associatif

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'Etat. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion. (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/> accédé le 13 décembre 2006). Les établissements publics sont financés dans une proportion non négligeable par des fonds publics, par le biais de l'attribution de budgets de fonctionnement, même si les patients peuvent payer une partie des soins prodigués.

Les organisations de statut associatif ou autrement appelées « les établissements à but non lucratif relèvent d'associations, de congrégations, d'organismes sociaux (mutuelles ou caisses

d'assurance maladie). Certains d'entre eux ont une vocation spécialisée comme les centres régionaux de lutte contre le cancer. Ces établissements sont soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics ; ils peuvent bénéficier des avantages accordés à ceux-ci » (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/> accédé le 13 décembre 2006).

Les établissements que nous qualifions de privés dans notre étude, soit « Les établissements à but lucratif sont la propriété de particuliers ou de sociétés et sont autorisés à faire des bénéfices ; ils ont des règles de gestion et des modes de financement (prix de journée) différents de ceux des hôpitaux publics et des établissements à but non lucratif » (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/> accédé le 13 décembre 2006). Les établissements de soins privés sont majoritairement financés par le paiement des soins reçus par les patients, paiement qui peut être direct ou indirect par le biais de systèmes mutualistes.

Les organisations publiques et privées ont une identité forte : par exemple, on note les propos d'une infirmière durant nos entretiens : « Effectivement, c'est mon avis propre, je pense que dans le privé il y a moins de moyens qui sont mis en place pour combattre les infections nosocomiales que dans le public. C'est d'ailleurs un des points pour lesquels je ne veux pas travailler dans le privé. C'est un choix personnel de ne pas travailler dans le privé, à cause de ce point là ». Elle nous expliquera alors qu'une clinique utilisait du matériel désinfecté à chaque fois et donc était en retard sur l'utilisation de matériel à usage unique, mais que c'était en 1999. Toutefois dans le cadre des pratiques visant à réduire les infections nosocomiales, les professionnels de santé sont très modérés quant à l'impact de la nature publique ou privée de l'établissement : à la question « Pensez-vous qu'il existe des différences dans la lutte contre

les maladies nosocomiales dans les organismes à but lucratif/non-lucratif ? » le Dr Baillet répond « oui, c'est difficile à dire. Car dans un établissement privé ils ne peuvent pas se permettre d'avoir des infections nosocomiales qui vont prolonger la durée de l'hospitalisation et qui vont gêner l'image de marque de l'établissement donc ils sont obligés de se soumettre aux mêmes règles. Seulement, par souci de rentabilité il peut y avoir des entorses. Autant c'était vrai, il y a quelques années, autant ils sont très contrôlés. C'est pareil, j'ai un exemple tout frais, j'ai été frappé par la rentabilité et indiscutablement les mesures ont été bien prises et indiscutablement on ne peut pas dire qu'il y ait une grande différence, non » : la contradiction de ces propos indique bien une différence de culture, que les acteurs semblent surpris de ne pas voir traduite dans les faits. En ce qui concerne les relations entre établissements publics et privés, les avis des professionnels de santé sont plus contrastés. Il existe pour les professionnels de santé à la fois une forme de concurrence et de complémentarité : les établissements publics et privés n'ont pas tout à fait la même offre de soins de manière générale. Le Dr Baillet indique « il devrait y avoir une complémentarité mais il y a une concurrence c'est vrai... qui a toujours existé. »

2.2 La lutte contre les infections nosocomiales : acteurs et législation

Nous allons présenter les acteurs organisationnels du secteur dévolus à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de soins, faire état de l'évolution de la législation afin de montrer que l'adoption de la pratique n'est pas imposée, et de justifier le choix de la période d'étude.

2.2.1 Les acteurs organisationnels de la lutte contre les infections nosocomiales

Les établissements de soins sont des acteurs particulièrement importants de la lutte contre les infections nosocomiales, mais tous ne sont pas concernés pour autant. Nous désignons ceux qui sont concernés suivant leur activité ou leur objectif. De plus, il existe d'autres instances qui sont actrices de la lutte contre les infections nosocomiales. Celles-ci peuvent être internes ou externes à l'organisation et nous les décrivons.

Les établissements de soins concernés par la lutte contre les infections nosocomiales

Tous les établissements de soins ne permettent pas une hospitalisation, même de court séjour. Or, nous avons vu que parmi les établissements de soins, certains n'avaient pas pour rôle premier le traitement des malades mais plutôt un suivi médical de long terme, des contacts sociaux, des conseils médicaux, un hébergement ou un traitement de longue durée. Parmi ces établissements de soins, beaucoup sont peu concernés par le risque infectieux. D'autres encore fournissent un seul type de soins, qui peut-être en lui-même assez peu risqué, ce risque étant lui-même réduit par l'extrême répétitivité ou normalisation des actes réalisés, comme les centres de dialyse par exemple.

Afin de ne retenir que les établissements de soins les plus adaptés à l'étude du risque infectieux, élément important relatif à la pratique choisie, nous avons donc retenu les établissements qui proposaient au minimum de courts séjours en hospitalisation. Parmi ceux-ci, nous avons en outre écarté les centres ultra-spécialisés et dont l'activité est moins encline au risque infectieux : les établissements de convalescence, les maisons de régime, les sites d'aide à l'hospitalisation à domicile, les centres de lutte contre le cancer, les établissements de réadaptation fonctionnelle, les centres de dialyse, les centres de lutte contre la tuberculose, les

centres médicaux-psychologiques (CMP), les maisons de santé pour maladies mentales, les pouponnières, les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les centres spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales, les centres de postcure pour malades mentaux et pour les alcooliques, les établissements sanitaires de prison et les centres de crise ou d'accueil. Les établissements de soins retenus sont donc tous des établissements publics, privés ou associatifs qui ont la possibilité de réaliser des hospitalisations et qui ont au minimum un service médical, chirurgical ou obstétrique.

Concentration et évolution du secteur des établissements de soins concernés par les infections nosocomiales

Le nombre d'établissements de soins concernés par la lutte contre les infections nosocomiales diminue au cours du temps. Ceux-ci sont encore plus concernés par la concentration dans de grands centres d'une multitude de services médicaux favorisant une approche multidisciplinaire des pathologies du malade.

Il est par ailleurs intéressant de voir la répartition et l'évolution du nombre d'établissements selon leur statut public, privé ou associatif :

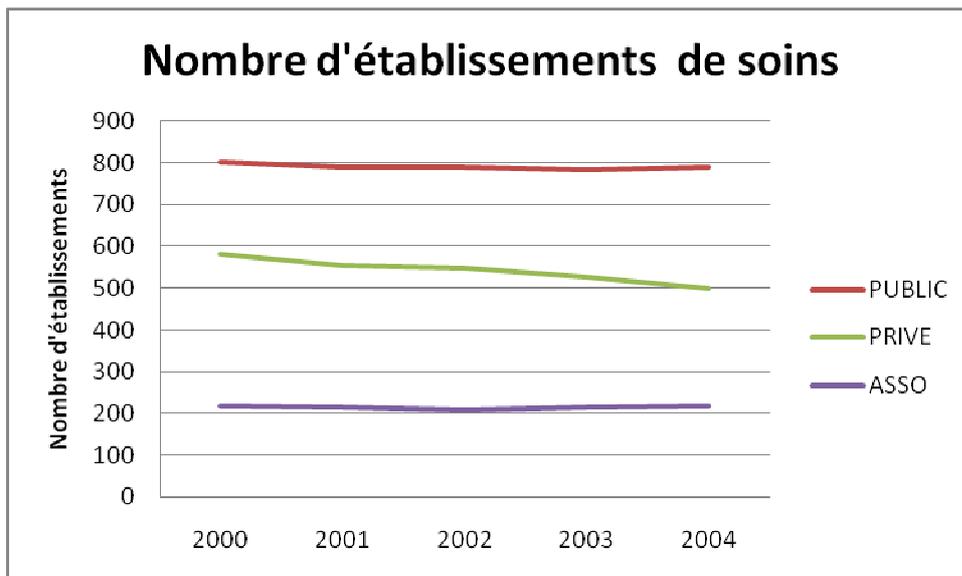


Figure 7 : évolution du nombre d'établissements de soins par type d'organisations

Source : données des Statistiques Annuelles des Etablissements de Santé, produites par le ministère de la santé et des solidarités

On constate que la concurrence impacte plus particulièrement les établissements de soins privés car leur nombre réduit de manière significative au cours de la période d'étude. Ces établissements de soins sont donc plus particulièrement concernés par les pressions économiques, alors que les établissements publics peuvent plus aisément s'y soustraire par la nature de leur financement. On peut aussi constater que les établissements publics sont plus nombreux que les établissements privés et que les établissements de soins de statut associatif sont en revanche moins nombreux.

Les organes spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales

Le pilotage de la politique hospitalière est assuré, sur le plan national, par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et, sur le plan régional, par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/dhos-arh/> accédé le 13 décembre 2006). Ce sont eux qui orientent donc la politique générale de lutte contre les

maladies nosocomiales sur la base d'informations en partie communiquées par l'Institut de Veille Sanitaire.

« Dans l'enceinte de l'établissement de santé, on distingue les organes de décision et les organes consultatifs. Le conseil d'administration, instance délibérative aux compétences importantes mais limitativement énumérées, et le directeur, dont la compétence est générale, sont assistés par un ensemble d'instances consultatives, notamment la Commission Médicale d'Etablissement (CME), qui assure la représentation des médecins, et le comité technique d'établissement, qui réunit les représentants des organisations syndicales » (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/> 13 décembre 2006). Bien entendu, ces organes (et en particulier les organes de décision) sont responsables de la mise en place effective des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales.

Outre les organismes responsables des décisions concernant la politique générale des établissements de soins, il existe des entités spécifiquement dédiées à la lutte contre les maladies nosocomiales (Ministère de la santé et des solidarités, 1999, <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco2-4.html> 15 décembre 2006) qui sont les suivantes :

les CLIN (Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales) : tous les établissements de soins participant à l'exercice du service public doivent mettre en place un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (décret n° 88-657 du 6 mai 1988). C'est l'ancienne forme du CLI créé en 1973 dont le nom a changé depuis 1992 en CLIN (source : http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Classement_Infections_Nosocomiales.pdf accédé le 15 décembre 2006).

Ils sont constitués au minimum par des médecins, pharmaciens, un ou plusieurs dirigeants de l'hôpital et des infirmières, et ont un caractère volontairement multidisciplinaire. Le CLIN est chargé d'organiser et coordonner une surveillance continue, de promouvoir les actions de formation de dresser un rapport d'activité et un programme d'actions de prévention et de fournir les données de la surveillance.

Les CCLIN (Centres interrégionaux de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales), chargés comme leur nom l'indique de la coordination des objectifs et moyens pour lutter contre les infections nosocomiales. Ils sont au nombre de cinq : Paris-Nord, Sud-est, Sud-ouest, Est et Ouest. (Arrêté du 3 août 1992).

Le CTIN (Comité Technique de lutte contre les Infections Nosocomiales), chargé de mener l'action au niveau national (arrêté du 3 août 1992). Les missions du CTIN sont la définition du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, la promotion d'un système de surveillance (en relation avec les CCLIN et le Réseau National de Santé Publique), la formulation de recommandations techniques pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales et la coordination des activités et l'évaluation des actions menées par les CCLIN. Dans le cadre de ces missions, le CTIN a élaboré en 1994 le plan national de lutte contre les infections nosocomiales dont la mise en place se termine en 1999.

La cellule infections nosocomiales du secrétariat d'Etat à la santé est « chargée de coordonner le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales et de participer, en collaboration avec les CCLIN et le CTIN, à l'élaboration de recommandations et textes relatifs à la prévention des infections nosocomiales, analyse des rapports d'activité des CLIN et CCLIN ».

Pour être exhaustif, certains bureaux de la Direction Générale de la Santé sont spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales - chacun d'eux traite un aspect spécifique de la question. D'autres instances existent et ont quelques prérogatives en matières de lutte contre les infections nosocomiales, mais n'y étant pas spécifiquement dédiés et leur influence étant moindre, nous ne les présentons pas.

De nombreux contacts entre individus favorisent la transmission d'information et d'expérience, par exemple en Ile de France : « le réseau des praticiens en hygiène a été créé en 1998 avec pour objectif de mettre en relation les différents membres, leur permettre d'échanger leurs expériences et d'aborder des points d'actualité. A ce jour, il comporte environ 120 praticiens, médecins ou pharmaciens, chargés de l'hygiène dans leur établissement ou dans les institutions (Ministère de la santé, siège de l'AP-HP, CCLIN Paris-Nord). » (<http://www.cclinparisnord.org/PratHyg.htm>, 21 février 2007). Ce transfert d'information, ces échanges sociaux, même réduits, sont représentatifs de l'importance des contacts entre membres d'établissements de soins dans un environnement géographique proche (dans cet exemple, en Ile-de-France).

2.2.2 Législation et historique récents de la lutte contre les maladies nosocomiales

Nous nous focalisons dans cette partie sur la législation et la réglementation concernant la problématique de la lutte contre les infections nosocomiales durant la période considérée. L'obligation concerne majoritairement la constitution de divers comités ou équipes médicales et paramédicales qui auront alors pour charge de déterminer quelles sont les pratiques à intégrer dans l'établissement de soins. Les pratiques en elles-mêmes ne sont que peu

réglementées et la charge de définir les pratiques à instituer dans l'organisation revient aux comités ou équipes précités.

Législation et réglementation contre les infections nosocomiales en France

Les politiques visant à réduire les infections nosocomiales (appelées aussi « infections hospitalières ») remontent à des décennies : « dès 1967, le professeur Vilain évoque la nécessité de structures de surveillance et de réflexion des infections hospitalières ». Les activités concernées sont le lavage des mains, les protections vestimentaires, les essuie-mains, les serpillières et les circuits de linge sale (Marsaudon, 1998). Le 18 octobre 1973, le ministre de la santé incite à créer des comités de lutte contre les infections (CLI). Mais en 1984, 47% des établissements ont un CLI et parmi ceux-ci seuls 45% produisent un rapport d'activité. D'après l'auteur de *que sais-je ?* sur les infections nosocomiales, ces politiques s'avèrent inefficaces et sont bien souvent considérés comme un rouage administratif supplémentaire dans l'hôpital (Marsaudon, 1998).

Le décret n°88-657 du 6 mai 1988 rend obligatoire la constitution de CLIN (le nouveau nom du CLI), mais seulement dans les hôpitaux publics et les établissements privés participants au service public hospitalier. Le CLIN est donc une entité spécifique à l'organisation et c'est elle qui gère la lutte contre les infections nosocomiales dans l'hôpital ou l'établissement de soins. Pour autant, les établissements privés ne sont pas tenus de s'en doter. (<http://www.caducee.net/Droit-Sante/DroitSante/infection-nocosomiale.asp> accédé le 1er février 2009)

En 1992, « Le Comité Technique National des Infections Nosocomiales est créé après la parution d'un livre blanc sur les infections nosocomiales insistant sur le fait que 5 à 10% des

patients acquièrent une infection au cours de leur séjour hospitalier, infection bénigne le plus souvent, comme l'infection urinaire basse mais parfois, infection à l'origine d'une septicémie, voire d'un décès dans une proportion estimée de 5%. Ce comité est un organisme de santé public placé auprès du ministre de l'emploi et de la solidarité et du secrétaire d'état à la santé » (Le Faou, 2000). Ce comité est chargé de faire une veille des différents progrès dans la lutte contre les infections nosocomiales, que ce soit en amont (la recherche, les expérimentations) ou en aval (application et conséquences dans l'hôpital).

« En novembre 1994 un plan de lutte à cinq ans a été initié par le ministre chargé de la santé. Ce plan définit la politique de prévention et de surveillance des infections pour l'ensemble des établissements de soins. Il a pour objectifs la réduction des infections nosocomiales et la réduction du nombre des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Le plan a été mis en œuvre dès 1995, par le Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN), les centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) et la cellule infections nosocomiales du secrétariat d'Etat à la santé. Il comprend quatre axes de travail :

- l'élaboration et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène,
- l'amélioration de la formation en hygiène hospitalière,
- le renforcement du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales,
- la mise en place d'actions de surveillance »

source : ministère : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/>

Suite à ce plan quinquennal, la loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme oblige les établissements de santé privés à constituer un CLIN (Comité de Lutte contre les Infections

nosocomiales) et pose le principe d'un signalement des infections suspectées nosocomiales, et renforce la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

(<http://www.caducee.net/Droit-Sante/DroitSante/infection-nocosomiale.asp>)

Une accélération des mesures contre les infections nosocomiales : 1997-1999

La période d'étude 2000-2004 que nous couvrons dans notre étude statistique est particulièrement intéressante : en effet, même si la lutte contre les infections nosocomiales ont toujours été d'une importance cruciale pour le corps médical et paramédical de nombreuses dispositions spécifiques ont été menées avant notre période d'étude. « La surveillance des infections nosocomiales s'est considérablement développée depuis 1997 » d'après le discours de Bernard Kouchner, alors ministre de la santé lors du colloque du 5 mars 2002 sur les infections nosocomiales. Plus précisément, les maladies nosocomiales étaient particulièrement médiatiques dans la seconde moitié des années 90 comme le montrent les faits suivants.

En effet, « De nombreux circulaires et guides de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ont été élaborés sous l'égide du ministère chargé de la Santé. Ces documents concernent :

- l'entretien du matériel médical : circulaire relative à la désinfection des endoscopes (avril 1996) ; circulaire relative à la stérilisation (octobre 1997) ; circulaire sur les machines à laver les endoscopes (juillet 1998) et guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux (1998).
- la prévention de la transmission d'infections : prévention du risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels en milieu de soins (circulaire de décembre 1995 et circulaire n°138 du 14 mars 2001) ; surveillance et prévention des infections nosocomiales en réanimation (1995), prévention des accidents d'exposition au sang

dans les blocs opératoires (affiche diffusée à tous les services de chirurgie en 1997), guide de recommandations d'isolement septique (1998), les précautions "standard" d'hygiène (circulaire d'avril 1998) ; guide sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (1999), recommandations devant un risque de transmission par le sang et les liquides biologiques du VHB et du VHC (circulaire décembre 1999) ; guide du matériel de sécurité (1999-2000).

- le bon usage des antibiotiques à l'hôpital (en collaboration avec l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), octobre 1996).
- l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé : "100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales" (1998).

Ces guides sont diffusés à l'ensemble des établissements de santé ainsi qu'aux instituts de formation paramédicale, conseils de l'ordre et sociétés savantes. Par exemple, 39 600 exemplaires du guide sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques ont été distribués début 2000. »

(<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nosoco/7infec.htm> accédé le 15 décembre 2006)

Tout est donc fait pour faciliter la bonne mise en pratiques des habitudes à prendre pour lutter contre les infections nosocomiales. De nombreux exemples peuvent être relevés sur le site du ministère de la santé. « Un groupe de travail du CTIN a préconisé diverses mesures pour améliorer la formation initiale et continue des personnels en hygiène hospitalière. Certaines d'entre elles ont déjà été mises en œuvre :

- introduction de notions de base d'hygiène lors du stage infirmier réalisé par les étudiants en médecine (1995),

- incitation à la participation des directrices de soins infirmiers aux travaux du CLIN afin de favoriser l'harmonisation des pratiques (1995),
- formation sur les infections nosocomiales prévue dans l'enseignement de deuxième cycle des études médicales (1997),
- introduction du thème "infections nosocomiales" dans le programme du concours de l'internat (1996),
- modification du concours de praticien hospitalier permettant aux pharmaciens non biologistes d'accéder aux postes en hygiène (1999). »

Ministère délégué à la santé (dossier de presse du colloque du 5 mars 2002) L'infection nosocomiale : Prévalence 2001, incidence et signalement des infections nosocomiales <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/nosoco/10infec.htm> (accédé le 15 décembre 2006)

On voit avec ces nombreux exemples que la période d'étude que nous abordons est particulièrement pertinente au vu de l'objet de notre étude. La diffusion de l'information sur les pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales est importante et cette prise de conscience culminera en 1999 avec une évolution brusque de la responsabilité des organisations.

L'année 1999, un tournant dans la lutte contre les infections nosocomiales

Alors que les établissements de soins sont de mieux en mieux informés, le 29 juin 1999, la législation se durcit particulièrement envers les établissements de santé. Ceux-ci ne sont plus tenus à une obligation de moyens, mais de résultat. Dans les faits, le patient infecté par une maladie nosocomiale devait faire la preuve que toutes les mesures d'hygiène et d'asepsie n'avaient pas été respectées, mais 3 arrêts rendus par la cour de cassation ce 29 juin 1999 exigeaient au contraire de l'établissement de santé la preuve d'une cause extérieure pour être

exonéré de la faute. Cette évolution de la loi sera intégrée au code de la santé publique le 4 mars 2002.

Le décret 99-1034 du 6 décembre 1999 en application de la loi du premier juillet 1998 étend la constitution obligatoire du CLIN aux établissements de santé privés, ce qui n'était le cas que pour les établissements publics auparavant. De plus, chaque établissement devient individuellement responsable de la lutte contre les infections nosocomiales, chargé d'organiser en interne cette lutte contre les infections nosocomiales et prévenir la résistance bactérienne aux antibiotiques en en limitant la prescription.

Ces deux évolutions du cadre réglementaire de la lutte contre les infections nosocomiales interviennent au niveau des organisations et non plus au niveau des pratiques individuelles. Cela est particulièrement notable dans le contexte de notre étude qui a pour unité d'analyse ces établissements de soins, car la responsabilité individuelle des organisations est clairement impliquée.

De plus, le décret 99-1034 du 6 décembre 1999 place l'utilisateur en position d'acteur de la lutte contre les maladies nosocomiales et implique les usagers dans les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (Description et analyse de la place des usagers dans le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé de court séjour, direction générale de la santé (DGS), direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) Rapport n°472 du Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS)). Ce décret est remarquable dans le cadre de notre analyse car il accroît le rôle du patient dans les pressions institutionnelles pour l'adoption de pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales. Plus précisément, une personne représentant les patients (par

exemple des représentants d'associations de patients) est intégrée à la composition du CLIN. Cet élément de la loi est particulièrement important dans le cadre de cette recherche car il fait des usagers un vecteur important de la concurrence et favorise la comparaison entre établissements de manière générale, et entre établissements publics et privés plus spécifiquement. L'adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales par un établissement de santé aura donc un impact plus important sur les autres établissements, de par la transparence accrue de l'information pour les usagers.

Afin de donner les moyens pratiques de lutter efficacement contre les infections nosocomiales, durant l'année 1999, un important document est édité par le ministère de la santé et des solidarités, cherchant à reprendre et à diffuser « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales" (1999), recommandations qui ont été définies durant le plan en cinq ans lancé par le ministère en 1994 (source : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco2-3-1.html#1> accédé le 15 décembre 2006). Comme son nom l'indique, ce document est un repère et ne constitue pas d'obligations pour l'établissement. Il est même très clair au sujet de la surveillance des infections nosocomiales : « Chaque établissement de santé définit sa propre stratégie de surveillance des infections nosocomiales en tenant compte des priorités nationales ». La circulaire n° 2000-645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, précise les modalités de mise en œuvre de l'ensemble des dispositions réglementaires. C'est-à-dire la mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, des correspondants en hygiène (chargés dans chaque service d'évaluer, de surveiller, de faire circuler l'information), leurs liens avec le CLIN et régit les diverses modalités de partenariat entre établissements de santé. (<http://www.caducee.net/Droit-Sante/DroitSante/infection-nocosomiale.asp>)

Pendant la période d'étude

Durant la période d'étude, la réglementation continue d'évoluer. Nous indiquons ici les dates et le contenu de ces réglementations, afin d'être certain que rien n'oblige les organisations à adopter un recueil centralisé des infections et vigilances. Une circulaire du 30 mai 2001 (DGS/SD 5C/DHOES/E2 n°2001/243), relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé a pour objectif « d'obtenir des informations épidémiologiques permettant de :

- déterminer les priorités d'action
- mesurer les taux d'infection et leur tendance évolutive
- participer à l'évaluation des actions entreprises. »

Ainsi, certaines infections particulières doivent être signalées du fait d'une présomption d'infection nosocomiale notable (par sa dangerosité, son mode de contraction et de diffusion etc.), et les germes identifiés. L'évolution des germes et de leurs résistances aux traitements connus permet une surveillance au niveau national. Dans ce cadre, les prescriptions d'antibiotiques doivent être contrôlées dans les différents services pour éviter le risque de développement de résistances. Il n'y a toujours aucune obligation d'un recueil centralisé des infections et vigilances.

Le décret n° 2001 - 671 du 26 juillet 2001 (article R711-1-12 du Code de la Santé Publique), relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé détermine la nature des infections nosocomiales soumises à signalement et fixe les conditions pour répondre à l'obligation de signalement. Des précisions sur le dispositif mis en place par ce décret ainsi qu'un rappel des principes sur l'information des patients font l'objet d'une circulaire du 30 juillet 2001 (DHOS/E2-DGS/SD5C n°2001-383). La liste des infections

soumises au signalement évolue et la réglementation s'adapte en conséquence, mais ne concerne pas le recueil centralisé.

(<http://www.caducee.net/Droit-Sante/DroitSante/infection-nocosomiale.asp>)

En mars 2001 le Réseau national d'Alerte d'Investigations et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) est créé afin d'harmoniser sur le plan national les informations communiquées par les CCLIN (cinq dans toute la France) et coordonner les actions des CCLIN en matière d'alerte nosocomiale. Ce réseau ne concerne que les CCLIN en eux-mêmes, et donc ne concerne que des modes d'information et d'analyse au niveau national.

(http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/infect_nosoco181104/xml=http://recherche.sante.gouv.fr/searc).

Enfin, hors de notre période d'études mais dans l'esprit d'une information croissante des patients quant au risque nosocomial dans les établissements de santé, depuis le 6 février 2006, le ministère propose au public un classement des établissements de santé suivant cinq catégories, classées de A à E. Chaque établissement est noté, A évaluant comme excellente la performance de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales tandis que E représente les établissements plus en retard dans le domaine. Ainsi, les infections nosocomiales restent un problème d'actualité et sont au centre des préoccupations des médecins et des décideurs.

2.3 Les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales

Les établissements de soins sont donc depuis 1999 au centre de la lutte contre les infections nosocomiales, dotés de manière législative et réglementaire d'instances chargées de choisir les pratiques qui sont les plus adaptées compte tenu de leurs activités et responsables

collectivement de leur efficacité. Nous allons donc détailler l'impact de l'adoption de ces pratiques sur les établissements proches géographiquement et détailler précisément celle qui fera l'objet de notre étude : l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances.

2.3.1 Les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales dans l'établissement de soins

Nous allons dans cette partie déterminer qui prend la décision de l'adoption ou la non-adoption de telle ou telle pratique visant à réduire les infections nosocomiales.

Prise de décision de l'adoption des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales

Dans chaque établissement de soins, l'instance en charge de décider des moyens les plus adaptés pour répondre au risque d'infections nosocomiales est le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. C'est elle qui décide, en concertation avec les équipes opérationnelles d'hygiène, des pratiques qui doivent et peuvent être adoptées afin de lutter contre les infections nosocomiales.

Le CLIN regroupe des personnes impliquées et représentant les différents métiers de l'hôpital particulièrement concernés par ce problème, ainsi qu'une personne représentant les patients. Les réunions du CLIN impliquent donc au minimum, un pharmacien, un médecin, un biologiste (le laboratoire identifie les germes issus des infections nosocomiales), une infirmière et généralement un chirurgien dans les établissements qui font des actes chirurgicaux. La législation impose de donner un budget suffisant au CLIN pour lui permettre de mettre en œuvre efficacement les pratiques identifiées comme nécessaires.

Il n'y a pas d'obligation légale concernant les pratiques liées aux infections nosocomiales à la connaissance des chirurgiens, médecins ou infirmières rencontrés durant nos entretiens : « d'un point de vue légal, c'est essentiellement de la jurisprudence. Légalement, l'obligation est d'avoir un CLIN. Le reste va se constituer petit à petit avec la jurisprudence. » (Dr Baillet). L'information auprès des personnels de santé dans les établissements de soins passe souvent par la pose d'affiches ou la présence de fiches rappelant les points principaux de ce qui est médicalement recommandé de faire, pourtant : « toutes les pratiques d'hygiène, d'asepsie, avec les documents qui existent sur le lavage des mains (...) par exemple au bloc opératoire, là où tu te laves les mains il y a une affiche qui t'explique tout le lavage chirurgical avec les temps. D'affiche que j'ai vu là-dessus c'est la seule. Après je suppose qu'il en existe plein. En chirurgie, sur la préparation des malades, les infirmières ont des fiches sur la manière de faire cela. Il doit en exister mais moi je ne les vois pas dans ma pratique courante. » (Dr Dunet, chirurgien en chirurgie orthopédique). Les pratiques adoptées par les professionnels de santé du CLIN sont donc soumises à l'appréciation des médecins et chirurgiens officiant dans l'établissement de soins.

L'adoption de pratiques dans l'établissement de soins et impact sur les autres établissements de soins

Nous avons vu que le médecin gardait dans le registre médical une importante prépondérance sur les décisions prises dans l'établissement de soins, ainsi que dans les pratiques adoptées. Or celui-ci apprend énormément sur le terrain, en contact avec d'autres professionnels qui peuvent eux-mêmes officier dans des établissements proches. « Il y a beaucoup d'établissements autour, notamment des établissements privés, qui bénéficient de notre infrastructure de CLIN ». « Notre présidente du CLIN consacre un certain temps à des visites

dans ces établissements et leur fait bénéficier de notre infrastructure notamment de laboratoires pour ce qui est des enquêtes etc. » (Dr Baillet).

Les médecins sont très susceptibles de travailler dans d'autres établissements et ainsi de faire adopter des pratiques qu'ils ont vues ou expérimentées ailleurs. « Je sais que dans le service il y a pas mal de praticiens hospitaliers qui bossent dans des hôpitaux de périphérie ou dans des cliniques du coin et qui font des vacations à l'hôpital et qui font des journées opératoires de temps en temps, ça peut être une fois par semaine ou une fois par an. C'est des postes d'attachés en fait : ils bossent sur des hôpitaux périphériques ou des cliniques et de temps en temps ils viennent opérer au CHU. » (Dr Dunet). Or justement les pratiques expérimentées sur le terrain constituent un des moteurs de l'adoption de nouvelles pratiques dans l'établissement de soins et donc la proximité géographique favorise l'impact de l'adoption d'une pratique par une organisation sur les autres organisations (par imitation ou apprentissage social).

De même les infirmières sont elles aussi enclines à travailler dans plusieurs établissements à la fois : « Maintenant, je sais qu'il y a une loi récente qui est passée : je peux travailler à 50% sur l'hôpital où je suis actuellement et à 50% dans une clinique privée ou infirmière libérale, je sais que cela est possible. J'ai déjà eu le cas d'un collègue qui travaillait à 50% au bloc opératoire et à 50% en tant qu'infirmier libéral, cela est tout à fait possible. » (Mme Brulé).

Inertie organisationnelle d'ordre économique à l'adoption de pratiques qui visent à réduire les infections nosocomiales

La fin des trente glorieuses, marquée par les crises pétrolières des années 1970, provoque dans les pays occidentaux une volonté de réduire de manière importante les coûts hospitaliers et de la santé de manière plus générale. Cela va mener à l'un des bouleversements les plus

importants du système de santé français : l'instauration de la dotation globale en 1983. En effet, avant cette date, les hôpitaux étaient financés *a posteriori* en fonction des prestations qui ont été faites chaque jour. La dotation globale a pour objectif de responsabiliser les établissements en leur attribuant un budget *a priori*, avant la dispense de soins (Carribaru et Ménoret, 2004). De plus, « la loi du 31 décembre 1970 crée la notion de service public hospitalier (SPH) : égalité d'accès, égalité de traitement, continuité du service » (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/> 13 décembre 2006). « Dans le domaine de l'hospitalisation privée (...) l'objectif est de provoquer une remise en ordre tarifaire en ajustant le niveau des prix de journée en fonction des catégories de classement. Avec l'introduction, au début des années quatre-vingt-dix, de l'objectif quantifié national (OQN), les cliniques se voient fixer un objectif annuel en taux d'évolution, les écarts constatés faisant l'objet d'une régularisation sur le taux d'évolution de l'année suivante ». (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/instruments/regulation-depenses-hospitalieres/> 13 décembre 2006). Cette pression toujours accrue sur les dépenses de santé dans l'ensemble des établissements de soins réduit le temps, l'énergie et les fonds consacrés notamment à la lutte contre les infections nosocomiales.

Cette pression financière s'accroît même dans les années 1990. « L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée jette les bases d'un nouveau système de contraintes. Elle instaure une régulation par les coûts fondée sur les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). » (Ministère de la santé, 2005, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/> 13 décembre 2006).

Toutes ces restrictions budgétaires influent donc sur les ressources humaines dont disposent les organisations de santé et affectent donc leur capacité à adopter les pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales. Elles imposent une formation des personnels, parfois l'utilisation de matériel électronique ou informatique, du temps pour uniformiser la récolte et l'analyse de l'information, l'utilisation intensive de produits consommables de plus en plus coûteux (en particulier tout devient jetable et n'est plus lavé). Chaque établissement de santé doit donc faire des choix en ce qui concerne les éléments qui lui semblent les plus importants pour poursuivre leur objectif sans menacer leur financement, leur rentabilité ou même leur existence.

Inertie vis-à-vis de l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales

L'adoption de pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales peut être à la fois coûteuse mais aussi compliquée à organiser dans l'établissement de soins, comme le montre cet extrait d'entretien, avec le docteur Baillet : « j'(...)ai ressenti (une inertie à l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales) par exemple pour la demande de matériel pour l'isolement. On en a besoin pour l'isolement, notamment des matériels à usage unique. C'est logique de ne pas les réutiliser, donc par conséquent cela a un coût. Alors qu'il y avait une vieille pratique, de s'isoler par un vêtement ; vous mettez une casaque, vous devez l'enlever après et en fait il y avait une pratique qui consistait à mettre la casaque par sa face extérieure sur le porte-manteau, considérant que l'intérieur reste propre... Et là il y a quelqu'un qui remet une casaque par dessus. J'ai personnellement eu des mouvements de répulsion... Il faut utiliser des usages uniques et ça a été difficile à obtenir car cela a un coût. Je reviens à ce que je vous disais tout à l'heure pour la cellule de crise aux clostridium, la directrice était là et elle a parfaitement compris la nécessité de développer un certain nombre de moyens dont justement les casaques à usage unique. Bon après le problème c'est de savoir

où stocker les caisses de ces casques à usage unique. Ca m'a fait sourire car on n'avait jamais eu ce problème.»

Cela souligne bien les problèmes que pose l'adoption de certaines pratiques visant à réduire les infections nosocomiales. Il y a un impact financier mais aussi une réticence vis-à-vis de la mise en place de ces pratiques, parfois de la part du personnel, en particulier des médecins eux-mêmes : « les infirmières sont très sensibilisées du fait de leur formation à l'IFSI (NDLA : l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers). Pour les médecins c'est une autre paire de manches car il n'y a pas eu l'estampille de l'université et donc cela peut passer pour une lubie. La grande réflexion c'est, « mais enfin, je n'ai jamais eu de problèmes », c'est le genre de choses quotidiennes que l'on entend. Donc oui, il peut y avoir des résistances à appliquer des règles de base comme par exemple comment mettre une tunique de bloc dans le vestiaire : on arrive de l'extérieur il faut se mettre en sous-vêtements, se laver les mains et à ce moment-là seulement mettre les vêtements de bloc. C'est très difficile à faire comprendre. » (Dr Baillet) Cela souligne donc les résistances organisationnelles à l'adoption de nouvelles pratiques, même si celles-ci sont tout à fait désirables et légitimes.

2.3.2 Le recueil centralisé des infections et vigilances

La pratique retenue pour être étudiée dans cette recherche est l'existence au sein de l'établissement de soins d'un recueil centralisé des infections et vigilances. Nous allons définir ce que ce recueil est, les modalités d'application de cette pratique dans le cadre de l'organisation et présenter quelques données chiffrées pour en montrer l'évolution en France entre 2000 et 2004.

Définition officielle du recueil centralisé des infections et vigilances

La pratique retenue dans le cadre de cette recherche est l'adoption d'un recueil centralisé des infections nosocomiales et vigilances. Elle est définie très précisément dans l'aide au remplissage du questionnaire rempli par les établissements de soins.

Recueil centralisé des infections nosocomiales et des vigilances (A26)

L'instauration d'une démarche globale de réduction de la iatrogénie suppose une organisation transversale de gestion des risques, notamment au travers de la coordination des structures et des systèmes de surveillance. Lorsqu'une personne (ou une équipe) de l'établissement centralise les informations sur les infections nosocomiales (quel que soit leur type) et les autres vigilances (hémovigilance, pharmaco-vigilance, matériovigilance), l'établissement répondra OUI.

Source : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé, 2004, Aide au remplissage

Cette définition est celle qui est donnée aux personnes chargées de remplir le questionnaire émis pour l'enquête de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé. Elle fait donc office de référence dans le cadre de notre étude, mais la sous-section suivante en présentera plus précisément l'application pratique.

Le recueil centralisé des infections et vigilances : description, adoption et application par le personnel médical

Le recueil centralisé des infections nosocomiales et vigilances n'impose pas l'utilisation d'un système informatique. De plus, ce recueil n'est pas obligatoire, quel que soit l'établissement de soins, sur l'ensemble de notre période d'études. De même, les données que ce recueil contient sont à la discrétion du personnel médical en charge de les mettre en place ; les

informations recueillies doivent être cohérentes avec les spécificités de l'établissement considéré. Elles peuvent être constituées, sans y être limitées, par :

- Une ou plusieurs enquêtes de prévalence (c'est-à-dire des données « en coupe » à un moment donné)
- Des mesures d'incidence (c'est-à-dire données longitudinales, dans le temps).
- Surveillance des bactéries multirésistantes (certaines bactéries sont connues pour être naturellement résistantes à de multiples traitements existants)
- Surveillance et suivi du bon usage des antibiotiques (une dispense excessive d'antibiotiques favorise l'apparition de bactéries multirésistantes)
- Consommation d'antibiotiques à spectre large (ces antibiotiques favorisent particulièrement l'apparition d'autres bactéries multirésistantes)
- Quantité utilisée de produits destinés au lavage et/ou la désinfection des mains et des instruments
- Occurrence d'événements pouvant être mis en relation avec le risque nosocomial, suivant leur lieu d'apparition, service, médecin, chambre, étage, bâtiment etc.
- Les informations liées aux médicaments (inventaires, traçabilité, recensement des incidents)
- Les informations liées à la sécurité transfusionnelle (méthodes d'identification et d'attribution, recensement des incidents, traçabilité).
- Formation et information des personnels de santé
- Quantité utilisée de désinfectants et de savons, suivant leur utilité, dans les diverses spécialités
- Surveillance particulière de certaines infections nosocomiales :
 - ⇒ Ayant entraîné un décès
 - ⇒ Suspectées d'être véhiculées par l'air ou l'eau

- ⇒ Rares dans la région concernée
- ⇒ Reconnues résistantes aux antibiotiques
- ⇒ Résultant d'un acte invasif par du matériel pouvant infecter d'autres patients

Ces mêmes données, ventilées par service, par étage, par médecin, par bâtiment, par catégorie de patient (âge, gravité, type de pathologie) etc. Ces éléments sont issus des documents édités par l'ANAES (Agence Nationale et d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et peuvent s'inscrire dans une politique générale de GDR (gestion des risques) qui consiste à évaluer les divers risques organisationnels d'un point de vue général et particulièrement en vogue en 2000 (par exemple : l'Art de la gestion des risques, dossier des Echos en douze parties, 2000). Le recueil peut être centralisé sur un système informatique, notamment parce que les systèmes informatiques facilitent les « traitements par lots » (donc par étage, service, bâtiment etc.), mais ceci reste à la discrétion des décideurs, et en général dépend plus précisément du CLIN.

L'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances est décidée par le CLIN ainsi que les moyens dont dispose l'organisation pour recueillir, centraliser et analyser les informations : documents, remplissage, informatisé ou non etc. Le CLIN est souvent dirigé par un bactériologiste car c'est souvent le laboratoire de bactériologie qui déclenche l'alerte par la découverte ou la répétition de certains types d'infections ou de bactéries par exemple, assisté d'un ou plusieurs chirurgiens le cas échéant, éventuellement vice-président. Le président du CLIN est à défaut un chirurgien en général. Le CLIN est aussi constitué de médecins, chirurgiens, infirmières, sages-femmes, biologistes, représentants des patients et de professionnels paramédicaux et sont donc parfaitement habilités à prendre une décision d'ordre médical.

Fréquence d'adoption de la pratique et évolution au cours de la période d'étude.

Il est courant dans la littérature de voir l'adoption progressive d'une pratique qui se diffuse dans un champ comme décrivant une courbe en S au cours du temps, constamment croissante, dont la croissance s'accélère après son introduction, pour culminer et décroître asymptotiquement. L'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances est au cœur de la courbe de progression de l'adoption de la pratique.

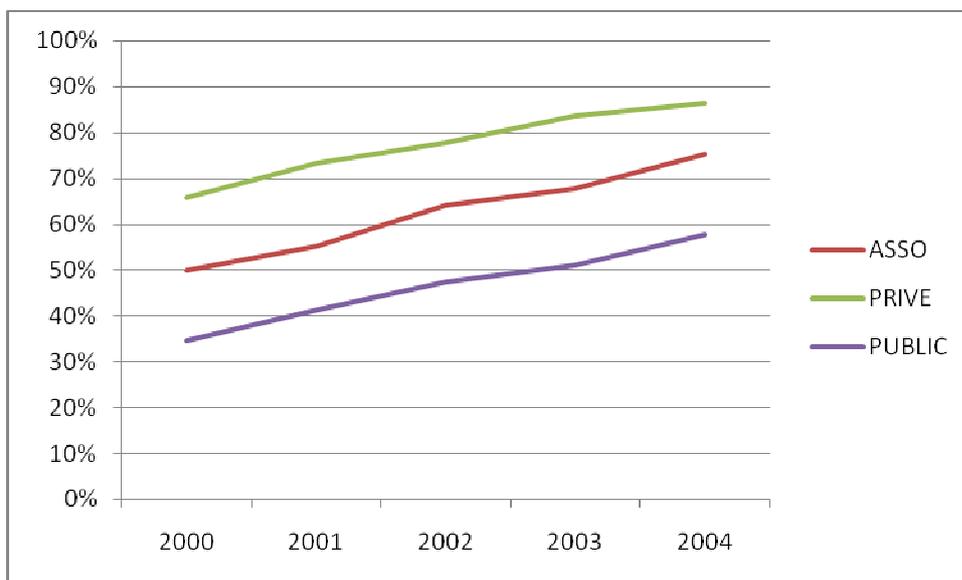


Figure 8 : évolution de l'adoption de la pratique par type d'organisations

L'adoption progressive de la pratique est tout à fait significative (une progression de plus de 20% en moyenne), avec une vitesse de propagation très comparable entre les statuts publics, privés et associatifs. Cela signifie que la période d'étude est suffisamment longue pour avoir une variabilité satisfaisante dans le cadre d'une analyse statistique longitudinale.

2.3.3 Lutte contre les infections nosocomiales : l'institution et les pratiques

Dans cette sous-partie, l'objectif est de faire la jonction entre la théorie et le terrain : nous définissons quelle est l'institution en question, comment celle-ci est à la fois portée et

influencée par la pratique choisie, et la manière dont l'adoption de pratiques influence les organisations.

L'institution hygiéniste

L'importance de la propreté, de l'hygiène dans la dispense de soins est loin d'être une institution nouvelle. Elle remonte à Pasteur qui fait partie des précurseurs à vouloir dépasser l'antisepsie (lutte contre les germes) par l'asepsie (ne pas introduire de germes dans le corps des patients grâce à l'hygiène) (Debré, 1994). L'institution hygiéniste est même complètement intégrée aujourd'hui, que ce soit par le corps médical ou les patients ; en tant que patient, on se sentirait particulièrement gêné d'acheter des médicaments dans une pharmacie sale, ou de passer des examens dans un établissement visiblement insalubre.

L'institution hygiéniste se traduit par un ensemble de règles, de normes et de croyances qui évoluent et qui modifient sur la durée la nature même de l'institution. Ainsi, l'utilisation des médicaments antibiotiques permettait de lutter efficacement contre les infections nosocomiales, mais le risque croissant de sélection génétique pouvant aboutir à des germes résistants a tout d'abord contraint à l'utilisation d'antibiotiques à spectre moins large (c'est-à-dire plus spécifiquement destinés à lutter contre le germe identifié), puis une réduction de cette utilisation d'antibiotiques. Cette évolution et ce problème concernent d'ailleurs particulièrement la France dont la consommation d'antibiotiques est parmi les plus importantes selon un rapport de l'INVS et du RAISIN (Lemanissier, Aubry-Damon, Lepoutre, Coignard, 2001).

Cette logique institutionnelle hygiéniste est instillée très tôt dans la formation du corps médical. Par exemple, si les médecins apprennent le fonctionnement des pratiques en milieu

hospitalier et non pendant leurs études, ce sont pendant leurs études qu'ils seront sensibilisés à ces questions. Ce verbatim est très révélateur : « par exemple, nous ce qu'on fait, parce qu'on s'occupe de l'enseignement des étudiants en médecine, en D1, donc en troisième année de médecine, donc on leur fait faire un truc tout simple, c'est qu'on leur montre, ils se lavent les mains et puis on leur fait appliquer les mains sur des boîtes de Pétri pour qu'ils voient que leur main, même nettoyée, comporte des bactéries. (...) C'est un geste qui marque toute la vie » (Bactériologiste à l'hôpital Thonon). Un médecin¹⁹ nous indique avoir beaucoup appris de la pratique médicale lorsqu'elle était interne, en particulier en réanimation. Elle ne cache pas avoir peu de visibilité sur le fonctionnement de la lutte contre les infections nosocomiales et confie que « les maladies nosocomiales embêtent un peu tout le corps médical », une vision partagée par le Dr R. L'objectif durant les études n'est donc pas forcément d'apprendre les techniques sur le terrain mais plutôt d'intégrer une certaine logique, une manière de penser et d'agir. Il s'ensuit alors une manière de faire tellement intégrée, que même les injections létales (dans les pays qui pratiquent l'euthanasie ou dans le cadre de la médecine vétérinaire) impliquent l'utilisation de matériel stérile ; le respect de l'institution devient donc rituelle au sens de Meyer et Rowan, l'institution et la norme s'imposant dans ce cas à la rationalité.

L'intégration de la logique hygiéniste se fait pendant les études mais aussi parfois par le biais de la pratique médicale, ou d'un intérêt plus prononcé : « c'était à l'époque, en 1985, période où je commençais à me former dans ce domaine là et à cette époque il y avait peu de formations, maintenant il y en a beaucoup, de tous les côtés, de toutes sortes. Petit à petit on acquiert des réflexes, une conscience qui nous quitte pas tellement et qui fait que l'on est plus heurté par la légèreté d'une part du corps soignant » (Dr Baillet). Toutefois, cet intérêt particulier pour les infections nosocomiales ne semble pas être très répandu dans le corps

¹⁹ Nous avons pris l'initiative de ne pas indiquer le nom des répondants sur certains verbatims

médical, mais plutôt considéré comme une « contrainte » ou comme faisant tout simplement partie du métier.

La pratique, porteuse de l'institution

Les travaux sociologiques sur l'évolution des institutions tels que les travaux de Zilber (2002) ou Seo et Creed (2002) insistent sur l'importance de la pratique comme vecteur de l'institution, par leur interprétation, leur rationalisation et leur intégration. La mise en contact avec les pratiques se fait notamment au travers de contacts dans le cadre de l'exercice de la médecine comme l'illustre cet extrait d'entretien : « Quand est ce que j'ai appris (à lutter contre les infections nosocomiales) ? J'ai appris pendant mes études, oui, non par ce qu'il y en a qui sont un peu nouvelles. Les entérocoques Vanco R, c'est un peu nouveau, il n'y avait pas ça quand j'ai fait mes études, ça n'existait pas en France en tous cas, non c'est surtout sur le terrain qu'on apprend après. On apprend un certain nombre de choses pendant les études mais on apprend beaucoup de choses en milieu hospitalier parce que l'épidémiologie évolue beaucoup quand même. » (entretien avec une bactériologiste de l'hôpital Thonon). Au niveau des individus, la sensibilité à l'adoption d'une pratique est donc très nette, fonction de l'exposition d'un individu à l'adoption par d'autres individus.

A la fin des études de médecine, durant le clinicat, il est possible de consacrer une partie de son temps pour aller travailler dans le privé (mais pas dans un autre établissement). « Aller voir comment on travaille ailleurs permet aussi un petit peu de parfaire son expérience personnelle » (docteur Noirot). Le docteur Noirot précise que l'appartenance à des réseaux de soins permet d'apprendre d'autres médecins, leurs pratiques, et sont des vecteurs privilégiés d'informations. Ces réseaux de soins sont en général transversaux dans et entre les hôpitaux.

La transposition de cette influence du niveau intra-organisationnel au niveau inter-organisationnel, c'est-à-dire le niveau ontologique de notre recherche, est évaluée dans notre étude statistique. Toutefois, les répondants eux-mêmes affirment que cette influence dépasse le cadre de leur propre établissement : « Au sein de l'hôpital, il y a beaucoup de staffs organisés et l'on échange un petit peu nos expériences d'un hôpital à l'autre. Il y a des hôpitaux qui ont connu des épidémies plus importantes que nous, qui racontent un peu, qui témoignent de la prise en charge de ces épidémies et qui pourraient nous servir un jour, potentiellement. Je trouve qu'on apprend beaucoup plus par nos collègues qui sont déjà passés par là. » (entretien avec une bactériologiste de l'hôpital Thonon). Les pratiques adoptées par un établissement de soins peuvent donc être transmises entre établissements de soins, mais cette citation indique bien que cela va au-delà de cette simple transmission de pratiques, il s'agit bien d'échanger des expériences, quelque chose de plus profond.

Influence et sensibilité des établissements de soins vis-à-vis de l'institution et de la pratique

Les pratiques se diffusent en partie de manière locale, par exemple, par le biais des patients : « on a des bactéries multirésistantes dans notre unité de néonatalité. Ce sont des bactéries uniquement en portage, elles n'ont jamais été responsables d'infections, on se contente de surveiller, on sait qu'elles sont là, sur les bébés. On a réalisé que c'était très courant dans beaucoup de néonat', très banal, on ne sait pas pourquoi, d'où ça vient. On a remarqué nous qu'on avait entre guillemets « un fournisseur » de ces bébés qui apportent... C'est une clinique du coin. Donc on a été amenés à contacter le biologiste de cette clinique. » (entretien avec une bactériologiste de l'hôpital Thonon). Les pratiques se diffusent par proximité géographique mais aussi par le biais des réseaux sociaux de médecins, (« par copinage », « en fonction des affinités que l'on a » comme l'indique la bactériologiste).

Les établissements proches ont bien sûr le même bassin de patients, proximité qui favorise aussi le partage de matériel, mais cette proximité influence aussi l'influence des médecins entre eux, en habitant près de l'établissement et en travaillant dans plusieurs établissements proches successivement mais aussi simultanément, ce qui est assez courant dans le milieu médical. « Je sais qu'il y a des médecins, des chirurgiens qui travaillent en centre hospitalier et qui va également avoir des consultations et d'autres plages opératoires sur d'autres centres hospitaliers. » (Mme Brulé)

Au sujet du lavage des mains avec les solutions hydro-alcooliques pendant deux minutes « on entend clairement des médecins dire que ça sert à rien, il y a des gens qui rechignent, bien sûr ». Il existe des tensions intra-organisationnelles qui peuvent s'opposer à l'adoption. Cela concerne par exemple la purge des conduits d'eau, (ouverture de tous les robinets et arrivées d'eau pour renouveler l'eau stagnant dans les tuyaux) ou le détartrage des robinets. Ces activités sont parfois dévolues aux infirmières pour des raisons de manque de temps ou de personnel qualifié, et elles sont donc assez réticentes à faire ce qui leur semble s'éloigner de l'image qu'elles ont de leur fonction (entretien avec une bactériologiste de l'hôpital Thonon). Toutefois madame Brulé indique que « s'il y a bien un point sur lequel les hôpitaux ne rognent pas, c'est bien l'hygiène ». Elle estime pourtant que si tous les protocoles étaient rigoureusement respectés, elle ne pourrait faire que 5 ou 6 soins en une demi-journée, alors qu'elle estime pouvoir en faire entre vingt et trente.

Les pratiques et l'institution dans les hôpitaux publics et dans les cliniques privées

Les quelques entretiens réalisés font part d'une certaine différence perçue de l'institution entre établissements publics et privés. Mme Brulé indiquait ne pas vouloir travailler dans un

établissement privé car elle estimait que le soin apporté au patient y est moindre, en faisant référence à une clinique qui n'utilisait pas d' « usages uniques » sur les redons « utilisés pour aspirer les sérosités qui sont sécrétées au niveau du site opératoire », tout en admettant que ceci avait changé depuis au moins 6 ans.

Nous avons vu que la notion de compétition entre organisations publiques et privées est ambiguë dans l'esprit des professionnels de santé. Le Dr R. indique par exemple que sa clinique n'est « pas en compétition avec les hôpitaux publics » mais que les liens privilégiés que sa clinique entretient avec les hôpitaux concernent des attributions de patients « dont le coût est quatre fois moindre » pour l'assurance maladie que le même séjour en hôpital public. Or, le fait de partager les mêmes usagers peut inciter l'organisation à adopter, et les organisations proches à adopter à leur tour ; cet exemple est révélateur de l'influence qui peut s'exercer entre les établissements de soins publics et privés.

En matière de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales, les établissements privés contactent plus fréquemment les établissements publics que l'inverse. « On travaille plutôt avec les hôpitaux semi-privés » indique le Docteur Noirot. Les établissements privés « sont demandeurs, pas vraiment l'inverse. C'est dommage d'ailleurs, mais bon c'est comme ça. » (entretien avec une bactériologiste de l'hôpital Thonon). Toutefois l'inverse est parfois possible, notamment par le biais de partenariats formels en ce qui concerne l'utilisation de certains matériels à visée diagnostique : « par exemple, tous les hôpitaux ne sont pas équipés d'IRM ou par exemple en digestif, les patients, on a souvent des patients qui vont dans les cliniques privées sur Paris actuellement pour faire ce que l'on appelle une éco-endoscopie. Elles n'étaient pas faites dans l'hôpital dans lequel j'étais avant et elles ne sont pas faites

effectivement dans l'hôpital où je suis. Les hôpitaux fonctionnent énormément en partenariat (...) là c'est avec les cliniques privées.» (Mme Brulé).

2.4 Synthèse de la présentation du secteur

Les infections nosocomiales sont des maladies contractées dans le cadre des établissements de soins. Nous étudions l'adoption d'une pratique qui vise à en réduire et en évaluer le risque, un recueil centralisé des infections et vigilances. Cette pratique incarne en partie les valeurs, les normes et les croyances de l'institution hygiéniste, institution ancienne dont les fondements remontent aux origines de la médecine moderne. Les médecins et les professionnels de la santé intègrent et rationalisent cette institution par le biais de l'apprentissage, de la pratique d'actes médicaux ou d'actes de soins et par les contacts avec d'autres professionnels.

Si l'institution hygiéniste n'est pas récente, son influence a beaucoup varié historiquement, et fait encore aujourd'hui l'objet d'un équilibre entre l'amélioration de l'asepsie et la maîtrise de la lutte contre les germes. La seconde moitié des années 90 est marquée par une attention accrue accordée à la lutte contre les infections nosocomiales, par une importante information et sensibilisation des individus, et notamment par la création d'un organe interne majeur dans l'établissement de soins concernant ces problématiques : le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Cette importance croissante de la lutte contre les infections nosocomiales culmine en 1999, lorsque les organisations ont une obligation de résultat et non de moyens en la matière. Afin que chaque organisation puisse gérer et assumer cette responsabilité, la constitution du CLIN est obligatoire quel que soit le statut de l'établissement de soins, et la loi impose que ce comité puisse disposer des moyens et des prérogatives inhérents à l'exercice de sa fonction. Il

apparaît dans les entretiens que le CLIN représente pour les professionnels de santé l'organe incontournable de la lutte contre les infections nosocomiales dans leur établissement. Le CLIN doit en outre inclure la participation d'un représentant des patients, un élément qui a son importance dans le cadre de l'évaluation des pressions isomorphiques locales.

Les réseaux de soins favorisent les contacts entre professionnels. Les médecins se réfèrent souvent aux établissements publics pour obtenir de l'information sur certaines infections ou sur certaines pratiques ou conduites à tenir. En revanche, l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales peut être freinée ou bloquée dans l'organisation, soit pour des raisons économiques, mais aussi potentiellement pour des raisons logistiques ou des réticences de la part du personnel.

Les groupes sociaux que constituent les établissements publics et privés ont des identités très fortes. L'histoire, la législation et les entretiens que nous avons menés sur le terrain le confirment. Leurs activités et leurs objectifs diffèrent, mais pour autant, les moyens de lutter les infections nosocomiales sont similaires, et en la matière, les deux sphères ne sont pas hermétiques.

3 Littérature spécifique sur les établissements de santé et hypothèses

Nous cherchons à montrer que la prise en compte de l'influence et de la sensibilité organisationnelle améliore la répartition et l'évolution de l'adoption d'un recueil centralisé des infections nosocomiales dans les établissements de soins. Il existe de nombreuses recherches sur le secteur des établissements de santé et nous présentons donc la littérature spécifique traitant de ce secteur. Par la suite, nous expliquons la distinction entre établissements de soins publics et privés et l'intérêt de cette distinction dans notre démonstration, qui nous permet de distinguer l'influence et la sensibilité des organisations et nous amène à présenter les hypothèses qui seront testées.

3.1 Théories institutionnelles et sociologiques dans le domaine de la santé et distinction entre organisations publiques et organisations privées

On compte de nombreuses recherches traitant des théories institutionnelles dans le domaine de la santé. Nous allons les présenter et nous focaliser sur ce qui concerne plus particulièrement le lien entre institutions et l'adoption de certaines pratiques dans le secteur.

3.1.1 La sociologie des établissements de soins et de l'adoption de pratiques médicales

Dans cette sous-partie, nous définissons le niveau d'analyse choisi, puis présentons les recherches sociologiques qui traitent de l'adoption de pratiques et du processus décisionnel dans les établissements de soins.

Niveau ontologique de l'analyse dans le secteur des établissements de soins

Il existe exclusivement trois types de niveaux ontologiques pour lesquels on peut étudier les processus institutionnels qui s'opèrent (Ruef et Scott, 1998) :

- ⇒ Au niveau de toute la population d'organisations
- ⇒ Au niveau de l'organisation elle-même
- ⇒ Au niveau de sous-ensembles de l'organisation ou au niveau des individus

Le choix d'une perspective intermédiaire est généralement retenu par les chercheurs dans le domaine de la santé : souvent le cadre d'analyse est la population mais c'est l'organisation qui est retenue comme unité de travail (Ruef, 1997 ; D'Aunno, Succi et Alexander, 2000 ; Ruef et Scott, 1998) tandis que l'intra-organisationnel s'avère un niveau ontologique plus rare (Goodrick et Salancik, 1996).

Afin de choisir parmi les trois niveaux d'analyse présentés ci-dessus, il faut déterminer la manière dont les pressions institutionnelles opèrent. A cet effet, Zucker (1987) évoque deux alternatives : une où les forces institutionnelles proviennent de l'environnement et imprègnent les organisations, et une autre où ces forces sont issues de l'organisation elle-même. Dans le cas des maladies nosocomiales, nous avons souligné l'importance de l'influence exercée par les organisations les unes sur les autres : ainsi, les organisations sont à la fois objets et sources des institutions. Objets car les établissements de santé sont a priori influencés par les autres établissements de santé locaux et que la source de ces pressions est de nature exogène par rapport à l'organisation concernée. Des forces plus générales au niveau national existent mais comme elles s'appliquent de manière globale, elles sont moins à même d'expliquer l'hétérogénéité de l'adoption des pratiques dans la population. Mais les établissements de santé sont aussi sources de ces pressions institutionnelles : en choisissant d'adopter des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales, elles montrent leur adhésion à la

pression institutionnelle. Si l'influence des exemples locaux est suffisamment importante, les autres établissements de santé seront influencés et adopteront à leur tour la pratique.

Ainsi, nous considérons que les organisations constituent leur propre environnement institutionnel et que chacune a une sensibilité propre à sa nature ou sa situation dans l'environnement ; nous choisissons donc la population des établissements de santé comme terrain d'étude et l'établissement de santé comme unité d'analyse, pour nous permettre de distinguer les organisations qui sont influentes ou non, et celles qui sont sensibles ou non.

Etudes sociologiques sur l'adoption de pratiques par l'établissement de santé

L'adoption de pratiques dans l'hôpital dépend de pressions internes et environnementales et peut être appréhendée selon deux approches alternatives ou complémentaires (Provan, 1987) :

- ⇒ une vision économique rationnelle qui prône une analyse attentive et rationnelle des opportunités et menaces environnementales auxquelles l'organisation fait face provenant de sources telles que les concurrents, les fournisseurs, les clients et les régulateurs.
- ⇒ une approche plus sociale et psychologique qui est utile comme complément ou alternative à la première approche, et qui est l'objet de la théorie institutionnelle.

Provan (1987) démontre que ces deux approches peuvent être utilisées de manière complémentaire pour expliquer l'adoption de politiques visant à réduire les coûts par 303 hôpitaux américains à but non-lucratif. Notre recherche s'inscrit parfaitement dans cette logique et cette complémentarité, puisque nous expliquons l'adoption de la pratique par les mécanismes institutionnels isomorphiques, et la non-adoption par les mécanismes inertiels liés en partie aux pressions concurrentielles et au risque potentiel de mort organisationnelle.

Certaines recherches se focalisent sur l'efficacité de l'implémentation de pratiques dans l'établissement de soins. Covaleski et Dirsmith (1981) tentent par exemple de montrer l'inefficacité de l'adoption d'un management par objectifs dans l'hôpital. Plus récemment, Chadwick, Hunter et Walston (2004) examinent les facteurs sociologiques qui vont amener à la performance de l'adoption de pratiques de réduction d'effectif. Une attitude prévoyante et active sera fortement associée à une augmentation de performance. Si la question de l'efficacité des pratiques dans le domaine hospitalier est d'importance, notre recherche ne traite pas de l'efficacité des pratiques mais plutôt des raisons pour lesquelles les pratiques sont adoptées ; ainsi, nous prenons le parti d'étudier les facteurs influençant l'adoption de pratiques et non d'évaluer leur efficience.

Edmonson, Bohmer et Pisano (2001) ont aussi étudié le lien entre sociologie des groupes de décideurs et application d'une innovation dans le cadre de l'hôpital, dans le service cardiologique pour être plus précis. Ils ont réalisé une étude de cas dans seize hôpitaux américains, dans le cadre de l'adoption d'une nouvelle pratique : une opération chirurgicale moins invasive que l'opération cardiaque traditionnelle. Les auteurs présentent une séquence d'événements amenant au succès et l'adoption de la pratique ou au contraire l'échec et la non-adoption de la pratique. Elle présente quatre phases distinctes : premièrement, l'engagement des membres de l'équipe, puis la préparation par simulations, ensuite les essais, et enfin la réflexion qui amène ou non à l'adoption de la pratique. L'adoption sera conditionnée par le comportement lors de ces quatre phases des individus et plus particulièrement du leader. Le succès de l'adoption repose sur l'intérêt porté par les participants, une attitude à la fois réfléchie et proactive et une participation active. Les auteurs montrent ainsi qu'une pratique peut-être supérieure en termes d'efficacité et de coût, mais ne pas être pour autant implémentée. Ainsi, dans le cadre des pratiques médicales, le choix n'est donc pas

exclusivement réalisé sur la base de l'utilité, de l'efficacité et du coût, mais peut être aussi influencé par des facteurs cognitifs.

Les conditions d'adoption de pratiques dans les établissements de soins sont très étudiées dans la littérature : la taille de l'établissement, la décentralisation de la prise de décision dans l'organisation, la spécialisation des activités et la différenciation fonctionnelle sont des facteurs concourant à l'adoption (Moch, 1976). L'adoption de pratiques innovantes peut aussi être positivement liée à la présence d'un « slack organisationnel », c'est-à-dire une capacité productive supérieure à celle réellement mise en place dans l'activité hospitalière, et ce parce que le temps dégagé peut être consacré à l'implémentation et à l'évaluation de ces nouvelles pratiques, notamment dans le cadre de l'adoption de nouveaux traitements (Rosner, 1968). Pfeffer (1973) souligne l'importance du conseil d'administration de l'hôpital dans la mise en place d'une pratique lorsque l'organisation nécessite de bénéficier de certaines ressources et de légitimité. Il apparaît que le conseil d'administration voit son rôle plus prononcé lorsqu'il y a besoin de la contribution de la part de l'environnement, lors d'un besoin de levée de fonds par exemple, tandis que l'expertise technique de l'organisation était proportionnellement plus mise à contribution lorsqu'elle n'avait pas directement besoin du support de son environnement. Dans notre cas, l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales nécessite l'expertise technique des médecins. Goodstein, Boeker et Stephan (1996) montrent que les médecins ont tendance à internaliser les activités et à privilégier l'autonomie et à moins privilégier la contractualisation et la flexibilité. Toutefois ce biais n'a pas lieu d'être dans notre recherche, car les pratiques visant à réduire les infections nosocomiales doivent forcément être internalisées, même si elles peuvent être partagées dans une certaine mesure. Nous noterons seulement, l'importance croissante de la concentration

hospitalière pour répondre aux contraintes budgétaires imposées sur les établissements de santé publics et privés (Dr Berlinguet, 1985).

Young, Charns et Shortell (2001) insistent sur l'importance des « top managers », des dirigeants importants de l'organisation dans l'adoption ou la non-adoption de certaines pratiques. Ils utilisent pour le démontrer des caractéristiques démographiques des dirigeants pour prédire avec succès l'adoption ou pas des pratiques de TQM (« Total Quality Management », une pratique visant à mettre la qualité de service au centre de la politique d'entreprise) dans les hôpitaux de vétérans américains (« Veteran Health Administration »). Des caractéristiques telles que l'âge, la possession d'un diplôme ou la durée au poste de direction sont des variables qui s'avèrent être intéressantes dans ce cadre. Mais nous nous intéressons surtout à l'hypothèse selon laquelle un dirigeant a plus facilement tendance à implémenter la pratique dans son hôpital s'il l'a rencontrée précédemment dans un autre hôpital du même type. Cette hypothèse, qui s'avère validée, est tout à fait en concordance avec notre approche par influence locale de l'adoption de pratiques entre établissements de soins proches.

Ainsi la littérature sociologique sur les établissements de santé présente un consensus : l'adoption de pratiques dans l'organisation n'est pas uniquement déterminée par leur utilité ou par simple rationalité, malgré l'important degré d'expertise que nécessitent les décisions ayant trait aux problématiques médicales.

3.1.2 Influence et sensibilité des établissements de soins à l'adoption de pratiques dans les établissements de soins

Dans cette sous-partie, nous exposons succinctement la littérature relative aux recherches traitant des institutions et de l'adoption de pratiques dans le domaine de la santé. Nous soulignons ensuite la nature complexe des pressions institutionnelles dans ce secteur et l'importance de la proximité géographique entre les établissements de soins pour expliquer l'adoption de pratiques.

Les institutions et l'adoption de pratiques dans le domaine de la santé

Nous avons vu que les facteurs sociologiques sont importants dans la compréhension de l'adoption de pratiques dans les établissements de soins. Nous montrons en particulier dans cette sous-partie l'impact important des institutions sur cette adoption.

Les sources de pressions institutionnelles sont diverses : il peut s'agir de pressions légales ou réglementaires, provenir comme dans notre cas des institutions elles-mêmes ou des patients. Elle peut aussi provenir des fournisseurs, en particulier de matériels médicaux, comme l'ont démontré McNeil et Minihan (1977). Burns (1989) a lui montré que de nombreux hôpitaux américains avaient adopté une structure matricielle, alors que ce type de structure est peu usité dans d'autres domaines (mis à part dans l'aéronautique par exemple) : l'organisation de l'hôpital démontre une distribution du pouvoir décentralisée, ce qui a pu favoriser l'adoption d'une structure matricielle (Smith, 1965). Burns et Wholey (1993) ont étudié les effets de cette structure : elle s'est répandue dans la population d'organisations par le biais de pressions mimétiques et normatives, ces forces sont donc réelles et influentes dans le cadre des établissements de soins.

Les forces institutionnelles affectent toutes les organisations, mais à des degrés qui peuvent être divers. Dans certains cas, en particulier celui où les organisations sont financées par des acteurs qui ne sont pas les usagers finaux des services ou des produits proposés, les forces institutionnelles ont un rôle exacerbé (Galaskiewicz et Wasserman, 1989). Le cas du secteur de la santé est un très bon exemple de secteur présentant cette caractéristique, avec des soins qui sont prodigués aux patients, mais payés en partie par l'assurance maladie ou indirectement par des tiers payeurs tels que les mutuelles. De plus il existe bien des impératifs économiques et un certain niveau de compétition entre organisations, mais dont l'influence est modérée par des aspects sociaux et humains qui viennent interférer et qui ajoutent une incertitude propice à l'influence des forces institutionnelles, ce qui en fait un terrain tout à fait adapté à notre problématique.

Le secteur des établissements de soins est particulièrement sensible aux effets institutionnels et sociologiques : en effet, le marché envoie des signaux plus ou moins clairs qui permettent d'ajuster une variable objective, le prix, et ce d'autant plus aisément que le produit ou le service n'est pas trop complexe ou hétérogène ; or dans ce secteur la notion de prix n'est pas le seul facteur d'équilibre et les services sont très complexes et multiformes. Ces facteurs flous de marché sont démontrés statistiquement dans le secteur des établissements de soins par Dranove, Shanley et Simon (1992) qui développent un modèle de prédiction des répartitions entre différents services hospitaliers dans le cadre d'une concurrence locale entre les établissements de santé. Les auteurs se servent de ce modèle pour avancer que la multiplication des services spécialisés dans l'hôpital ne suit pas une logique de surcompétition mais plutôt que l'organisation tente de bénéficier de rendements d'échelle dus aux synergies entre les différentes activités. Cela contribue à renforcer l'incertitude liée à l'environnement (que ce soient les organisations ou les patients), ce qui a donc pour effet de renforcer le rôle

des pressions institutionnelles. De plus, les mécanismes mimétiques sont particulièrement favorisés par l'incertitude médicale, sujette à de nombreux aléas que les établissements de santé ne savent pas ou ne peuvent pas forcément maîtriser.

La mise en place de pratiques dans les établissements de santé soumis à des pressions institutionnelles a été étudiée dans le contexte des naissances par césarienne ou par voies naturelles dans les services obstétricaux de 319 hôpitaux californiens (Goodrick et Salancik, 1996). Dans cet article, la manière dont les pratiques en vigueur dans l'entreprise sont affectées par les pressions institutionnelles d'une part, et la poursuite d'intérêts propres de l'organisation d'autre part est conjecturée puis observée. L'hypothèse avancée est la suivante : les pressions institutionnelles ne sont pas toujours de même intensité et de même netteté. Certains comportements semblent évidents aux acteurs tandis que d'autres sont soumis à l'appréciation individuelle. C'est le cas typique des accouchements. Les auteurs affirment qu'une naissance à faible risque doit se faire par les voies naturelles tandis qu'il est plus prudent de pratiquer une césarienne dans le cas de naissances à risque élevé. Mais entre ces deux extrêmes, le choix est laissé à l'appréciation du personnel médical, qui reçoit vraisemblablement des consignes ou des incitations de la part de l'établissement. Les auteurs montrent que les pressions institutionnelles définissent la pratique lorsqu'elle est nettement perçue par les acteurs en présence, mais que la poursuite de ses propres intérêts devient prépondérante au fur et à mesure que la norme devient indécise. Dans le cas des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales, les pressions institutionnelles sont claires, mais inégalement réparties dans la population d'organisations et impactent inégalement les établissements de santé. A contrario, la recherche de Goodrick et Salancik (1996) traitait d'une pression institutionnelle est homogène sur toutes les organisations ; ce n'est que la sensibilité de l'organisation et la nature des événements qui en modifie le résultat (c'est-à-dire

l'utilisation de la césarienne ou l'accouchement par voies naturelles). Or, le postulat d'une pression institutionnelle homogène est fort, et limite la validité externe de l'étude.

S'agissant de l'adoption de pratiques dans le domaine de la santé, Van Den Bulte et Lilien (2001) affirment que l'adoption par les acteurs est une fonction de leur exposition au comportement, à l'attitude ou au savoir concernant l'innovation. Ils présentent les différents mécanismes causaux de cette influence sociale dans la littérature, largement inspirés des travaux de DiMaggio et Powell :

- ⇒ Le transfert d'information : ce transfert d'information peut se faire de la manière la plus simple qui soit, par du bouche à oreille par exemple (Katz et Lazarsfeld, 1955). Il peut aussi exister une influence des pionniers qui vont exercer une pression par leur expérience sur les autres acteurs : c'est par exemple ce que l'on retrouve dans les mécanismes mimétiques de DiMaggio et Powell (1983) où les organisations adoptent une pratique parce que les autres organisations l'ont fait et que l'incertitude de l'environnement les pousse à imiter leurs pairs.
- ⇒ Les pressions normatives : l'entreprise qui n'adopte pas une pratique alors qu'elle est considérée comme positive par ses pairs peut s'avérer en « dissonance » avec son environnement et donc éprouver de l'inconfort, ce qui la pousse à adopter la pratique concernée (DiMaggio et Powell, 1983).
- ⇒ L'importance de la compétition : un compétiteur pourrait s'octroyer un avantage concurrentiel en s'appropriant une pratique. Dans le doute, le concurrent va à son tour adopter la pratique pour éviter que cela soit possible. (Hannan et MacDowell, 1987).
- ⇒ Les effets de réseaux de performance : certaines pratiques peuvent être plus intéressantes au fur et à mesure que le nombre d'individus qui les ont adoptées est important.

Il est nécessaire de préciser que plusieurs analyses ultérieures des données de l'ouvrage de Coleman, Katz et Menzel (1966) ont conduit à de nombreux questionnements sur la méthode employée pour la collecte des données, ainsi que sur la précision ou la robustesse des résultats, et ce bien avant Van Den Bulte et Lilien (2001) (Burt, 1987, Marsden et Podolny, 1990). L'article de Van Den Bulte et Lilien (2001) en particulier, est une critique de l'utilisation abusive du modèle de « contagion sociale », un modèle qui partage des hypothèses similaires aux nôtres car il s'agit d'un modèle qui explique l'adoption en fonction du degré d'exposition à une pratique. La critique porte sur le risque de confondre « contagion sociale » et effets contextuels généraux. La démonstration réalisée par Van Den Bulte et Lilien (2001) prend place à un moment très précoce : ils étudient l'adoption de la tétracycline par les médecins aux Etats-Unis durant les 17 premiers mois suivant l'introduction de ce médicament innovant. Or, DiMaggio et Powell (1983) soulignent bien que l'adoption de pratiques trouvent plus fréquemment des justifications techniques dans les stades les plus précoces tandis que ce n'est qu'ultérieurement que les forces institutionnelles ont un impact plus important sur l'adoption. Van Den Bulte et Lilien (2001) critiquent en outre l'approche qui consiste à déduire d'une courbe chronologique d'adoption en forme de S, qu'il s'agit automatiquement d'un modèle de contagion sociale. Ils démontrent que ce n'est pas forcément le cas et donc nous n'utilisons pas cette approche dans cette étude.

Ainsi les phénomènes institutionnels seraient moins importants dans les stades les plus précoces de l'introduction d'une nouvelle pratique. A contrario, Arndt et Bigelow (2000) montrent que dans le secteur des établissements de santé, ceux-ci peuvent être prépondérants dès le départ : alors même que la pratique (dans l'article, cette pratique est « *impression management* », c'est à dire tout comportement qui a pour objet de contrôler ou de manipuler

les attributs et les impressions de cette personne par les autres) n'est pas encore très répandue, l'organisation invoque des « pressions coercitives et mimétiques pour soutenir et justifier la nouvelle structure »²⁰ pour justifier l'adoption (Arndt et Bigelow 2000 : 494). Ainsi l'influence institutionnelle dans le cadre précis des établissements de soins est effective dans les stades les plus précoces de l'introduction d'une pratique. Et comme cette influence croît au cours du temps, l'importance des pressions institutionnelles est donc très importante dans le cœur du cycle d'adoption de la pratique, stade dans lequel l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales s'inscrit.

Les pressions institutionnelles dans le secteur des établissements de soins

La pression concurrentielle et les facteurs institutionnels peuvent être des facteurs prépondérants dans le changement intra-organisationnel (l'adoption d'une pratique par exemple) (Kraatz et Zajac, 1996). L'importance de ces deux sources d'influence est mise en évidence dans le domaine des hôpitaux ruraux américains par D'Aunno, Succi et Alexander (2000). En examinant cette population d'organisations entre 1984 et 1991, ils ont montré que les forces de marché (et plus précisément la proximité des concurrents et les désavantages liés à l'offre de services) et les forces institutionnelles (régulation de l'état, normes de gouvernance et de propriété, imitation des modèles de changement divergents) sont deux éléments particulièrement importants pour comprendre le changement dans l'hôpital rural.

Ruef et Scott (1998) affirment que les pressions institutionnelles sont très importantes dans le domaine des établissements de soins, notamment en soulignant l'importance d'associations qui confèrent une légitimité de type normatif en approuvant les structures et les choix

²⁰ Traduit de «The organizations invoked coercive and mimetic pressures to account for and justify the new structure»

organisationnels. Le résultat de leurs évaluations a un impact considérable puisque les organisations plébiscitées sont enclines à communiquer de manière importante sur ses qualités tandis que de mauvais résultats attirent l'attention des médias locaux et même nationaux. Ruef et Scott (1998) affirment donc que ces associations « engagent des efforts systématiques et réguliers pour évaluer la conformité des organisations hospitalières aux standards professionnels en vigueur dans l'industrie et pour fournir au public l'assurance qu'un tel sujet de préoccupation reçoit la plus grande attention »²¹. Il ne faut pas penser que l'influence des pressions institutionnelle soit homogène, unidirectionnelle et stable dans le temps : en effet, elles peuvent jouer sur plusieurs dimensions, et évoluer dans le temps. Notre recherche prend en compte l'hétérogénéité temporelle et spatiale des institutions, ainsi que deux dimensions institutionnelles, l'influence et la sensibilité institutionnelle.

Le caractère multidimensionnel et changeant des forces institutionnelles a aussi été mis en avant par Ruef et Scott (1998). Dans leur recherche longitudinale portant sur les hôpitaux américains de 1945 à 1990, les auteurs ont mis en exergue l'émergence au cours du temps de deux types de légitimité institutionnelle : une légitimité managériale et une légitimité technique. En particulier, les hôpitaux ayant une importante légitimité managériale (mesurée par les accréditations par les organismes d'accréditation ou l'appartenance à des organismes corporatistes qui reflètent cette dimension managériale, tournée vers l'obtention et la gestion des ressources organisationnelles) ont grandement amélioré leurs chances de survie lors des périodes où la compétition était privilégiée entre les organisations de soins. Inversement, les hôpitaux dont la légitimité était plutôt d'ordre technique (mesurée par les accréditations par

²¹ Traduit de «These associations engage in regular and systematic efforts to evaluate the conformity of hospital organizations to industrywide professional standards and to provide assurance to the public that such matters receive careful scrutiny »

les organismes d'accréditation ou l'appartenance à des organismes corporatistes qui reflètent cette dimension technique, tournée vers la transformation effective des ressources en biens et services proposés) ont grandement augmenté leurs chances de survie à des époques de management centralisé et d'implication fédérale. Les auteurs démontrent donc que les forces institutionnelles peuvent jouer sur plusieurs dimensions (deux dans le cas présent : managériale et technique) et évoluer au cours du temps pour favoriser certaines formes organisationnelles ou certaines autres.

Dans le cadre des infections nosocomiales, il n'y a qu'une seule institution et les pratiques se superposent mais ne se remplacent pas : nouveaux produits, temps de lavage des mains augmentés, « nouveaux » outils, nouvelles mesures ; les pratiques sont cumulatives et l'institution relativement stable.

L'importance de la proximité géographique dans les pressions institutionnelles et compétitives entre établissements de santé

Nous avons vu que les forces institutionnelles peuvent être déterminantes dans les établissements de soins, et en particulier dans le choix d'adoption de leurs pratiques. Nous allons dans cette sous-section préciser l'importance de la proximité géographique dans cette pression institutionnelle entre organisations.

Le choix de l'échelle géographique est important pour étudier les institutions : la littérature a notamment focalisé son attention non seulement sur l'existence d'institutions nationales diverses (Desreumaux et Hafsi, 2006) mais aussi leur coexistence avec une institution plus globale et les phénomènes de résistance qui peuvent en découler (Barabel, Huault et Leca, 2006).

Lorsque deux établissements de soins ont des activités qui peuvent être complémentaires, il en résulte une tolérance mutuelle (« mutual forbearance ») qui est bénéfique pour les autres établissements de soins (Boecker, Goodstein, Stephan et Murmann, 1997). Cette tolérance s'explique par la crainte de représailles : dans le cas d'une politique agressive sur une activité de la part d'un hôpital, un autre hôpital peut, par mesure de rétorsion et pour se protéger, adopter à son tour une politique agressive sur une autre activité, résultant en une situation moins favorable pour les deux. Pour éviter cette situation, il en résulte une tolérance mutuelle. Une telle hypothèse est effectivement supportée dans le cadre de leur analyse statistique basée sur 283 hôpitaux américains. Ils affirment qu'une organisation qui a un niveau de contacts multipoints plus élevé a une probabilité de sortir du marché plus faible. Ils en déduisent donc que pour se prémunir de comportements agressifs, il est intéressant pour un hôpital de multiplier les contacts multi-marchés avec ses rivaux. Les établissements de soins observent donc les pratiques adoptées et l'offre de soins de leurs homologues proches géographiquement car ils partagent des bassins de patients similaires, et cela affecte leurs propres décisions. Cette recherche souligne encore l'importance de la proximité géographique dans l'influence que les organisations exercent entre elles et leur éventuelle sensibilité.

D'Aunno, Succi et Alexander (2000) ont étudié l'importance de la proximité géographique concernant l'influence institutionnelle d'un hôpital sur un autre. L'impact du changement dans une organisation dépend de l'observation de ce changement par des organisations similaires ou qui partagent des ressources institutionnelles ou un environnement similaire. En effet, l'observation permet d'expliquer la similarité de comportements entre organisations dans une industrie même dans les cas où il n'est pas clair qu'il y ait une quelconque communication entre les organisations qui adoptent la pratique. De plus, l'attention de tout

décideur est limitée et donc D'Aunno, Succi et Alexander (2000) indiquent que l'on doit s'attendre à ce que les autres organisations ne soient pas toutes observées de la même manière. Plus précisément, les organisations s'observent entre pairs qui font face à des environnements institutionnels et de ressources similaires, ce qui les incite à adopter quand leurs pairs l'ont déjà fait.

Toutefois, cette logique est pourtant contradictoire avec une autre hypothèse de D'Aunno, Succi et Alexander (2000), qui font l'hypothèse que les organisations sont plus enclines à réaliser des changements divergents dans la mesure où elles ont des modèles non locaux d'un tel type de changement dans des organisations qui font face à des forces institutionnelles et compétitives similaires. Ce raisonnement repose sur le principe qu'adopter des pratiques différentes de celles de ses voisins très proches permet de réduire la compétition. Toutefois, les auteurs montrent que les hôpitaux sont fortement influencés par la fréquence de la conversion des autres hôpitaux dans le même état. On peut donc en conclure que l'impact négatif de l'adoption d'une pratique sur l'adoption par d'autres organisations proches ne concerne que les pratiques stratégiques dont le recoupement induit une augmentation de la concurrence. Dans le cas des pratiques visant à réduire les infections nosocomiales, l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales n'implique pas de recoupement entre les activités de deux organisations, et n'affecte donc pas l'intensité compétitive qui peut exister entre les deux. D'Aunno, Succi et Alexander (2000) ont ainsi démontré l'influence de la proximité entre deux hôpitaux sur l'intensité de la compétition et sur l'adoption de pratiques organisationnelles.

Si la compétition est forte entre certaines activités concurrentes, on peut penser que sur certaines autres activités il y a un effet de mutualisme, c'est à dire le fait de bénéficier de la

présence de l'autre en bénéficiant, consciemment ou inconsciemment, de la complémentarité (Baum et Singh, 1994). Le fait de partager le service des ambulances pour bénéficier d'économies d'échelles en est un bon exemple, ce qui est très courant. Si D'Aunno, Succi et Alexander (2000) ont réussi à démontrer l'importance de la proximité pour la compétition, il n'y a pas de raison de penser que ce n'est pas le cas pour les effets liés au mutualisme. Cet effet de mutualisme ne fera qu'amplifier l'importance et la quantité des contacts sociaux entre organisations et augmentera la pression des forces institutionnelles et donc renforcera l'isomorphisme local.

3.1.3 Réseau et inertie dans le secteur des établissements de santé

Nous avons vu que les réseaux sociaux et la proximité géographique entre organisations étaient d'importance dans le domaine organisationnel et omniprésents dans les établissements de santé. Les réseaux formels entre organisations fonctionnent de manière similaire et favorisent l'adoption de pratiques dans le secteur de la santé. En revanche si les forces institutionnelles sont exacerbées dans le secteur de la santé, l'inertie organisationnelle y est aussi bien présente et constitue une force antagoniste à l'adoption.

L'importance du réseau dans le domaine des établissements de santé

Young, Charns et Shortell (2001: 939) notent que « les pressions de conformité sont un thème central dans la littérature sur les réseaux », d'où un certain rapprochement avec les notions d'isomorphisme que nous avons pu aborder précédemment. Les auteurs précisent que par ces réseaux, les directeurs d'hôpitaux sont soumis à des pressions isomorphiques et en particulier normatives d'institutionnalisation des pratiques de management innovantes. De plus, les auteurs vont montrer que l'adoption est favorisée pour les hôpitaux qui multiplient les

contacts avec d'autres qui auront déjà adopté les pratiques, ce qui milite pour l'intégration des données relatives aux réseaux dans notre modèle. Young, Charns et Shortell (2001) concluent que dans les premiers stades, l'adoption des pratiques sera déterminée plus particulièrement par l'influence des top managers tandis qu'elle sera influencée plus tard comparativement plus par l'effet dû au réseau : cela conforte la vision d'une adoption pour des raisons essentiellement techniques dans les premiers temps, puis pour des raisons plutôt institutionnelles passés les stades les plus précoces de l'introduction de la pratique. Or la surveillance des infections nosocomiales est loin d'être une méthode récente comme nous l'avons vu dans la chronologie de la lutte contre les infections nosocomiales, ce qui confirme une approche institutionnelle.

Il existe une forte pression sur les hôpitaux à faire partie de réseaux (consortiums multi-hospitaliers) entre eux (Provan, 1984). Granovetter (1985) indique en outre que les organisations ne sont pas toutes égales dans le réseau : les organisations les plus enchevêtrées dans les liens directement issus du réseau sont plus enclines à recevoir de l'information et à subir et faire subir de l'influence aux autres organisations. Burns et Wholey (1993) avancent deux hypothèses sur l'importance du réseau dans l'étude des pressions institutionnelles dans le cadre de l'adoption d'une structure matricielle dans l'hôpital. La première est que les organisations occupant une position sociométrique centrale dans un réseau organisationnel sont plus enclines à adopter une structure matricielle. Autrement dit, plus l'organisation considérée entretient de nombreux liens avec ses pairs (ce qui est la conséquence directe de l'occupation d'une position sociométrique centrale dans le réseau), plus elle aura tendance à se plier aux pressions institutionnelles et donc à adopter une structure matricielle. Le réseau a donc pour effet d'augmenter la probabilité d'adoption de la pratique dans les organisations qui en font partie. Il ne suffit pas toujours de déterminer si l'organisation fait partie d'un

réseau ou non, mais avoir si possible une mesure plus précise, comme par exemple, le nombre de réseaux auxquels l'organisation appartient, pour avoir une mesure de son niveau d'imbrication dans son environnement. L'autre hypothèse proposée par Burns et Wholey (1993) est que les organisations prestigieuses et ayant une forte visibilité dans les réseaux locaux qui adoptent une structure matricielle incitent les autres organisations à adopter à leur tour.

Dranove et Shanley (1995) étudient l'impact de la création de systèmes multi-hôpitaux locaux ayant pour objectif la réduction des coûts et l'augmentation de la réputation. Ils en déduisent que les hôpitaux membres de tels systèmes voient leur réputation bénéficier de tels regroupements, mais que ce n'est pas le cas généralement pour la réduction des coûts. Les hôpitaux membres de tels systèmes présentent en outre un portefeuille d'activités plus homogène que ceux qui ne le sont pas. La plupart de ces conclusions recourent celles de Provan (1984) qui avait déjà insisté sur l'ambiguïté entre le besoin d'autonomie des hôpitaux et la réduction de coûts réputée associée à l'appartenance à un réseau multi-hôpitaux. Fennel et Alexander (1987), montrent que les hôpitaux qui font partie de tels systèmes ont une tendance particulière à établir des ponts avec d'autres institutions plutôt que d'étendre leurs propres frontières, ce qui aurait tendance à augmenter le nombre de liens entre les organisations qui seraient alors plus sensibles aux pressions institutionnelles et isomorphiques. Lorsque le nombre de liens augmente entre les hôpitaux, les innovations sont plus vite créées et acceptées dans le système, les ressources sont mieux partagées et l'isomorphisme plus prononcé (Goes et Park, 1997).

Non seulement l'appartenance à un réseau augmente l'adoption de pratiques similaires dans le secteur, mais elle semble réduire aussi la mortalité organisationnelle dans le cadre de la

complexité technique d'un service hospitalier (Singh, 1997). Les hôpitaux qui s'engagent dans des activités particulièrement techniques peuvent réduire le risque de disparaître en appartenant à un réseau, alors que cette appartenance n'aura qu'un effet modéré sur un hôpital qui mise sur des activités moins techniques. Ainsi, l'appartenance à un réseau peut participer à la subsistance des organisations qui sont elles-mêmes plus enclines à adopter les pratiques, augmentant ainsi la fréquence d'adoption par les organisations survivantes.

L'inertie des établissements de santé

L'inertie organisationnelle n'est pas une immobilité : les organisations peuvent changer mais elles ne le font pas suffisamment vite pour que ce soit efficient. Les établissements de santé sont concernés par cette inertie organisationnelle ; Covaleski et Dirsmith (1981) le démontrent dans ce secteur en montrant que l'adoption de pratiques de management par objectifs est inadaptée au monde complexe et changeant de l'hôpital, mis à part dans l'objectif de décentraliser la prise de décision dans les sous-unités de l'hôpital.

De même, Ruef (1997) teste l'hypothèse de l'inertie structurelle relative telle qu'elle a été proposée par Hannan et Freeman (1984), c'est-à-dire que les organisations sont souvent incapables de faire correspondre le changement aux conditions environnementales au cours du temps. Afin de tester cette hypothèse, la population des hôpitaux californiens non fédéraux est examinée de 1980 à 1990 ; durant cette période, l'environnement hospitalier a connu un important bouleversement que Ruef considère comme pouvant être qualifié de « destruction créative » au sens de Schumpeter (1950), c'est-à-dire l'avènement de nouvelles technologies, réglementations et formes organisationnelles qui menacent de faire trembler les fondations de l'industrie. Plus précisément, Ruef démontre que les organisations dont la taille est plus importante ont une moindre capacité à s'adapter que les plus petites ; il démontre aussi que les

spécialistes, c'est à dire les établissements de santé qui pratiquent un nombre d'activités plus restreint ont des difficultés plus importantes à se repositionner que les généralistes. Ces assertions sont en cohérences avec les principes de l'inertie tels qu'ils sont présentés par Hannan et Freeman (1984) et Carroll (1985).

Gruca et Nath (1994) montrent que les hôpitaux de l'Illinois en 1986 qui subissent un choc réglementaire ont une probabilité de disparaître plus grande lorsqu'ils sont moins performants. Les auteurs affirment que leur recherche corrobore les assertions de Cook, Shortell, Conrad et Morrissey (1983) qui postulent que les pressions d'inertie jouent un rôle de sélection des organisations dans les périodes de changement environnemental. Ces bouleversements favorisent les organisations qui sont capables d'adaptation mais dans les situations stables, une certaine inertie est nécessaire pour exister en tant que partie prenante légitime dans l'environnement par les autres acteurs. L'article de Cook, Shortell, Conrad et Morrissey (1983) sera critiqué par Smith et Mick (1985). Ces derniers ne pensent pas que les organisations répondent à des changements de réglementation par une réponse organisationnelle d'intensité comparable (faible quand le changement est marginal et forte quand le changement est important). Cook, Shortell, Conrad et Morrissey (1985) répondent que les assertions de Smith et Mick ne reposent pas sur des recherches empiriques.

Si les établissements de soins montrent une certaine inertie, ils ne sont pas pour autant figés. Boeker et Goodstein (1991) montrent que les hôpitaux tentent de répondre à de tels changements en modifiant la proportion de médecins et de managers dans le conseil d'administration. Ce changement est l'introduction d'un nouveau système de financement des hôpitaux. Toutefois, cet article ne contredit pas les principes d'inertie tels qu'ils sont décrits par Hannan et Freeman : on ne sait pas si ces changements interviennent suffisamment

rapidement pour être efficaces d'une part et on ne sait pas non plus si ces changements ont une influence sur leur performance ou leur survie d'autre part. Les auteurs abordent bien la notion de performance, mais en tant que variable explicative modératrice entre changement environnemental et modification du conseil d'administration : ce sont les hôpitaux les plus en difficulté qui ont plus facilement tendance à répondre à des changements environnementaux par des modifications de la structure du conseil d'administration. En somme, les hôpitaux peuvent opérer des changements (Boeker et Goodstein, 1991) mais l'inertie des hôpitaux fait que les changements n'interviennent soit pas suffisamment vite, soit n'ont pas le temps d'opérer (Ruef, 1997).

Lorsqu'il arrive un bouleversement important dans l'environnement organisationnel, certaines niches deviennent inhabitées ou inexploitées. Les organisations peuvent éventuellement s'y engouffrer tandis que d'autres disparaissent sous l'effet d'une densité trop forte pour leur contenance : c'est une période tumultueuse. Il s'ensuit alors une période plus ou moins longue de stabilité qui mènera à un prochain bouleversement. Cela s'appelle l'approche par « équilibre ponctué » (« punctuated equilibrium »). Miller et Friesen (1980), Tushman et Romanelli (1985), Gersick (1991), Romanelli et Tushman (1994) sont parmi les plus précoces contributeurs de cette approche dans le domaine de l'organisation. Ces auteurs s'attachent à montrer qu'une telle approche est valable dans le cadre organisationnel, car elle est plus couramment utilisée dans le courant de l'écologie des populations d'êtres vivants. Haveman, Russo et Meyer (2001) vont eux appliquer cette approche dans le domaine de la santé. Ils tentent de montrer que de tels bouleversements environnementaux réduisent considérablement les pressions et les bénéfices de l'inertie organisationnelle et augmentent les propensions de l'organisation à changer et à bénéficier de ce changement en termes de survie. Pour accréditer cette assertion, les hôpitaux californiens seront étudiés durant une période tumultueuse,

pendant laquelle un grand nombre d'organisations ont disparu à cause d'une hausse continue des coûts, d'une capacité excédentaire et d'un changement réglementaire défavorable. Les résultats sont en accord avec la proposition qu'un important bouleversement ouvre une fenêtre d'opportunité et que les entreprises qui saisissent cette opportunité ont une performance supérieure à celles qui ne l'exploitent pas. Dans ce cas, seules les organisations les moins inertes parviennent à survivre et démontrent ainsi naturellement des qualités d'adaptation supérieures. L'inertie serait dans ce cas un poids et non un bénéfice.

Les institutions sont aussi elles-mêmes par nature inertes et ont donc tendance à être homogènes et résistantes au changement. Kitchener et Harrington (2004) ont étudié l'évolution des facteurs institutionnels dans le domaine des établissements de soins et montrent que les institutions évoluent lentement dans ce secteur : en effet, les auteurs montrent que l'archétype porté sur la dimension médicale se voit progressivement concurrencé par l'archétype basé sur les communautés et l'intégration sociale des malades, mais que l'institution précédente en vigueur démontre une résistance importante et n'est pas si vite remplacée, malgré les changements effectifs et apparents qui opèrent. Ainsi, dans le domaine des établissements de santé, les institutions montrent aussi des signes d'inertie qui se répercutent donc vraisemblablement sur l'adoption des pratiques incarnées par ces institutions.

Les établissements de soins peuvent donc adopter de nouvelles pratiques et opérer des changements organisationnels, même s'ils sont soumis à une certaine inertie et que l'efficacité de l'adaptation n'est pas forcément avérée. De plus, cette inertie n'est pas nécessairement préjudiciable à cette organisation.

3.1.4 Les groupes sociaux dans le secteur des établissements de soins français

Nous choisissons de distinguer deux grands groupes sociaux parmi les établissements de soins français : les établissements publics d'une part et les établissements privés d'autre part. Le statut public ou privé des organisations est un objet d'étude courant de la recherche sociologique et institutionnelle, et nous proposons une courte revue de littérature traitant de cette distinction, généraliste tout d'abord, puis spécifique au contexte des établissements de soins. Enfin, nous expliquons pourquoi le choix d'une distinction entre organisations publiques et privées est un choix adapté à notre problématique.

Distinction entre organisations publiques et privées dans le cadre de l'adoption de pratiques

Ring et Perry (1985) insistent sur la différence de pratiques managériales entre organisations publiques et privées. En effet, il n'est pas toujours possible d'implémenter les principes issus du domaine privé dans le domaine public car le contexte et les contraintes sont différents et que les personnes chargées de l'évaluation, ainsi que les critères d'évaluation sont très distincts. Les auteurs font cinq propositions qui différencient le type de management entre les secteurs publics et privés :

- ⇒ Les politiques d'entreprise dans le secteur public sont plus floues : l'objectif n'est pas de promouvoir l'efficacité, mais prévenir d'un éventuel exercice du pouvoir. La multiplicité des acteurs et des responsabilités contribue à l'ambiguïté des politiques et des objectifs présentés.
- ⇒ Les contraintes s'exerçant dans le domaine public sur les décisions sont plus nombreuses : l'attention des médias et du public est plus présente, les décisions sont

scrupuleusement disséquées. De plus, les politiques sont abandonnées avant que les pratiques ne soient implémentées bien plus souvent que dans le privé.

- ⇒ Les groupes d'influence sont plus nombreux dans le public que dans le privé : les organisations doivent prendre en compte un grand nombre d'attentes parfois contradictoires entre elles.
- ⇒ Le management du secteur public doit appréhender des contraintes de temps beaucoup plus artificielles que dans le secteur privé : il faut prendre en compte l'intervention des fonctionnaires publics ainsi que le respect de contraintes de temps imposées par des dispositions légales ou réglementaires.
- ⇒ Les forces de coalition sont beaucoup moins stables dans le public que dans le privé : ceci pour toutes les raisons évoquées dans les quatre points précédents.

Cet article soulève de nombreux points de réflexion intéressants, mais nous retiendrons tout particulièrement l'idée que les secteurs privés et publics présentent des cultures très différentes et que le système public fait face à un paradoxe entre un besoin de bureaucratie inhérent à sa structure de gouvernance et les idéaux élevés associés avec l'idée de service public. Le public et le privé ont donc d'après ces auteurs des systèmes de valeurs différents et homogènes qui ont toutes les chances d'exister aussi dans le domaine des établissements de santé publics et privés. De plus, les deux systèmes varient dans la manière d'offrir le service, mais aussi les personnes qui le reçoivent. En effet, les établissements publics reçoivent des personnes dont le revenu est plus faible et qui ne peuvent se permettre de payer des établissements privés : ceci a été démontré dans le secteur de l'enseignement américain (Epple et Romano, 1998) et a toutes les chances de se reproduire dans le cadre des établissements de santé.

Lindsay (1976) affirme dans le cadre de l'administration des hôpitaux pour vétérans américains que les hôpitaux publics et privés (« proprietary »), même s'ils sont tous deux présentés comme étant dirigés par une volonté de maximisation du profit, font montre d'une « production » (output) différente et inférieure pour les hôpitaux publics en termes de ratio patients/médecin, rémunération des médecins... La qualité du service rendu dans les hôpitaux publics est inférieure à celles des hôpitaux privés, mais il faut souligner que cette recherche a été menée dans un cadre nord-américain, la transposition dans un contexte français est donc à faire précautionneusement. De plus, la nature des prestations ainsi que le public concerné n'est pas le même entre les deux catégories.

Plus précisément, Baum et Singh (1994) défendent la thèse que les organisations qui n'ont pas pour objectif le profit ont un certain crédit auprès des usagers, qui peuvent considérer que la poursuite de la rentabilité peut être contraire à leurs intérêts. La distinction importante entre les logiques, les moyens et les objectifs des établissements de santé publics d'une part et privés d'autre part, pourrait laisser penser qu'il s'agit d'un problème. Or c'est justement cette différence nette qui fait tout l'intérêt de cette typologie. En revanche, la pratique choisie doit être commune aux deux types d'organisation et être source d'influence entre les organisations. Les pratiques qui visent à réduire les infections nosocomiales sont, dans leurs principes, absolument identiques entre organisations publiques et privées : il s'agit de lavage des mains, d'utilisation de produits antibactériens, stérilisants, ou autre, etc. L'influence que les organisations peuvent avoir les unes sur les autres concerne particulièrement ce genre de pratiques qui peuvent être particulièrement discriminantes dans un contexte concurrentiel. Nous avons donc d'une part une typologie forte qui favorise l'homophilie, mais aussi d'autre part une influence possible entre ces deux mondes par le fait qu'il s'agit de pratiques identiques, pouvant être réalisées par le même type de personnels.

Distinction entre organisations publiques et privées et l'adoption de pratiques dans le cadre institutionnel

L'influence entre sphère publique et privée a été étudiée dans la concurrence entre écoles de l'Illinois. Certains chercheurs (Hoxby, 1994 et Dee, 1998) ont montré que la concurrence des établissements d'éducation privés exerçait une pression sur les établissements d'éducation publique et augmentait indirectement la qualité de l'apprentissage dans ces derniers. Nous sommes ici clairement dans le cas d'une pression institutionnelle entre les deux sphères. Mais l'existence d'une telle influence n'est pas une obligation. D'ailleurs l'existence de cette pression institutionnelle entre privé et public dans les écoles de l'Illinois a été contestée par Sander (1999) qui ne parvient pas à démontrer statistiquement son existence : il indique qu'il est possible que cette absence de significativité puisse être due au fait que l'augmentation de performance des écoles publiques peut être compensée par le fait de la sélection des meilleurs élèves du public qui vont vers le secteur privé.

Le fait d'appartenir à une catégorie ou à une autre à laquelle l'organisation s'identifie implique qu'elle sera plus influencée par les organisations intrinsèquement à cette catégorie. Lounsbury (2001) applique ce raisonnement à la sélectivité des écoles qu'il étudie, en montrant par un travail sur le terrain que cette distinction se justifie par de nombreux éléments en commun comme l'orientation politique ou la tendance à l'activisme. Il démontre que le fait que des écoles similaires aient adopté une même pratique de recyclage augmente la probabilité pour l'école du même type d'adopter la même pratique. Nous pouvons appliquer le même raisonnement à la distinction entre public et privé. Les institutions publiques pourraient être influencées principalement par les autres institutions publiques et les

institutions privées pourraient être influencées principalement par les autres institutions privées, sans que les deux sphères communiquent.

L'organisation sera d'autant plus encline à adopter une pratique que celle-ci est en consonance avec les perspectives des décideurs et des médecins, et plus spécifiquement en accord avec les compétences particulières des professionnels qui œuvrent dans l'hôpital (Moch, 1976). De plus, les hôpitaux auront d'autant plus tendance à adopter les pratiques que les hôpitaux comparables (en termes de complexité) les auront adoptées (Young, Charns et Shortell, 2001).

Délimitation entre public et privé dans le secteur des établissements de soins

Dans le cadre des hôpitaux américains, Hrebiniak et Alutto (1973) affirment que la distinction entre établissements publics et privés est importante dans le secteur de la santé, en particulier leur taille, leurs objectifs et leurs pratiques. En outre, les recherches dans le domaine de l'industrie hospitalière ont montré que les hôpitaux privés américains faisaient payer leurs services plus cher au patient (directement ou indirectement par le biais des mutuelles) et qu'ils avaient une offre de services plus restreinte mais plus rentable (Goodrick et Salancik, 1996). Nous nous intéressons plus particulièrement ici à la typologie des organisations qu'à ses conséquences sur l'efficacité ou le choix des pratiques. Goodrick et Salancik (1996) évoquent dans leur article trois distinctions possibles différentes :

- Appartient au gouvernement/n'appartient pas au gouvernement
- A but lucratif/à but non lucratif

- Une troisième distinction plus spécifique du système américain : Fee-for-service / Health maintenance organisation, c'est-à-dire d'une part le paiement ponctuel d'une prestation médicale opposé à un suivi plus longitudinal de la santé du patient.

La distinction majeure retenue dans le cadre de notre étude sera la distinction public/privé, car cette distinction fait sens dans le secteur des établissements de santé français.

Graeff (1980) insiste sur une dimension plus méthodologique de la distinction public ou privé. Il avance que la plupart des études sur les hôpitaux mélangent deux types d'établissements très différents : les établissements de séjour court et les établissements de séjour long. La plupart des études mélangent ces deux types alors que ce serait comme « mélanger des pommes et des oranges », car ces deux types d'organisation diffèrent énormément en termes de taille, de structure et de gouvernance, notamment en ce qui concerne la nature publique ou privée et la nature non lucrative (« voluntary ») et lucrative de l'objectif institutionnel. Or, cela ne pose pas de problème dans le cadre de notre recherche puisqu'il n'est pas nécessaire que les établissements publics et privés officient dans les mêmes activités ; il suffit que ces deux types d'organisations puissent s'influencer mutuellement dans le cadre de la pratique. Il propose en outre une approche qui distingue les établissements religieux et non-religieux, mais une telle distinction n'a pas lieu d'être en France, tous les hôpitaux étant laïcs.

Dans le cadre de l'adoption de pratiques dans le domaine hospitalier, D'Aunno, Succi et Alexander (2000) ont étudié le rôle de la nature publique ou privée de l'établissement de santé. Ils définissent la propriété publique : elle « signifie que tous les citoyens d'une communauté donnée, d'un état ou d'une nation ont un droit légal sur les actifs et le profit d'une organisation ; ces citoyens supportent en outre la responsabilité des pertes financières.

C'est pourquoi la propriété publique diffuse à la fois les coûts et les bénéfices de la performance organisationnelle et, comme résultat, crée de l'inertie plutôt qu'encourage le changement ». De plus « les organisations détenues par le public sont typiquement fondées pour répondre à certains besoins que les organisations cherchant le profit n'ont pas réussi à proposer ». Les auteurs valident l'hypothèse que les organisations publiques ou caritatives sont moins enclines au changement que les organisations recherchant le profit.

La distinction entre entreprises publiques et entreprises privées n'est pas toujours la distinction privilégiée dans la littérature abordant le domaine de l'établissement de santé. Les auteurs qui abordent ce type de problématique préfèrent parfois séparer les établissements de santé à but non-lucratif et les établissements de santé à but lucratif (Ruef, 1997 ; D'Aunno, Succi et Alexander, 2000). Ruef justifie cette distinction en qualifiant les établissements qui recherchent le profit comme des établissements utilitaristes (« utilitarian organisations ») qui passent par des incitations matérielles et en qualifiant les établissements sans but lucratif d'organisations orientées objectif (« purposive organisations »). Selon cet auteur, « on peut s'attendre à ce que les organisations qui recherchent le profit (...) soient plus actives à s'adapter aux besoins du marché que les organisations sans but lucratif. Ce dernier type d'organisation aura une capacité plus faible à se réorienter vers des services ou des produits non profitables ce qui est dû à l'imbrication dans la communauté »²². Il ajoute que les organisations orientées objectif « ont une plus forte tendance à maintenir des services non profitables que les organisations cherchant le profit » et sont « moins enclines à débloquer des ressources afin d'identifier des opportunités de positionnement stratégique qui vont permettre

²² Traduit de « One might expect for-profits (utilitarian organizations) to be more active in adapting to the requirements of market environments than NPOs »

d'exploiter de nouvelles niches de marché »²³. Ces constatations corroborent les recherches de Rushing (1974) qui obtint des conclusions similaires.

Dans le cadre des établissements de soins en France, on fait plus facilement références aux établissements publics et aux établissements privés. A titre d'exemple, la liste noire des hôpitaux exclus du palmarès 2009 présentée par L'Expansion dissocie les « centres hospitaliers » et les « cliniques » (http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/la-liste-noire-des-hopitaux-exclus-du-palmares_734796.html accédé le 31 janvier 2009), et les répondants de nos entretiens considèrent les identités publiques et privées comme très différentes.

Dans la littérature, l'objectif économique ou l'intérêt public poursuivi par les organisations se résume souvent à une distinction entre organisations publiques et privées ou entre organisations à but lucratif ou non lucratif. Le domaine des établissements de santé est particulier car il présente des établissements privés à but non lucratif, que nous n'assimilerons ni à l'un, ni à l'autre groupe social.

Le secteur des établissements de soins, un secteur adapté à notre problématique

Il existe donc deux types d'établissements de santé homogènes intrinsèquement mais différents entre eux. Toutefois, ces deux types d'organisations, bien que différents, partagent des pratiques reflétant leur adhésion à l'institution hygiéniste et leur engagement dans la lutte contre les infections nosocomiales et peuvent donc s'influencer malgré la barrière de la

²³ Traduit et adapté de « The latter types of organizations will have less ability to divest themselves of unprofitable services or products due to community embeddedness.(...)NPOs are less likely to devote resources toward identifying strategic positioning opportunities which will allow them to exploit new market niches »

différence. Cette influence s'exerce par les ressources, notamment par les patients qui peuvent jouer le rôle de vecteur. Elle peut s'exercer aussi par les professionnels de santé, qui officient très fréquemment dans diverses organisations, ce qui est souligné dans la base de données par la mesure des effectifs médicaux qui sont toujours évalués par l'Equivalent Temps Plein ; la raison en est que les professionnels de santé dans les établissements de soins ont fréquemment des contrats qui ne sont pas des contrats à temps complet et leur permettent d'officier dans plusieurs établissements, dans un cabinet, des associations ou autre, ce qui favorise les contacts sociaux et les transmissions de pratiques.

Scott (1987) tente de réaliser une typologie des différents secteurs et considère le milieu hospitalier comme étant à la fois très sensible à l'environnement institutionnel ainsi qu'à l'environnement technique. Ce secteur est donc très indiqué dans le cadre de notre étude, puisque les forces institutionnelles sont importantes et ont donc un impact sur l'adoption des pratiques par l'organisation, et que les considérations d'ordre technique ou rationnel n'en suppriment pas la portée. En effet, les pratiques qui visent à réduire les infections nosocomiales ont été depuis très longtemps au centre des préoccupations des médecins. Or dans les temps les plus précoces, les pratiques sont adoptées pour des raisons fonctionnelles et techniques, tandis que par la suite, l'adoption vise plus à être conforme aux standards institutionnels (DiMaggio et Powell, 1983). L'étude de cette pratique se prête donc bien à répondre à notre problématique.

3.2 Les hypothèses

L'adoption d'une pratique visant à réduire les infections nosocomiales dans une organisation est susceptible d'influencer l'adoption par une autre organisation proche. Cette influence est démontrée intrinsèquement à la sphère publique ou à la sphère privée, mais est aussi

susceptible d'opérer entre les deux sphères. De plus, le réseau ainsi que l'inertie organisationnelle semblent jouer des rôles importants, respectivement de catalyseur et d'inhibiteur de l'adoption de pratiques.

D'après les éléments de théorie que nous avons présentés, et notamment les théories institutionnelles, la construction sociale de notre perception de l'environnement fait que les organisations multiplient les contacts sociaux avec les organisations qui partagent leur environnement, et donc les organisations qui sont proches géographiquement. Ashforth et Mael (1989) en particulier défendent l'idée que la proximité géographique peut conduire les organisations à se considérer elles-mêmes comme des membres du même groupe psychologique, ce qui facilite l'influence sociale et implique à la fois un plus grand besoin mais aussi une aisance accrue d'interaction. Provan (1987) indique d'ailleurs que le secteur des établissements de santé est très concerné par les forces institutionnelles.

Les organisations qui proposent des services de santé exercent une certaine influence entre elles (Scott, Ruef, Mendel et Caronna, 2000) par le moyen d'échange de ressources, principalement d'informations et de patients (Levine et White, 1961). Le rôle des patients dans la formation des pratiques organisationnelles dans le cadre des établissements de soins est aussi encouragé par les autorités par le décret du 6 décembre 1999 et la nomination d'un représentant des patients au conseil d'administration des hôpitaux et des cliniques privées.

La proximité géographique implique donc une tendance à adopter d'autant plus promptement les pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales que l'établissement de soins est proche d'autres établissements qui les ont déjà implémentées, comme l'abondante littérature sur l'importance de la proximité géographique l'atteste (Arndt et Bigelow, 2000, Burns et

Wholey, 1993, Ruef et Scott, 1998). Il s'agit d'une pression sociale qui peut prendre plusieurs formes :

- ⇒ La parution de chiffres ou de rapports d'activités des organisations proches, qui peuvent constituer une alternative aux patients pour se faire soigner.
- ⇒ La pression des médecins, qui souhaitent travailler dans des conditions comparables à celles de leurs confrères proches, avec lesquels ils peuvent avoir un point de comparaison.
- ⇒ La pression des patients, qui souhaitent que le service rendu par l'établissement soit le meilleur possible pour eux. Un même patient a une forte probabilité de visiter des établissements qui soient proches de son lieu d'habitation, et donc proches entre eux.

Ainsi cette pression sociale est conditionnée à la proximité géographique. Le nombre de contacts sociaux que l'organisation entretient de cette manière est corrélé avec la probabilité de la transmission de la pratique entre ces établissements (Davis, 1991 et démontré dans le cadre hospitalier par Boeker et Goedstein, 1991). Dans le cadre des établissements de santé, les résultats empiriques de D'Aunno, Succi et Alexander (2000) jouent en faveur de l'importance des pressions institutionnelles locales entre établissements de santé. 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 maladies nosocomiales présente des caractéristiques claires quant à ses tenants et ses aboutissants, ce qui renforce les pressions d'isomorphisme local qui peuvent exister.

Ainsi les pressions institutionnelles isomorphiques locales dans le secteur des établissements de soins sont importantes, et celles-ci peuvent être mesurées par la proportion d'organisations ayant adopté la pratique incarnant cette institution.

Hypothèse 1 : l'adoption d'une pratique dans un établissement de soins sera plus probable si les établissements de soins proches géographiquement ont adopté cette pratique

La proximité géographique favorise bien évidemment les interactions sociales, mais de manière conjointe la proximité sociale est aussi un facteur déterminant. L'homophilie fait que les organisations démontrent, consciemment ou non, un certain isomorphisme vis-à-vis des organisations perçues comme appartenant au même groupe social (McPherson, Smith-Lovin et Cook, 2001). Dans le cadre des établissements de santé plus spécifiquement, Young, Charns et Shortell (2001) indiquent que les organisations ont une tendance à adopter les mêmes pratiques organisationnelles que les organisations comparables. Ceci est même favorisé dans le cas où les organisations multiplient les contacts avec les autres organisations qui exercent des activités similaires. C'est le cas des établissements de soins publics et privés.

L'organisation est influencée par les organisations proches en termes d'objectifs et de moyens, ce qui facilite le contact social, par homophilie. Dans cette logique, la distinction entre public et privé est particulièrement intéressante. Les organisations publiques et privées diffèrent de manière importante : l'objectif des organisations publiques est de donner accès à un service considéré comme nécessaire pour le public tandis que l'objectif des organisations privées est de faire du profit en proposant ce service. Les moyens aussi sont différents, les organisations publiques étant généralement majoritairement financées par des fonds publics, tandis que ce financement est plus marginal dans les organisations privées.

De plus, les organisations seront inspirées par les pratiques qui existent déjà dans les organisations proches et qui appartiennent à la même sphère (publique ou privée) parce que

dans le cas d'objectifs ou de moyens comparables, il y a une plus grande probabilité pour que les membres de ces organisations aient des appartenances croisées successives ou simultanées, de manière intrinsèque à ces sphères. Ensuite parce que les organisations de même type peuvent avoir les mêmes usagers, qui peuvent montrer leur intérêt pour des pratiques qu'ils considèrent comme valorisables ou nécessaires, et ces usagers inciteront l'organisation à les adopter. Les professionnels et les usagers sont donc des vecteurs privilégiés de l'adoption de pratiques entre organisations appartenant au même groupe social.

Cette proposition contraste avec les recherches existantes sur les secteurs publics et privés se focalisent généralement sur la différence entre les deux et moins sur la potentielle influence que l'une peut exercer sur l'autre (voir Epple et Romano, 1998, Perry et Rainey, 1988 ou Ring et Perry, 1985). Par exemple, Lindsay (1976) soutient que les hôpitaux publics sont moins performants que les hôpitaux privés. En somme, la littérature indique une différence importante entre organisations publiques et privées et une identité forte pour chacun de ces deux types d'organisations. Cette identité influe fortement sur l'adoption de pratiques intrinsèquement à chacun de ces groupes sociaux (Peteraf et Shanley, 1997).

Hors du contexte des établissements de soins, Strang et Soule (1998) indiquent que des liens forts entre organisations, couplés avec de l'homophilie peuvent résulter en une importante pression de conformité. La dichotomie choisie entre organisations publiques et privées nous semble indiquée pour distinguer deux groupes homogènes, distincts mais pas isolés ; ces organisations officiant dans le même secteur d'activité, cette typologie permet de différencier deux groupes d'organisations dont les caractéristiques sont différentes, tout en ayant tout de même une influence l'une sur l'autre en ce qui concerne la pratique considérée. Ainsi, par le

biais de la proximité sociale et l'homophilie, on peut supposer que la transmission de pratiques sera facilitée entre organisations faisant partie du même groupe social.

Hypothèse 2a : l'adoption des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales dans un établissement de santé public est plus importante lorsque les établissements de santé publics locaux ont adopté ces pratiques que lorsque les établissements de santé privés locaux l'ont fait.

Hypothèse 2b : l'adoption des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales dans un établissement de santé privé est plus importante lorsque les établissements de santé privés locaux ont adopté ces pratiques que lorsque les établissements de santé publics locaux l'ont fait.

Nous défendons la thèse qu'une organisation a deux propriétés intrinsèques : l'influence qu'elle peut avoir sur les autres organisations (que cette influence soit intentionnelle ou non) et une sensibilité à l'influence de ces autres organisations (cette sensibilité pouvant refléter un comportement actif d'imitation tout comme un comportement passif de conformation). Nous choisissons une dichotomie entre organisations publiques et privées comme moyen de discriminer les facteurs d'influence et de sensibilité de l'organisation, même si d'autres distinctions auraient été possibles. Les troisième et quatrième hypothèses visent à montrer respectivement que certaines organisations sont plus influentes que d'autres, et que certaines organisations sont plus sensibles que d'autres à ces influences.

Lounsbury et Crumley (2007) proposent en se référant à la littérature sur l'entrepreneur institutionnel (Garud, Jain et Kumaraswami, 2002; Greenwood, Suddaby et Hinings, 2002)

que certaines organisations ont une influence très importante sur les pratiques en qualifiant d'entrepreneur institutionnel « l'état et les professions capables de transformer l'organisation sociale des champs et/ou aider à établir une pratique dominante »²⁴ (Lounsbury et Crumley, 2007: 993). La littérature sur l'entrepreneur institutionnel implique une volonté de la part des organisations de manipuler les institutions pour que celles-ci œuvrent en leur faveur. Or, beaucoup de pratiques sont porteuses de sens et transforment les institutions par leur intégration, leur assimilation et leur rationalisation dans l'organisation, sans pour autant qu'il y ait d'intention de les modifier. La littérature sur l'entrepreneur institutionnel nous indique que les organisations sont susceptibles de modifier les pressions institutionnelles et les pratiques, mais nous affirmons que l'intentionnalité n'est pas nécessaire pour que cette pression soit effective.

Greenwood, Suddaby et Hinings (2002) montrent que les organisations qui sont source de professionnalisation ont par nature une plus grande influence sur les autres organisations. Ceux-ci ont étudié les pratiques comptables et le discours en vigueur dans la profession comptable. La formation, l'information et la définition des normes professionnelles sont des facteurs clés dans la détermination des pratiques institutionnelles qui interviennent dans la formalisation des institutions durant un stade appelé « théorisation » par les auteurs (que l'on peut rapprocher de la « rationalisation » évoquée par Zilber (2002)). Ainsi, certaines organisations ont par nature vocation à être très influentes institutionnellement et d'autres moins. Cette influence peut porter au-delà des frontières du groupe social de l'organisation, même dans le cas d'identités fortes (Rao, Monin et Durand, 2005).

²⁴ Traduit de « the state and professions that are able to reshape the social organization of fields and/or help to establish a dominant practice »

Dans la même logique, Guler, Guillén et Macpherson (2002) affirment que les organisations qui structurent et normalisent les professions sont généralement des acteurs influents en termes de forces institutionnelles. C'est le cas par exemple dans le domaine des certifications ISO 9000, une norme de qualité internationalement reconnue, même si dans ce cadre, l'organisme qui distribue les certifications, l'Organisation Internationale de Normalisation n'est pas une organisation qui officie directement dans l'industrie. L'influence institutionnelle est ainsi inégalement répartie entre les organisations, et c'est la nature même des organisations qui détermine son influence sur les institutions.

Plus spécifiquement l'influence institutionnelle dans le cadre de mécanismes isomorphiques a été étudiée par Galaskiewicz et Wasserman (1989) dans un contexte impliquant des organisations à but lucratif et des organisations à but non lucratif. L'influence des organisations à but lucratif est mesurée par le montant des donations qui sont attribuées aux organisations caritatives et ce montant est influencé par la perception des élites locales et les effets de réseau. Toutefois, dans ce cas, l'étude est unidirectionnelle et ne concerne que l'influence des organisations à but lucratif sur les organisations à but non lucratif. De plus, elle présente une validité externe fortement amoindrie par le fait que les organisations à but lucratif et non lucratif n'officent pas dans le même secteur d'activité. Notre recherche propose cette fois d'examiner conjointement l'amont et l'aval de l'influence institutionnelle : l'influence et la sensibilité des organisations.

Une autre recherche traitant à la fois des organisations publiques et privées dans le cadre d'étude d'impact institutionnel et compétitif : Sander (1999) a tenté – infructueusement toutefois – de montrer que les écoles publiques pourraient avoir une performance supérieure lorsqu'elles sont exposées à une plus forte compétition générée par les écoles privées. Cette

recherche est très intéressante car elle se focalise précisément non pas sur la différence de performance entre organisations publiques et privées mais plutôt sur l'influence de l'une sur l'autre.

Certaines organisations ont donc une nature à être plus influentes que d'autres. Ces organisations, en adoptant une pratique porteuse de sens, augmentent la pression institutionnelle incarnée par cette pratique et incitent les autres organisations (en particulier celles qui sont proches géographiquement) à se conformer à cette pression institutionnelle et ainsi adopter à leur tour.

Hypothèse 3a : l'hypothèse « organisation influente » : l'adoption d'une pratique par les établissements de soins influents favorise l'adoption par les organisations proches

Hypothèse 3b : l'hypothèse « organisation peu influente » : l'adoption d'une pratique par les établissements de soins peu influents n'a pas d'impact sur l'adoption des organisations proches

Dans notre quatrième hypothèse, nous nous intéressons à la sensibilité des organisations à l'influence exercée par les autres organisations. Cette quatrième hypothèse postule que certaines organisations ont une sensibilité spécifique aux forces institutionnelles qui s'exercent sur elles tandis que d'autres y sont moins sensibles. Les troisième et quatrième hypothèses ne présupposent pas que l'influence et la sensibilité des organisations soient liées : par exemple, une organisation peut être à la fois influente et sensible, ou bien influente et peu sensible aux pressions institutionnelles.

Cohen et Levinthal (1990) affirment que chaque organisation a intrinsèquement une capacité à pouvoir intégrer les pratiques avec lesquelles elles ont pu être mises en contact dans leur environnement, mais leur approche présuppose l'intentionnalité, la volonté de choisir et d'adopter les « bonnes » pratiques. Dans un cadre plus général, de nombreux auteurs ont évoqué une sensibilité différente des organisations face aux pressions institutionnelles : Oliver (1991) identifie un éventail de réactions organisationnelles possibles en réponse à une pression institutionnelle : l'organisation peut s'y plier mais aussi y résister, les défier ou les manipuler. Parmi ces réponses possibles, Oliver indique que le contexte organisationnel joue, mais aussi les motivations, les intérêts de l'organisation elle-même. Elle invoque plus précisément l'importance du besoin de légitimité, des intérêts, de la stabilité et de l'utilité sociale pour comprendre le type de réaction organisationnelle.

Goodrick et Salancik (1996) utilisent la distinction entre établissements de soins à but lucratif et établissements de soins à but non lucratif pour expliquer le choix de pratiquer une césarienne pour les accouchements. Ils montrent dans les cas où la pression institutionnelle est moins forte – ou plus précisément dans leur cadre d'analyse, dans les situations où la norme institutionnelle est moins précise – que la nature de l'organisation influence la pratique qui sera choisie : notamment, les établissements publics choisiront de ne pas pratiquer la césarienne pour éviter une opération au patient, tandis que les établissements privés la pratiqueront car c'est économiquement et logiquement préférable. Dans les cas où la pression institutionnelle est très forte, où la césarienne est indubitablement le meilleur choix, cette pratique est choisie quelle que soit la nature de l'organisation. La pression institutionnelle n'est donc pas uniforme et homogène, elle peut être plus ou moins forte selon les situations et donc avoir un impact plus ou moins important sur l'adoption de la pratique.

Lounsbury (2001) a étudié la sensibilité aux pressions institutionnelles écologiques sur l'adoption de pratiques visant à favoriser le recyclage dans les universités américaines. Les organisations n'ont pas toutes la même sensibilité face aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur elles. En particulier, il indique que « les écoles publiques, qui sont plus conjointement liées aux gouvernements que les écoles privées, pourraient donc être plus enclines à adopter la création d'un poste de coordinateur de recyclage à plein temps pour démontrer leur engagement aux efforts du gouvernement pour encourager le recyclage, malgré l'ambiguïté de ces deux objectifs »²⁵ (Lounsbury, 2001: 39). Toutefois, l'hypothèse en question n'est pas validée empiriquement. En fait, les établissements publics sont effectivement influents, car de la même manière que dans le cadre des établissements de santé, les écoles publiques n'ont pas cette divergence possible d'intérêts entre poursuite du profit et qualité de l'éducation, contrairement aux écoles privées. Mais cela signifie seulement que les organisations publiques sont très influentes. Autrement dit, les écoles publiques ne seront pas forcément celles qui vont adopter la pratique, mais par contre, elles influenceront probablement les autres écoles si elles le font. Cela souligne l'apport fondamental de notre recherche à la littérature : l'organisation est vue comme forte ou faible institutionnellement alors que l'influence et la sensibilité institutionnelles ne sont forcément liées. C'est pourquoi nos hypothèses 3 et 4 cherchent à montrer que ce n'est pas toujours le cas. Dans le cadre des écoles, l'argument soulevé par Lounsbury (2001) s'inscrit dans l'hypothèse d'un acteur influent mais ne démontre pas sa sensibilité aux forces institutionnelles car il semble assimiler l'une à l'autre.

²⁵ traduit de « public schools, which are more closely tied to state governments than private schools, may therefore be more likely to create new full-time recycling coordinator positions in order to demonstrate their commitment to the efforts of state governments to encourage recycling, despite the ambiguity of those mandates »

Ainsi les organisations de soins privées auront donc tendance à avoir une dimension « objet » forte ce qui les conduira à un taux d'adoption de la pratique supérieur lorsqu'elles sont exposées au même environnement que les autres organisations de soins.

***L'hypothèse 4a « organisation sensible » :** l'adoption d'une pratique sera plus probable pour les organisations sensibles que pour les autres organisations dans le même environnement.*

***L'hypothèse 4b « organisation peu sensible » :** l'adoption d'une pratique sera moins probable pour les établissements peu sensibles que pour les autres organisations dans le même environnement.*

L'appartenance à un réseau commun augmente le nombre de contacts sociaux entre les établissements de santé et accroît donc la probabilité de mettre en contact des personnels qui ont adopté ces pratiques et ceux qui ne l'ont pas encore fait. L'adoption d'une pratique par un établissement de santé peut aussi être influencée par les réseaux sociaux auxquels 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 » (Young, Charns et Shortell, 2001 : 939). Les auteurs affirment que les hôpitaux auront d'autant plus tendance à adopter les pratiques si les hôpitaux comparables en termes de complexité les ont adoptées ou si ceux-ci multiplient les contacts avec d'autres établissements de santé. 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 les établissements de santé et accroît donc la probabilité de mettre en contact des personnels qui ont adopté ces pratiques et ceux qui ne l'ont pas encore fait.

En se référant à Granovetter (1985), les organisations les plus enchevêtrées dans les liens directement issus du réseau sont plus enclines à recevoir de l'information et 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. Plus spécifiquement, les réseaux qui lient les établissements de soins publics et privés dans le même temps peuvent aussi constituer un vecteur important de transmission des pratiques organisationnelles. Comme les individus ont connaissance de ce qui se pratique dans les autres établissements proches, 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 Park, 1997, Ruef et Scott, 1998, Young, Charns et Shortell, 2001).

Hypothèse 5 : l'adoption des pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales est plus probable lorsque l'établissement de santé appartient à un réseau de soins hospitalier

Certaines organisations sont plus inertes que d'autres et cette tendance à l'inertie est influencée par des facteurs tels que l'âge, la taille... de cette organisation. Si certaines organisations sont plus inertes que d'autres, 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.

Toutefois, le changement en lui-même n'est pas observé par Ruef (1997), tandis que notre méthodologie constatera l'adoption ou non, de la pratique établissement par établissement, mettant ainsi en évidence la capacité de changement ou l'inertie de chaque organisation. D'autres auteurs confirment cette idée de la relative incapacité des hôpitaux à s'adapter face à un changement environnemental (Cook, Shortell, Conrad et Morrissey, 1983, Gruca et Nath, 1994), mais ceux-ci n'opérationnalisent pas le changement de pratiques directement : Cook et al (1983) ne testent pas leurs hypothèses tandis que Gruca et Nath constatent d'abord un important changement environnemental (dans ce cas un nouveau système de paiement), puis examinent le nombre de disparitions d'hôpitaux faisant suite à ce changement et les attribue à ce changement. Notre recherche vise à attester spécifiquement l'existence de l'inertie et non l'impact de cette inertie sur sa capacité à réaliser un changement salvateur durant les périodes tumultueuses. L'existence de cette inertie dans l'organisation réduit la probabilité pour cette organisation d'adopter une pratique.

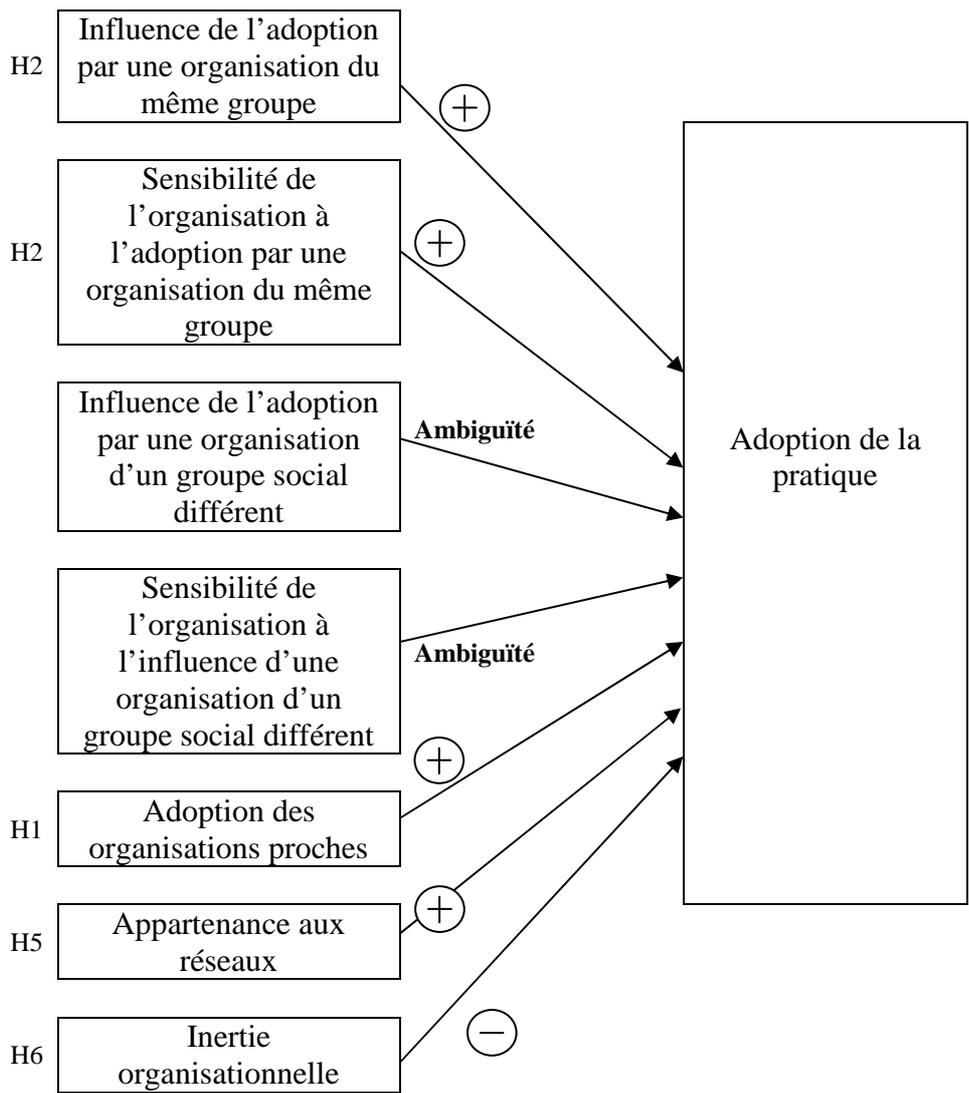
Hypothèse 6 : les organisations considérées comme plus inertes en termes d'activité sont moins enclines à adopter les pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales alors que les organisations plus dynamiques en termes d'activités adopteront plus ce type de pratiques.

3.3 Synthèse et modèle à tester

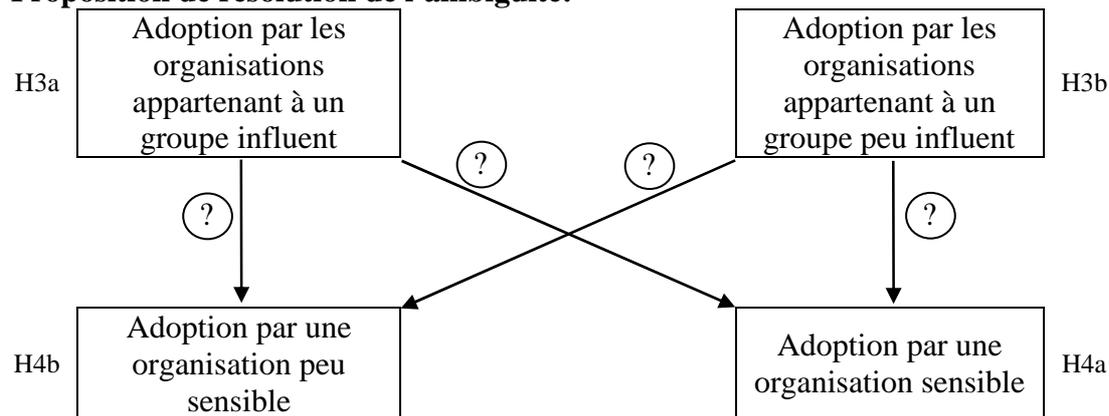
Notre objectif est de montrer que les établissements de soins français présentent une influence et une sensibilité différentes vis-à-vis des pressions institutionnelles. Cette approche permet une meilleure compréhension de la répartition et de l'évolution au cours du temps de ces pressions institutionnelles et des pratiques qui les incarnent. Nous utilisons la fréquence d'adoption des pratiques afin de mesurer et de suivre l'évolution de la pression exercée. La proximité géographique est une condition importante si ce n'est nécessaire de l'impact des pressions institutionnelles qui s'exercent entre établissements de soins, car cette proximité favorise les échanges, directs comme indirects, l'observation et l'apprentissage mutuel. L'appartenance à un réseau de soins joue le rôle de catalyseur sur l'adoption, tandis que l'inertie organisationnelle tend à la freiner voir à l'empêcher.

Nous constituons donc un modèle testable incluant à la fois les théories institutionnelles ou sociologiques les plus adéquates pour comprendre l'adoption de pratiques organisationnelles et leur impact sur l'adoption par d'autres organisations, mais incluant aussi une approche différenciant l'influence et la sensibilité des organisations vis-à-vis des pressions institutionnelles. Ce modèle vise non seulement à montrer que cette différenciation est importante, mais aussi qu'elle est complémentaire tout en étant potentiellement aussi puissante que ces théories bien établies et acceptées dans la littérature. Les hypothèses qui permettent de résoudre l'ambiguïté de l'influence et de la sensibilité institutionnelle de

l'organisation entre groupes sociaux sont modélisées dans la partie inférieure de la figure suivante.



Proposition de résolution de l'ambiguïté:



- Les flèches indiquent les liens de causalité potentiels
- Le signe positif indique une variation dans le même sens, le signe négatif une variation dans le sens contraire et le point d'interrogation correspond à une incertitude quant à l'existence ou au sens de ce lien de causalité

Figure 9 : identification et proposition de résolution de l'ambiguïté dans la littérature

4 Données et résultats

Nos hypothèses sont testées par le biais d'une analyse statistique portant sur les établissements de soins français entre 2000 et 2004 inclus. Nous décrivons les sources utilisées pour constituer la base, les différentes variables de la modélisation statistique, puis présentons les techniques statistiques utilisées. Enfin, nous présentons les résultats de l'analyse.

4.1 Constitution et description de la base de données

Cette partie traite de l'origine puis de la transformation des données utilisées pour les analyses statistiques. Nous présentons les opérationnalisations des variables utilisées dans la modélisation statistique.

4.1.1 Contenu et sources de la base de données

Dans cette section, nous expliquons d'où viennent les données que nous utilisons dans le cadre de notre recherche, et enfin nous présentons la manière dont elles sont agrégées.

La Statistique Annuelle des Etablissements de santé est produite par la DREES

La Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) est réalisée par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et est en 2008 un organe du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (la DREES a toujours été rattachée au ministère en charge de la santé, quel que soit le nom du ministère) qui réalise des enquêtes statistiques dans le cadre spécifique de la santé publique et en particulier sur les établissements de soins, leurs dépenses, leurs ressources, leurs capacités et leurs activités. Les

missions de la DREES sont de concevoir l'appareil statistique et assurer la collecte, l'exploitation et la diffusion de ces statistiques. La DREES a pour mission l'élaboration, la collecte et la diffusion spécifiques de grandes enquêtes nationales, dont :

- ⇒ la SAE - Statistique Annuelle des Etablissements - sur les activités et les coûts des établissements de santé ; la DREES mène sa propre enquête complétée par les informations issues du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et des fichiers de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (fichiers traitant notamment de la consommation individuelle de soins).
- ⇒ les Comptes de la Santé, les Comptes de la Protection Sociale publiés annuellement ; la DREES participe à l'élaboration des Comptes Nationaux.
- ⇒ l'enquête trimestrielle de conjoncture.

La DREES s'occupe aussi de l'élaboration et de la diffusion d'autres enquêtes et statistiques ponctuelles. Elle intervient dans les domaines de la santé, de l'action sociale, de la protection sociale.

Description de la Statistique Annuelle des Etablissements de soins

La SAE est une base de données réalisée annuellement et dont les données nous sont accessibles à partir de 1995, mais une rénovation de sa structure a été réalisée durant l'année 2000, introduisant de nouvelles variables qui n'étaient pas présentes précédemment, notamment ce qui a trait aux maladies nosocomiales et l'appartenance aux divers réseaux hospitaliers. En conséquence, seules les données à partir de l'an 2000 sont disponibles. Cette intégration de la problématique des infections nosocomiales en 2000 reflète le regain d'intérêt significatif sur cette question à partir de 1999.

En pratique, la base de données est constituée d'un disque CD-Rom par année. Les données sont présentes sous forme de fichiers ACCESS et munis d'un logiciel d'interrogation de la base. Nous n'utiliserons pas ce logiciel qui est destiné aux professionnels de santé et plus destiné à la consultation qu'au traitement statistique.

La SAE est une base de données qui n'a pas été constituée pour répondre à notre étude. Elle a été constituée à d'autres fins, d'autres analyses. Il s'agit donc de ce que l'on appelle en statistiques des données de type secondaire, qui imposent souvent, pour répondre à de nouvelles questions, une transformation ou une adaptation des variables. On appelle cette adaptation l'opérationnalisation des variables.

L'individu statistique, le code FINESS et logiciels utilisés

Une seule et même entité juridique doit remplir plusieurs formulaires, un pour chaque établissement s'il s'agit :

- ⇒ d'établissements publics qui dispensent des activités de soins en médecine, chirurgie ou gynécologie obstétrique en hospitalisation complète
- ⇒ d'établissements de dialyse (depuis 2001)

Dans la plupart des sous-bases de données, chaque individu, chaque « ligne » est caractérisée par le numéro FINESS. Chaque numéro FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) correspondant à une organisation homogène et distincte et est le critère retenu par l'Etat pour distinguer les établissements de soins. Il correspond donc à la clé d'identification entre données pour le recoupement. Il définira de la même façon chaque organisation, notre unité d'analyse.

Les données présentes sur chaque CD-Rom sont celles de l'année considérée. Ensuite, la base de donnée est fragmentée en plusieurs sous-tableaux qui sont chacun une mini-base de données concernant un feuillet particulier du formulaire à remplir. Tous types de variables sont incluses : des variables qualitatives comme quantitatives, des variables binaires... Les données sont classées par numéro FINESS, qui est un numéro identifiant un établissement de santé particulier. Une même entité juridique peut avoir plusieurs numéros FINESS car posséder plusieurs établissements de taille conséquente.

Nous avons utilisé la procédure MERGE du logiciel SAS afin d'obtenir un seul et même tableau et sélectionner les variables d'intérêt, pour pouvoir l'importer dans Excel. Excel nous a permis de mener l'étude statistique descriptive. L'étude statistique analytique est menée grâce au logiciel Stata.

4.1.2 Constitution de la base de travail

Afin d'obtenir une base de données sur laquelle nous pouvons conduire des analyses statistiques pour tester nos hypothèses, nous avons procédé en trois étapes. Premièrement nous avons réuni toutes les informations sur un seul et même tableau, que nous appellerons base de données brutes. Puis nous créons une base avec les informations sur lesquelles nous pouvons travailler, et dans laquelle nous sélectionnons dans une troisième étape les individus statistiques et les variables d'intérêt pour notre étude.

Constitution de la base de données brutes

La première étape a consisté en la création d'une base de données de travail qui regroupe toutes les variables d'intérêt dans un seul et même fichier par le biais de procédures de fusion

sous SAS. Le fichier qui en résulte est constitué en lignes des divers individus statistiques, puis pour chaque individu les diverses valeurs par année de chaque variable, comme suit :

	Année	Variable 1	Variable 2	...
1 ^{er} individu	2000	1742	0	...
	2001	1800	1	...
	2002	1812	1	...
	2003	1910	1	...
2 ^{ème} individu	2000	700	0	...

Tableau 2 : exemple de présentation de la base de données brute

Mais cette base de données ne permet pas en l'état de tester nos hypothèses. Les données fournies par la DREES dans la SAE sont les données brutes, c'est-à-dire sans aucun retraitement. L'étape suivante consiste donc à constituer la base de travail, adaptée aux objectifs de notre étude.

Constitution de la base de travail : sélection des individus statistiques et des variables d'intérêt

Nous avons retiré toutes les organisations qui n'étaient pas directement concernées par les infections nosocomiales et où l'adoption de pratiques visant à lutter contre elles n'aurait pas de sens. Nous avons aussi exclu les établissements de traitement régulier et périodique comme les centres de dialyse qui sont très particuliers car ils servent souvent de centre d'entraînement pour les patients qui souhaitent effectuer leur traitement à domicile. De plus, les informations concernant les établissements de dialyse ont vu le mode de collecte de l'information modifié au cours de la période d'étude, en 2001. Ainsi sont donc exclus de la base les

- Etablissements de convalescence et de repos
- Pouponnières à caractère sanitaire
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire permanent

- Centres hospitalier spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales
- Syndicats interhospitaliers
- Centres de postcure pour malades mentaux
- Centres de postcure pour alcooliques
- Etablissements sanitaires des prisons
- Centres de crise ou d'accueil permanent
- Centres de dialyse
- Etablissement de lutte contre la tuberculose
- Et les établissements classés « Autre établissement soumis aux dispositions de la loi hospitalière »

Après cette sélection, nous avons en outre retiré toutes les organisations qui ne proposaient pas au moins une hospitalisation de courte durée, c'est-à-dire une capacité de 0 journées-lits potentielle. Il y a deux raisons : la première est une question de cohérence par rapport à la pratique étudiée : en effet, sans hospitalisation, le risque infectieux est beaucoup plus faible et n'est pas comparable avec les établissements qui réalisent des hospitalisations (temps d'exposition très réduit, importance et gravité des opérations ou des traitements sans commune mesure etc.). La seconde est une raison technique : nous évaluons la taille des établissements par leur capacité d'hospitalisation, ce qui est reconnu par la profession médicale comme l'une des meilleures mesures de la taille d'un établissement de soins (bien que restant imparfaite dans certains cas d'après nos entretiens avec les professionnels du secteur, notamment pour évaluer la masse de travail des salariés).

Nous avons en outre retiré les organisations qui ne faisaient pas partie de la France métropolitaine ou de la Corse. Malgré la présence de certaines données, le nombre

d'observations manquantes était parfois important dans les départements d'Outre-mer, et le risque d'inconsistance des données est réduit en les retirant.

Constitution de la base de travail : opérationnalisations et compléments

Avec les données rassemblées dans une seule et même base de données, nous faisons deux types d'opérations. Premièrement, certaines données n'étant pas exploitables de manière brute, nous avons procédé à des transformations, appelées aussi « opérationnalisations » : nous combinons plusieurs variables afin d'obtenir une variable finalisée qui sera la mesure adéquate d'un concept que nous modélisons.

De plus, nous ajoutons certaines variables d'ordre sociodémographique, qui sont des compléments d'analyse qui peuvent expliquer la variable dépendante (c'est-à-dire la variable à expliquer) choisie. L'ensemble des données peut alors être dissocié selon trois grandes catégories : premièrement, la variable dépendante, relative à ce que le modèle statistique sert à expliquer. Deuxièmement, les variables du modèle de référence, qui sont des variables permettant d'expliquer une partie de la variabilité de la variable dépendante. Elles constituent une base de référence, qui ne prend pas en compte les éléments contenus dans les hypothèses. Troisièmement, les variables explicatives : ce sont des variables relatives aux hypothèses, qui doivent démontrer une amélioration significative de l'adéquation du modèle statistique par rapport au modèle de référence. La base de données qui résulte de ces diverses opérations permet de mener les analyses statistiques descriptives et analytiques.

4.1.3 Opérationnalisation des variables du modèle de référence

Les variables présentées ici seront les variables qui seront retranscrites dans la base de données de travail de notre recherche. En effet, nous ne pouvons utiliser les bases de données brutes de la SAE en l'état, car elles ne sont pas compatibles avec un traitement statistique direct. Nous devons donc les opérationnaliser, c'est-à-dire les adapter pour les rendre exploitables dans le contexte d'une étude sociologique. Nous commençons par décrire la manière dont les individus sont identifiés les variables du modèle de référence, puis celles relatives aux hypothèses que nous souhaitons tester.

Identification et localisation des individus statistiques

Afin de mener à bien nos analyses, les individus statistiques doivent être identifiés sans ambiguïté au cours du temps. De plus, afin de mesurer la proximité entre organisations, nous utiliserons un découpage géographique appelé secteur sanitaire.

Variable d'identification de l'individu statistique : le code FINESS

Le code FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) est essentiel dans notre étude : il a été le pivot de la constitution de notre base de données de travail. Le code FINESS identifie chaque établissement de manière unique. Un code FINESS correspond à un établissement de soins. Dans toutes les sous-bases de données de la SAE, c'est ce numéro qui identifie l'établissement de santé concerné, permet les recoupements, et constitue l'unité d'analyse.

Secteur sanitaire

Le secteur sanitaire est un code géographique plus précis que le département qui permet de localiser l'établissement en question. La France compte 151 secteurs sanitaires, comprenant

en moyenne 400 000 habitants. Les secteurs sanitaires ne sont pas forcément inclus dans un département mais peuvent les chevaucher. Ils sont considérés comme des délimitations adéquates de localisation de l'offre des établissements de santé. On considère les établissements comme locaux, c'est à dire comme proches entre eux en termes géographiques lorsqu'ils appartiennent au même secteur sanitaire. Si cette approche est imparfaite, deux établissements pouvant se trouver proches géographiquement tout en n'appartenant pas au même secteur sanitaire, elle permet toutefois de capter une grande part de la proximité entre organisations, et ce de façon spécifique à la répartition de la demande et de l'offre de soins en France.

Statut juridique

Le statut juridique des établissements est un code qui peut prendre différentes valeurs, chacune correspondant à un statut juridique précis, que l'établissement soit public (établissement d'hospitalisation national, établissement d'hospitalisation régional...) ou privé (association loi de 1901 reconnue d'utilité publique ou non, autre organisme privé à but non lucratif, SARL...). Cette variable permet donc de déduire la nature publique ou privée de l'organisation.

Les variables relatives à la démonstration des hypothèses

Nous présentons en détail la variable à expliquer puis les variables explicatives. Ces variables nous permettent de tester nos hypothèses.

La variable à expliquer : l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances

La variable à expliquer retenue est l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances. Cette variable est binaire et elle code la présence de ce recueil par un « 1 » et « 0 »

dans le cas contraire. Chaque organisation, chaque année, doit faire état de l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances. Cette variable, comme nous l'avons vu, présente une bonne variance au cours du temps : la fréquence augmente de 48% à 70%, et ce de manière régulière au cours de la période d'étude.

Adoption des organisations proches géographiquement

Le degré d'exposition d'un établissement de soins à l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances est mesuré par le taux moyen d'adoption de cette pratique dans le secteur sanitaire l'année précédente.

Mesure de l'intensité de la pression institutionnelle = fréquence d'adoption de la pratique par les autres organisations dans le secteur sanitaire durant l'année précédente

Bien entendu, l'établissement considéré est exclu de la moyenne calculée pour ne pas fausser les résultats car inclure l'adoption ou non-adoption par l'organisation considérée lors de l'année n-1 augmenterait artificiellement le pouvoir prédictif de l'adoption lors de l'année n. Selon nos hypothèses, les établissements de soins proches géographiquement doivent influencer positivement l'adoption de la pratique dans l'organisation ; ainsi, plus le taux d'adoption moyen du secteur sanitaire d'une certaine organisation est élevé une année, et plus la probabilité que la pratique soit adoptée par cette organisation l'année suivante est élevée.

Fréquence d'adoption des organisations publiques ou privées

Pour mesurer l'influence exercée par les organisations publiques et privées, le calcul repose sur la même méthode mais en calculant l'adoption, par les organisations publiques d'une part, et par les organisations privées d'autre part, dans le secteur sanitaire considéré. Cela nous permet de distinguer l'influence des organisations publiques et privées sur chaque

organisation. Une forte adoption par les organisations publiques dans le secteur sanitaire considéré est donc la mesure de la pression exercée par les établissements de soins publics sur les autres établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés. Pour qualifier la nature publique, privée ou associative de chaque établissements de soins, nous utilisons la nomenclature présentée dans le tableau suivant.

CODE	STATUT JURIDIQUE PUBLIC
01	Etat
02	Département
03	Commune
04	Région
05	Territoire Outre Mer
06	Autre Collect. Terr.
10	Etablissement d'hospitalisation national
11	Etablissement d'hospitalisation départemental
12	Etablissement d'hospitalisation interdépartemental
13	Etablissement d'hospitalisation communal
14	Etablissement d'hospitalisation intercommunal
15	Etablissement d'hospitalisation régional
CODE	STATUT JURIDIQUE PRIVE
60	<i>Association loi de 1901 non reconnue d'utilité publique</i>
61	<i>Association loi de 1901 reconnue d'utilité publique</i>
62	<i>Association de droit local (Bas-Rhin, Haut Rhin et Moselle)</i>
63	<i>Fondation</i>
65	<i>Autre organisme privé à but non lucratif</i>
70	Personne physique
71	Société en nom collectif
72	Société à responsabilité limité (S.A.R.L.)
73	Société anonyme (S.A)
74	Société civile
75	Autre société (Commandité, coopérative commerciale particulière, indivision, société de fait, en participation, commerciale particulière)
77	Autre organisme privé à caractère commercial
78	E.U.R.L.
85	Société d'exercice libéral à responsabilité limitée
86	Société d'exercice libéral anonyme
87	Société d'exercice libéral en commandité par actions
88	Sté Civile Professionnelle
90	Personne morale de droit étranger

Tableau 3 : statut juridique des établissements de soins français ayant une activité médicale

Source : extrait de la nomenclature SAE 2004, éditée par le ministère de la santé français

Les codes en italique permettent d'identifier les organismes au statut associatif. Ces organismes considérés comme des associations ne sont ni traités comme des établissements publics, ni traités comme des établissements privés dans nos analyses, mais comme une catégorie à part. Elles ne sont ni présentes dans la sous-population d'établissements publics, ni présentes dans la sous-population d'établissements privés. En revanche, elles font bien partie de la population globale des établissements de soins, et sont susceptibles d'influencer d'autres organisations, quel que soit leur statut.

Appartenance à un réseau interhospitalier de soins et nombre de réseaux :

Les réseaux de soins sont très divers et, comme l'indique l'aide au remplissage du formulaire SAE « leur stade de développement est inégal, certains sont en formation et n'ont pas encore donné lieu à un engagement de l'établissement lui-même au travers de ses instances dirigeantes, d'autres sont une réalité inscrite dans la vie de l'établissement à travers la mise à disposition de moyens, le partage d'informations, l'écriture de règles et de pratiques communes... ». Pour résoudre ce problème, les seuls réseaux pris en compte sont ceux qui ont reçu un agrément de l'ARH (Les Agences Régionales de l'Hospitalisation sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie) ou du ministre (cas des réseaux dits « réseaux Soubie » visés à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) ; ces réseaux représentent les réseaux majeurs, les plus reconnus dans le domaine institutionnel. La variable représente le nombre de ces réseaux interhospitaliers auxquels l'organisation appartient. Plus ce nombre est élevé et plus l'imbrication de l'organisation dans les réseaux formels sera importante.

Opérationnalisation de l'inertie organisationnelle

Pour mesurer l'inertie d'une organisation, nous calculons la variation des volumes d'activités dans les différentes spécialités, évaluée par la variation en nombre de lits entre deux années consécutives dans le cadre des établissements de santé. Les organisations n'ont pas le même nombre d'activités toutefois, nous divisons donc par le nombre d'activités dans l'organisation pour corriger ce biais.

Ainsi, dans le cadre d'une organisation officiant dans n activités différentes, on évalue le dynamisme dans chaque activité i . L'activité de l'année considérée est notée A tandis que l'activité de l'année suivante est notée A' .

$$\text{Dynamisme} = \sum_i \left| \frac{A'_i - A_i}{\frac{A'_i + A_i}{2}} \right| / n$$

Pourquoi $\left(\frac{A'_i - A_i}{\frac{A'_i + A_i}{2}} \right)$ et pas un simple taux de variation $\frac{A'_i - A_i}{A_i}$?

Il s'agit d'une manière mathématique d'éviter la division par 0 dans le cas de la création d'une spécialité. Au lieu de prendre comme référence le volume d'activité initial, on se réfère à la moyenne entre le volume initial et le volume final ; cela ne pose aucun problème car le dénominateur n'est là que pour évacuer l'effet de volume. Nous considérons enfin les organisations moins dynamiques comme plus inertielles.

Les variables du modèle de référence

Les modèles réalisés avec les variables présentées doivent être à la fois significatifs, et augmenter significativement l'adéquation du modèle ne contenant que les variables du modèle de référence. Les variables du modèle de référence sont présentées ci-dessous.

Taille de l'établissement de soins

Le nombre de journées-lits est une mesure de la capacité d'accueil en hospitalisation dans les différentes spécialités médicales de l'établissement. Chaque lit disponible pour un malade, qu'il soit occupé ou non, confèrerait un « score » de 365 (366 les années bissextiles) s'il était constamment disponible. On lui retire alors le nombre de jours où ce lit s'avère inexploitable : ces exceptions sont strictement définies : travaux et désinfection. Ainsi, si l'exploitation du lit est suspendue pendant 10 jours pour désinfection, le « score » relatif à ce lit sera de $365 - 10 = 355$. Les jours chômés ou de congé pour le personnel ne sont pas comptés. Cette variable représente la taille de l'établissement de soins. Le nombre de lits est une mesure commune de la taille d'un établissement de soins (Scott, Ruef, Mendel et Caronna, 2000) mais aussi de la représentation des différentes spécialités médicales dans un établissement de soins. Afin d'éviter une importance trop grande de la variable sur les très grands établissements de soins, nous utiliserons le log de cette variable dans les modèles.

Variables d'intégration verticale des activités de logistique :

Ces variables indiquent si les activités de logistique suivantes sont réalisées en interne ou sous-traitées.

- restauration
- blanchisserie
- nettoyage

- informatique

Il s'agit uniquement de variables qualitatives pouvant être transformées en variables binaires (oui/non) pour chaque activité de logistique. Nous avons transformé ces variables en un score d'intégration verticale. Ce score est compris entre zéro et quatre et correspond au nombre d'activités effectivement intégrées dans l'établissement. Un score de zéro indique donc que l'établissement est peu intégré verticalement, tandis qu'un score de quatre signifie que ces quatre activités sont intégrées.

Nombre de patients interrogés sur leur satisfaction

Cette variable est le nombre de questionnaires remis aux patients les interrogeant sur leur satisfaction. Cette variable ne prend en compte que le nombre de clients interrogés sur leur satisfaction par le biais de questionnaires, mais pas les retours ni les résultats. Elle peut être vue comme une variable représentative de l'intérêt porté par l'établissement à la qualité des soins prodigués. Un établissement de soins dont les décideurs ont interrogé de nombreux patients sur leur satisfaction s'avérerait donc plus enclin à adopter des pratiques visant à réduire les infections nosocomiales, car sa démarche qualité montre un attachement spécifique à la qualité du service rendu et de la performance de l'exécution des soins. Inversement, un établissement de soins dont les décideurs ont interrogé un faible nombre de patients auraient une probabilité moindre d'adoption de la pratique. Afin d'évacuer l'effet de taille de l'organisation, nous divisons ce nombre par la taille de l'organisation.

Densité médicale

La densité médicale correspond au nombre de médecins pour 100 000 habitants dans une région. Plus la densité de médecins dans une région est importante, et plus le nombre de

contacts entre médecins sera facilité, et plus l'adoption de la pratique sera élevée, puisque cette adoption est influencée par les contacts sociaux entre les décideurs.

Taux de mortalité standardisé par infection

Cette variable qualitative représente le taux de mortalité infectieuse régional standardisé entre 1994 et 1998 et peut prendre trois valeurs : -10%, 0% ou +10%, qui correspondent à un écart entre le taux de mortalité par infection dans la région et le taux national. La Corse par exemple a -10% et a donc un taux de mortalité infectieuse inférieur à la moyenne nationale. Le Nord-Pas-de-Calais au contraire +10% et est donc plus enclin à la mortalité infectieuse. Cette variable est trichotomique car l'étude officielle de l'institut national de veille sanitaire publiée n'indique pas de chiffres plus précis. La publication de ces chiffres peut avoir un impact sur l'adoption des pratiques dans les établissements de soins dans la période étudiée. Dans le calcul sont comptées toutes les maladies ayant entraîné la mort et impliquant une infection comme cause initiale, immédiate ou associée. L'infection n'est pas forcément nosocomiale, mais comme il est particulièrement difficile de connaître exactement la cause d'une mortalité infectieuse, les établissements concernés par une recrudescence régionale de la mortalité par infection s'avèreront plus particulièrement précautionneux en matière de non-contamination infectieuse. De plus, certains moyens de lutte contre les infections comme les antibiotiques sont identiques que l'infection soit nosocomiale ou autre.

Variation de population dans la région

Cette variable quantitative représente le taux de variation de la population d'individus dans la région à laquelle l'organisation appartient. Un taux de variation important, à la hausse par exemple, peut induire une augmentation forte de la demande de soins et nécessiter une

meilleure organisation de la part des établissements de soins, impliquant l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances.

4.2 Modélisation statistique

Cette méthode a consisté en trois étapes. La première étant la création d'une base de données brutes, puis la deuxième, la transformation de cette base de données brute en une base de travail par le biais d'opérationnalisations de certaines variables, et enfin une troisième étape, une analyse statistique et plus précisément un Logit avec effets aléatoires sur données de panel.

4.2.1 La régression sur données de panel avec effets aléatoires

Nous utilisons un modèle statistique logit à effets aléatoires, et notre modèle étant constitué de données réparties sur cinq années, elles sont dites «données de panel ». Le modèle logit est utilisé car la variable à expliquer ne peut prendre que la valeur 1 dans le cas d'une adoption et 0 dans le cas contraire. En effet, la modélisation logit est utilisée lorsque la variable à expliquer est une variable binaire.

Le choix de la régression

Le type de régression le plus couramment utilisé est la régression linéaire du type :

$$y_i = \alpha + X_i \beta + u_i \quad i= 1, \dots, N$$

Avec β vecteur des coefficients de format (K x 1) s'il y a K paramètres, u_i l'erreur observée individu par individu, et α un scalaire (ordonnée à l'origine). X_i contient les différentes

variables observées du modèle (par exemple le degré d'intégration de l'établissement de santé, ou le nombre de questionnaires distribués au patient etc.) et N est le nombre d'individus statistiques soit ici le nombre d'établissements de soins. Réaliser une régression consiste à déterminer α et β de manière à ce que les valeurs calculées de y_i soit autant que possible les plus proches des valeurs « observées » dans la base. Bien sûr, un modèle adapté indique des valeurs calculées proches des valeurs observées.

Les données de panel

Les données présentées ici sont réparties sur plusieurs années, ce qui impose une régression sur données dites « de panel », avec l'introduction d'un paramètre temporel t et modélisée comme suit :

$$y_{it} = \alpha + X_{it}\beta + u_{it}$$

Souvent l'erreur commise pour chaque individu à chaque période, est modélisée comme suit dans les données de panel :

$$u_{it} = \mu_i + v_{it}$$

Comme on peut le voir μ_i ne dépend pas de t, c'est la part de la variance du terme d'erreur qui est spécifique à l'individu, v_{it} correspondant quant à lui au reste de la variation (Baltagi, 2005). Cette particularité est d'importance car deux sous-types de modélisation de la régression sont envisageables : la régression avec effets fixes et la régression avec effets aléatoires.

Effets fixes et effets aléatoires

La distinction entre effets fixes et effets aléatoires concerne le terme d'erreur. Dans une régression avec données de panel, le terme d'erreur est modélisé par :

$$u_{it} = \mu_i + v_{it}$$

Dans le cas d'effets fixes, les paramètres μ_i sont considérés comme étant des paramètres fixes destinés à être estimés. On utilise ce type d'analyse dans le cas où les individus qui composent la base constituent spécifiquement notre objet d'intérêt et que l'inférence statistique est restreinte au comportement de ces individus statistiques. Autrement dit, dans un vocabulaire plus orienté sciences de gestion, cette méthode se focalise sur la validité interne de l'étude.

Evidemment notre objectif est la généralisation, la validité externe de cette étude statistique. Nous utilisons donc une modélisation à effets aléatoires qui considérera donc μ_i comme une variable qui sera cette fois aléatoire. En statistique, cela revient à considérer que l'échantillon constitué par notre base de données est prélevé aléatoirement d'un ensemble d'individus plus grand. Ainsi la validité externe de l'étude statistique sera privilégiée.

Toutefois, certains auteurs (Greene, 2003, Baum, 2006) préconisent de conduire le test de Breusch et Pagan pour savoir s'il vaut mieux utiliser un modèle à effets fixes ou aléatoires. Nous avons donc conduit le test de Breusch et Pagan, qui consiste à déterminer si v_{it} est statistiquement différent de 0. Le test de Breusch et Pagan (sur notre modèle de référence ainsi que sur le modèle correspondant à notre première hypothèse) indique que l'hypothèse H_0 est fortement rejetée (respectivement $\chi^2(1) = 1801.82$ et $\chi^2(1) = 1612.23$; $p < 0,0001$)

indiquant que v_{it} est statistiquement différent de 0 et préconisant l'utilisation d'effets aléatoires.

4.2.2 Régression logistique et tests d'adéquation des modèles

La régression linéaire telle que nous l'avons présentée ci-dessus impose que la variable dépendante soit continue. Or, la variable dépendante dans notre recherche est binaire, et donc viole les hypothèses de la régression linéaire. Nous utiliserons donc une régression logistique, Logit, pour réaliser la modélisation statistique.

Régression logistique

Ainsi, il n'est pas possible d'utiliser une régression linéaire classique avec une variable à expliquer binaire. Par exemple, la valeur observée dans la base pour cette variable ne peut être que 0 ou 1, mais les valeurs calculées peuvent prendre n'importe quelle valeur, y compris des valeurs négatives ou supérieures à 1. Le modèle logit utilise donc la fonction logit pour contraindre les valeurs prédites entre 0 et 1 et ce de manière non-linéaire :

$$\text{Logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) \text{ définie sur }]0; 1[$$

Cette formule implique que la probabilité augmente ou diminue selon une fonction de x en forme de S et permet de borner les valeurs prédites, ce qui n'est pas possible dans une régression linéaire classique pour la variable dépendante. Ainsi la méthodologie utilisée permet donc de prendre en considération la nature binaire de la variable.

Cette figure présente la fonction logistique : $\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$ définie sur $]0; 1[$

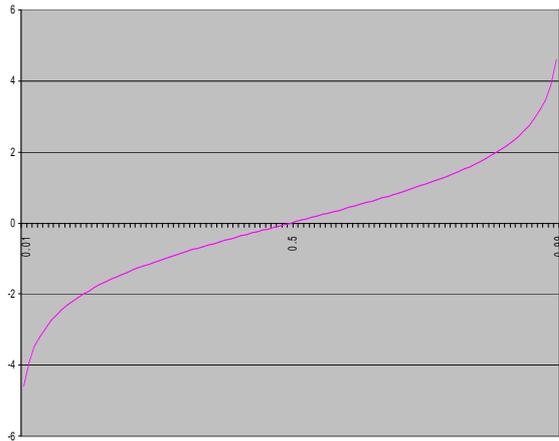


Figure 10 : courbe de la fonction logistique

On voit donc que grâce à cette fonction, n'importe quelle valeur peut être transformée en un résultat contraint entre zéro et un. Ainsi :

$$y_{it} = 1 \quad \text{si } y^*_{it} > 0$$

$$y_{it} = 0 \quad \text{si } y^*_{it} \leq 0$$

y^*_{it} étant la valeur calculée : $y^*_{it} = X_{it}\beta + u_{it}$

Notre choix s'est porté sur une régression logit (utilisant la fonction logistique) plutôt que sur la régression Probit (reposant sur la loi normale). Ces deux régressions donnent des résultats similaires, mais la régression logit attribue un poids un peu plus important aux données extrêmes (Greene, 2003). Le modèle Probit a longtemps été indûment préféré car la loi normale sur laquelle il repose lui assurait une légitimité certaine, mais aujourd'hui le modèle dominant est bien la régression logit, que ce soit dans les sciences de gestion ou les biostatistiques (Cramer, 2003).

Tests de l'adéquation des modèles

Afin de tester l'adéquation de chaque modèle, nous utilisons les tests de Wald et de maximum de vraisemblance. En théorie, le test de Wald est plus puissant sur les grands échantillons que le test du maximum de vraisemblance (Agresti, 2007). Le test de Wald est une méthode qui évalue si la variation du maximum de variance est significative entre un premier modèle de référence qui postule que tous les coefficients sont nuls et un second modèle avec les coefficients estimés.

4.3 Résultats

Nous présentons dans cette partie les résultats de l'analyse statistique. La table suivante présente les différentes corrélations entre les variables du modèle. Seul le taux régional de mortalité par maladie infectieuse a été transformé de variable trichotomique en variable binaire (1 dans le cas où la mortalité est très élevée, 0 dans le cas contraire). Cette transformation était nécessaire car il n'est pas possible de calculer de corrélation avec une variable nominale. La trichotomie de la variable est préservée en revanche pour les tests statistiques.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1) Adoption d'un recueil centralisé (laggé)	1.0000										
(2) Nombre de médecins pour 100.000 habitants	0.1246	1.0000									
(3) Taux régional très important de mortalité infectieuse	-0.0343	-0.2960	1.0000								
(4) Nombre de patients interrogés sur leur satisfaction / taille	0.1546	0.0945	-0.0398	1.0000							
(5) Variation de population régionale	0.0629	0.5349	-0.5001	0.0478	1.0000						
(6) Intégration	-0.1498	-0.1251	0.0565	-0.2242	-0.0003	1.0000					
(7) Taille en journées lit (loggé)	0.0167	-0.0372	-0.0023	-0.1799	-0.0524	0.1866	1.0000				
(8) Fréquence d'adoption publique dans le secteur sanitaire	-0.0566	-0.2338	0.0483	-0.0559	-0.1459	0.0719	-0.0361	1.0000			
(9) Fréquence d'adoption privée dans le secteur sanitaire	0.1381	0.3895	-0.2885	0.1370	0.2763	-0.1405	0.0271	-0.3518	1.0000		
(10) Dynamisme organisationnel	0.0327	0.0327	-0.0440	0.0330	0.0078	-0.0579	-0.1432	0.0017	0.0395	1.0000	
(11) Nombre de réseaux hospitaliers adhérents	0.0331	0.0369	-0.0127	-0.0552	0.0001	0.0822	0.3414	-0.0295	0.0084	-0.0383	1.0000

Tableau 4 : matrice des corrélations

Le tableau suivant présente quelques statistiques descriptives des variables du modèle :

	Nb obs.	Moyenne	Ecart type	Min	Max
Adoption recueil centralisé (laggé)	5638	0.5753813	0.4943288	0	1
Nombre de réseaux hospitaliers adhérents	7558	2.64832	6.226092	0	167
Intégration	7558	2.949325	1.072198	0	4
Dynamisme organisationnel	5677	0.1572793	0.3861714	0	5.065871
Taille en journées lit (loggée)	7558	10.58632	1.021357	4.70953	14.51509
Variation de population régionale	7558	0.0459556	0.0249558	-0.0025053	0.0977293
Nombre de médecins pour 100.000 habitants	7558	334.7564	50.41885	260	416
Nombre de patients interrogés sur leur satisfaction / taille	7558	0.0808922	0.1461593	0	5.978082
Taux rég très important de mortalité infectieuse	7558	0.1999206	0.3999669	0	1
Fréquence d'adoption dans le secteur sanitaire	7558	0.5931589	0.2056069	0	1
Fréquence d'adoption publique dans le secteur sanitaire	7496	0.2386225	0.1626884	0	1
Fréquence d'adoption privée dans le secteur sanitaire	7071	0.2875764	0.1761315	0	1

Tableau 5 : quelques statistiques descriptives

Enfin, la page suivante présente l'ensemble des modèles :

	Public								Privé										
	Modèle (0)		Modèle (1)		Modèle (2)		Modèle (3)		Modèle (4)		Modèle (5)		Modèle (6)		Modèle (7)		Modèle (8)		
Nombre de médecins pour 100.000 habitants (e ⁻³)	10.4 ***	(4.00)	7.84 **	(2.94)	7.54 *	(2.13)	8.19 *	(2.21)	10.3 *	(2.01)	8.47	(1.62)	7.17 **	(2.85)	7.63 **	(2.98)	7.76 **	(3.03)	
Taux rég important de mortalité infectieuse	-0.219	(-0.90)	-0.185	(-0.75)	0.00364	(0.01)	0.114	(0.36)	-0.259	(-0.48)	0.124	(0.22)	-0.198	(-0.83)	-0.186	(-0.77)	-0.176	(-0.73)	
Taux rég très important de mortalité infectieuse	-0.648 +	(-1.90)	-0.555	(-1.60)	-0.210	(-0.49)	-0.434	(-0.97)	-1.605 *	(-2.16)	-2.005 **	(-2.67)	-0.686 *	(-2.08)	-0.619 +	(-1.85)	-0.605 +	(-1.80)	
Nombre de patients interrogés sur leur satisfaction / taille	3.004 ***	(5.22)	2.824 ***	(4.99)	5.971 **	(3.20)	5.876 **	(2.98)	0.166	(0.35)	0.0865	(0.19)	0.854 *	(2.06)	0.839 *	(2.01)	0.903 *	(2.15)	
Variation de population régionale	5.605	(1.11)	5.151	(1.01)	-4.290	(-0.66)	-1.058	(-0.16)	28.47 **	(2.71)	30.02 **	(2.83)	5.627	(1.16)	4.755	(0.96)	4.753	(0.96)	
Intégration	-0.405 ***	(-6.16)	-0.392 ***	(-5.88)	-0.110	(-1.12)	-0.0597	(-0.59)	-0.120	(-0.98)	-0.127	(-1.06)	-0.105	(-1.55)	-0.106	(-1.56)	-0.110	(-1.61)	
Taille en journées lit (loggé)	0.288 ***	(3.65)	0.281 ***	(3.50)	0.572 ***	(6.12)	0.518 ***	(5.35)	-0.00303	(-0.01)	0.0754	(0.34)	0.537 ***	(6.68)	0.478 ***	(5.63)	0.566 ***	(6.88)	
Fréquence d'adoption dans le secteur sanitaire			2.260 ***	(7.28)															
Fréquence d'adoption publique dans le secteur sanitaire					1.026 *	-2.31			2.141 **	(2.79)					1.174 **	(3.24)	1.218 ***	(3.37)	
Fréquence d'adoption privée dans le secteur sanitaire							0.266	(0.48)			1.605 +	(1.92)							
L'organisation est privée													1.329 ***	(5.17)	1.350 ***	(5.17)	1.318 ***	(5.06)	
L'organisation est publique													-1.412 ***	(-5.72)	-1.497 ***	(-5.95)	-1.478 ***	(-5.88)	
Nombre de réseaux hospitaliers adhérents															0.0414 **	(2.87)			
Dynamisme organisationnel																		0.217 +	(1.73)
Intercept	-4.900 ***	(-4.15)	-5.421 ***	(-4.51)	-9.009 ***	(-5.94)	-8.600 ***	(-5.56)	-1.776	(-0.64)	-1.889	(-0.69)	-6.863 ***	(-5.91)	-6.757 ***	(-5.56)	-7.678 ***	(-6.38)	
Log de la variance	1.995 ***	(22.50)	2.027 ***	(22.82)	1.826 ***	(15.33)	1.833 ***	(14.91)	2.151 ***	(12.92)	2.029 ***	(12.06)	1.878 ***	(21.25)	1.905 ***	(21.28)	1.907 ***	(21.29)	
Log likelihood	-3057.97		-3030.13		-1624.46		-1525.37		-867.63		-816.87		-2971.67		-2941.24		-2944.43		
Test de Wald	111.39 ***		157.97 ***		58.66 ***		48.93 ***		17.83 *		15.81 *		250.18 ***		258.68 ***		255.47 ***		
Test du maximum de vraisemblable	1215.97 ***		1229.93 ***		604.64 ***		566.06 ***		358.09 ***		317.39 ***		1111.39 ***		1101.15 ***		1101.98 ***		
N	5638		5638		2899		2714		1928		1818		5638		5596		5596		

d.l. : degrés de liberté
t-stat entre parenthèses
+ p<0.10,
* p<0.05,
** p<0.01,
*** p<0.001

Tableau 6 : coefficients de l'analyse Logit de l'adoption d'un recueil centralisé d'infections et vigilances dans les établissements de soins français

4.3.1 L'adéquation des modèles et variables de contrôle

Notre modèle de référence est noté (0) dans le tableau de résultats. Ce modèle est donc constitué de toutes les variables qui sont utilisées pour expliquer une part de la variance de la variable à expliquer mais qui ne servent pas à tester nos hypothèses.

Les tests du maximum de vraisemblance indiquent que le modèle de référence est très significatif ($p < 0.001$), tout comme l'ensemble des autres modèles ($p < 0.001$). Les tests de Wald indiquent que le modèle de référence est aussi très significatif, ainsi que les autres modèles ($p < 0.001$) même si l'adéquation du modèle sur la sous-population des établissements privés est plus faible ($p < 0.03$ et $p < 0.05$) ce qui est en partie explicable par la taille plus réduite de ce sous-échantillon, le test de Wald étant très sensible au nombre d'observations. De manière générale, les deux sous-ensembles constitués uniquement des organismes publics et des organismes privés sont statistiquement moins significatifs, car le nombre d'établissements est moins important.

Les variables de contrôle sont significatives dans le modèle de référence, mis à part la variation de la population dans la région. L'orientation qualité de l'organisation influe positivement sur l'adoption de la pratique. Plus une organisation est intégrée et moins il est probable qu'elle adopte la pratique, mais ce résultat manque de robustesse dans les divers modèles. Les augmentations de population dans la région augmentent le nombre de patients potentiels dans les établissements de santé et donc peuvent favoriser le besoin d'un recueil centralisé d'informations concernant les infections nosocomiales. La taille des organisations joue positivement sur l'adoption, mais cette influence est moins robuste dans le cadre des établissements de soins privés (ce qui peut être dû à la taille plus faible de l'échantillon, à des effets de corrélation croisés ou à la moindre variance de la taille des établissements privés).

La forte densité médicale, c'est-à-dire une concentration importante de médecins, favorise la transmission des pratiques entre organisations et donc leur adoption. Enfin, un taux de mortalité infectieuse important dans une région peut être mis en parallèle avec l'absence de mise en place de lutte infectieuse.

4.3.2 Le test des hypothèses

L'introduction de la fréquence d'adoption de la pratique dans le secteur sanitaire, modèle (1), améliore le modèle significativement. L'adoption de pratiques par les organisations de santé proches l'année précédente impacte positivement et fortement ($p < 0.001$) l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances par l'organisation. Ainsi l'hypothèse 1 est validée et l'importance de l'influence locale des établissements de soins est confirmée au niveau des secteurs sanitaires.

Afin de distinguer l'influence exercée sur les organisations publiques et privées, on crée deux sous-ensembles de la base de données, l'un ne contenant que les organisations publiques et l'autre ne contenant que les organisations privées. Cela nous permet alors de distinguer l'influence subie par l'une et l'autre catégories. Il est possible de réaliser différents modèles avec l'« influence des organisations publiques et privées » et la « sensibilité des organisations publiques et privées » et ainsi de reconstituer les quatre cas de figure : impliquant une organisation publique ou privée en source de l'imitation et une organisation publique ou privée en objet de l'imitation.

Dans les quatre modèles suivants (2 à 5), nous séparons l'ensemble des données en deux sous-populations statistiques : dans les deux premiers modèles, seules les organisations publiques

sont présentes et dans les deux suivants, seules les organisations privées le sont. Nous avons exclu les organisations dont le statut est associatif de ces deux sous-populations statistiques. Dans le modèle (6) en revanche, celles-ci sont bien présentes et le statut associatif est une modalité « pivot », c'est-à-dire qu'il s'agit de la valeur de référence 0 comparée aux coefficients relatifs aux modalités de statut public et statut privé.

Ainsi, dans le modèle (2), seules les organisations publiques sont étudiées. On voit que l'impact des autres organisations publiques environnantes est positif : plus les hôpitaux publics ont adopté la pratique l'année précédente et plus les chances sont grandes que l'établissement public ait adopté. Cela signifie que l'hypothèse d'homophilie est validée dans le cadre public (H2a validée, $p < 0.05$).

Dans le modèle (3), seules les organisations publiques sont étudiées. L'impact des organisations privées sur les organisations publiques n'est pas significatif : ainsi les organisations privées, dont l'influence semble faible n'affecte pas les organisations publiques qui semblent peu sensibles aux pressions qui s'exercent sur elles (hypothèses 3 et 4).

Dans le modèle (4), seules les organisations privées sont étudiées. La fréquence d'adoption des organisations publiques locales l'année précédente influence positivement et de manière très significative la probabilité d'adoption de la pratique dans les organisations privées. Les hypothèses de l'influence importante d'une organisation influente sur un objet sensible sont validées, les établissements de soins publics semblant influents et les établissements privés semblant sensibles (hypothèses 3 et 4, $p < 0.01$).

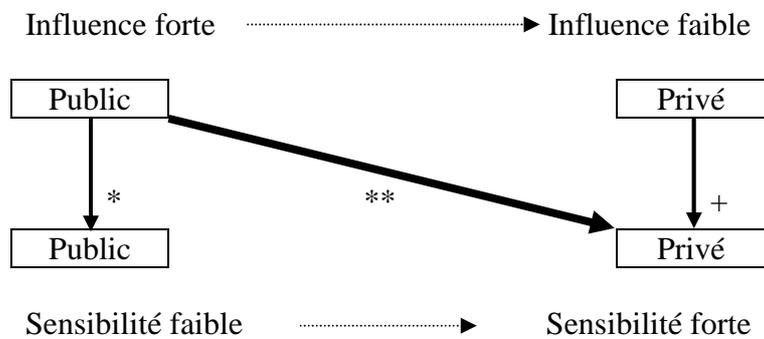
Dans le modèle (5), seules les organisations privées sont étudiées. L'impact de l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances par les organisations privées environnantes l'année précédente est significatif sur les établissements privés. Cela signifie que l'hypothèse d'homophilie est validée dans le cadre privé (H2b validée, $p < 0.10$).

Les modèles (2), (3), (4) et (5) présentent des niveaux d'adéquation du modèle plus faibles que les modèles représentant toute la population. Cela est dû à deux facteurs : premièrement la taille de la population étant moins grande, les seuils de significativité sont plus difficiles à atteindre. Deuxièmement, la nature publique ou privée affecte de manière importante l'adoption des pratiques organisationnelles. De plus, le nombre d'individus statistiques varie quelque peu entre deux modèles : en effet, dans certains secteurs sanitaires, il n'y a parfois qu'une ou deux organisations publiques ou bien privées. S'il n'y a pas d'établissements proches susceptibles d'influencer l'organisation, alors cette organisation est exclue de la sous-population, ce qui peut expliquer la variation du nombre de données dans le modèle.

Le modèle (6) inclut l'ensemble de la population à nouveau. Dans des contextes comparables, les organisations privées ont plus adopté le recueil centralisé des infections et vigilances que les organisations publiques, ce qui fournit une validation supplémentaire aux hypothèses d'organisations sensibles et peu sensibles (hypothèses 3a et 3b). Les établissements au statut associatif sont présents dans la population et constituent en réalité la modalité « pivot » ; on constate d'ailleurs que les établissements associatifs sont intermédiaires aux établissements publics privés (car les coefficients standardisés sont 5,17 et -5,72, et donc leur moyenne est relativement centrée sur zéro, $p < 0.001$ pour les deux).

On remarque aussi que les niveaux de significativité sont plus élevés pour les hypothèses source et objet des pressions institutionnelles que pour les hypothèses relatives à l'homophilie ! Ce résultat souligne l'importante contribution de la distinction entre influence et sensibilité institutionnelle des organisations face à une théorie sociologique puissante et établie.

Ainsi les organisations privées n'exercent pas d'influence sur les établissements publics, tandis que la relation réciproque est fortement significative. Les organisations publiques, étant des acteurs institutionnels forts, influencent de manière caractéristique les organisations en général, et particulièrement les organisations privées, qui sont des organisations dont la sensibilité est plus prononcée. Ainsi, nous avons reconstitué les quatre cas de figure possibles d'associations :



→ La flèche pleine et son épaisseur indiquent l'impact et l'importance de l'adoption de l'organisation source sur la probabilité d'adoption de l'organisation cible

Figure 11 : tests de l'influence et de la sensibilité des établissements publics et privés

Ainsi, l'impact homophile est statistiquement significatif, mais moins que l'impact de l'influence et la sensibilité entre les établissements publics et privés.

L'avant-dernier modèle montre l'importance de l'impact du réseau sur la probabilité d'adoption de la pratique. Plus le nombre de réseaux auxquels appartient l'organisation est important et plus la probabilité d'adoption de la pratique est importante, et ce lien est très significatif. Le nombre de réseaux auxquels l'organisation appartient est une mesure plus fine que la simple appartenance/non-appartenance et évalue l'enchevêtrement, l'imbrication de l'organisation dans les réseaux formels du secteur.

L'impact négatif de l'inertie sur l'adoption de pratiques dans le dernier modèle est faiblement significatif ($p < 0.1$), et le signe attendu est bien celui observé : le dynamisme organisationnel est corrélé avec la probabilité d'adoption de la pratique.

Dans ces deux derniers modèles, la nature influente ou sensible des organisations est plus importante que les théories des réseaux ou la mesure de l'inertie organisationnelle, comme l'attestent les niveaux de signification des coefficients relatifs (même si cet argument doit être modéré pour l'inertie organisationnelle, dont la mesure ne capte peut être pas totalement la variance du concept).

Toutefois, l'approche par secteurs sanitaires limite notre flexibilité vis-à-vis de la sphère d'influence et de sensibilité des établissements de soins. Notre modélisation impose une influence des organisations limitée à leur secteur sanitaire. Or les établissements de soins privés sont plus concernés par l'impact local à cause des pressions compétitives qui s'exercent sur eux, alors que les établissements de soins pourraient être influencés par des pressions plus diffuses. Ces résultats nous mettent donc sur la piste de la recherche du locus des interactions institutionnelles. Nous avons donc conduit quelques analyses complémentaires.

4.3.3 Résultats complémentaires

Guidés par les résultats de notre recherche, nous avons conduit des analyses à plusieurs niveaux : au niveau national, au niveau régional et au niveau des secteurs sanitaires, d'abord en examinant toutes les organisations puis uniquement avec les organisations publiques et enfin uniquement avec les organisations privées.

Les résultats sont assez clairs : lorsque l'on ne regarde qu'au niveau des secteurs sanitaires, seules les organisations privées sont influencées significativement par les autres organisations. Les organisations publiques, quant à elles, ne sont que peu sensibles à ce niveau. En revanche, lorsque l'on regarde à des niveaux d'influence plus macroenvironnementaux (au niveau régional, voire national), l'adéquation du modèle expliquant l'adoption des organisations publiques augmente de manière importante. Lorsque l'on met les différents niveaux d'analyse en compétition dans le modèle traitant des organisations publiques, c'est le niveau national qui l'emporte (même s'il faut modérer les conclusions des modèles intégrant les trois niveaux d'analyse, ceux-ci étant par nature corrélés), et ce même lorsque l'on intègre dans le modèle de référence l'adoption des Centres Hospitaliers Universitaires (on notera d'ailleurs que le modèle de référence est quelque peu différent et que nous ne l'avons pas détaillé pour ne pas diluer le propos). En revanche, le niveau d'analyse régional l'emporte dans le cadre des établissements de soins privés.

Les résultats complémentaires sont présentés ici de manière très succincte afin de mieux expliciter les raisons d'une sensibilité locale plus importante des établissements de soins privés aux pressions institutionnelles. Ces résultats soulignent une nouvelle fois l'importance de bien examiner à la fois la source et l'objet des pressions institutionnelles. En effet, dans le cadre des pressions institutionnelles locales, les organisations publiques sont effectivement

peu sensibles, mais elles le sont plus dans le cadre de pressions institutionnelles plus nationales. Les résultats complémentaires n'analysent et ne comparent pas l'influence des organisations publiques et privées, ni leur niveau (secteur sanitaire, régional ou national), seulement leur sensibilité (pour justifier la plus faible adéquation des modèles décrivant l'adoption des organisations publiques). De manière générale, la mise en parallèle de ces résultats complémentaires avec ceux de la thèse soulève de nouvelles questions hors du champ de la problématique, que nous ne traiterons donc pas ici.

					Public				Privé			
	Modèle (1)	Modèle (2)	Modèle (3)	Modèle (4)	Modèle (5)	Modèle (6)	Modèle (7)	Modèle (8)	Modèle (9)	Modèle (10)	Modèle (11)	Modèle (12)
Adoption dans le secteur sanitaire	**			0	0			0	**			0
Adoption dans la région		***		**		**		0		***		**
Adoption nationale			***	**			***	**			***	0
Constante	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***	***	***

+ p<0.10,
* p<0.05,
** p<0.01,
*** p<0.001

Tableau 7 : Résultats complémentaires de l'analyse Logit de l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances dans les établissements de santé français

5 Contributions et discussion

Cette recherche a pour objectif de montrer l'existence conjointe d'une influence et d'une sensibilité des organisations aux pressions institutionnelles. Dans le cadre des établissements de soins français, les établissements publics sont à la fois influents mais peu sensibles tandis que les établissements privés sont peu influents mais très sensibles. L'étude conjointe de l'influence et de la sensibilité institutionnelle des organisations permet d'expliquer l'ambiguïté d'une adoption plus importante parmi les établissements privés, alors que les hôpitaux publics sont pourtant plus influents. Ces deux aspects caractéristiques de chaque organisation permettent dans le cadre de notre terrain d'étude de bien expliquer l'adoption de pratiques, au moins aussi bien sinon mieux que d'autres théories sociologiques pourtant bien établies, comme l'homophilie, la théorie des réseaux ou l'inertie organisationnelle.

Nous allons présenter les contributions de cette recherche à la théorie institutionnelle et à la compréhension de l'adoption de pratique dans un premier temps, puis nous ferons le point sur les limites et sur les perspectives ouvertes par ces contributions.

5.1 Contributions théoriques

Nous présentons dans cette partie les contributions de cette recherche aux théories institutionnelles et plus généralement à la sociologie et à la littérature traitant de l'adoption de pratiques organisationnelles.

5.1.1 Influence et sensibilité des établissements de soins : la résolution d'un angle mort de la littérature

Dans notre étude du secteur, les établissements de santé publics apparaissent comme influents mais peu sensibles, tandis que les établissements de santé privés apparaissent comme peu influents mais très sensibles. Nous allons tenter d'en expliquer les raisons et montrer que l'étude conjointe de l'influence et de la sensibilité des organisations permet de mieux comprendre l'adoption de pratiques organisationnelles mais aussi de mieux comprendre en parallèle les variations de l'intensité des pressions institutionnelles dans le temps et l'espace.

Influence des établissements de santé

L'étude statistique identifie les établissements de santé publics comme étant influents institutionnellement, tandis que les établissements de soins privés sont peu influents. Les établissements de santé publics sont plus influents car ce sont eux qui forment les professionnels de santé (« Tous les praticiens hospitaliers du service, anciens Chefs de Clinique-Assistants des Hôpitaux, assurent la formation des internes et des étudiants hospitaliers : formation clinique, formation au plateau technique, cours hebdomadaires, une séance de bibliographie hebdomadaire, staffs médico-chirurgicaux hebdomadaires. » vu sur le site Internet du Centre Hospitalier public de Saint Germain-en-Laye consulté le 3 novembre 2008 (http://www.chi-poissy-st-germain.fr/site/Activite_cardio_vasculaire-45.html)).

Les établissements de santé s'attendent à ce que le développement de pratiques efficaces ou adéquates, qu'elles soient novatrices ou non, provienne des établissements de santé publics en conséquence de leur rôle spécifique de recherche et de formation médicale. Ce rôle majeur de la professionnalisation dans la détermination des forces institutionnelles était déjà souligné

dans l'article séminal de DiMaggio et Powell (1983), qui affirmaient déjà l'importance cruciale du rôle de la professionnalisation dans les processus d'institutionnalisation. Les organisations formatrices enseignent, façonnent les professions et les professionnels et ont ainsi une influence très importante sur les institutions et les pratiques en vigueur.

L'importance de la professionnalisation dans la détermination des pressions institutionnelles a été mise en évidence par Greenwood et al (2002) dans le cadre des pratiques comptables : les institutions dans le secteur changent, ce qui provoque une évolution des pratiques. Ces pratiques participent à leur tour, par leur rationalisation et leur imprégnation par les acteurs à changer les institutions. Dans le cadre des établissements de santé, ce sont les établissements publics qui prodiguent cet apprentissage, ce qui en fait des organisations dont l'influence sur les autres établissements de santé est plus forte. A contrario, les organisations privées n'ont pas cette dimension formatrice et professionnalisante, et sont donc par nature moins influentes que les établissements de soins publics.

Sensibilité des établissements de santé

Les établissements de santé privés sont particulièrement sensibles aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux, contrairement aux établissements de santé publics qui sont peu affectés par ces pressions. Dans certains secteurs, tel que celui de la santé, les organisations privées sont très sensibles aux forces institutionnelles car la recherche de profit peut être vue comme divergente avec la qualité des soins prodigués aux patients (Baum et Singh, 1994). Elles sont donc très enclines à adopter les pratiques qui la feront paraître plus légitime aux yeux des parties prenantes.

A titre d'illustration dans le secteur des établissements de soins, Provan (1987) fait l'hypothèse qu'un nombre accru de médecins au conseil d'administration des hôpitaux au détriment de managers impliquerait une plus faible probabilité d'adoption de politiques de restrictions budgétaires. Les établissements de soins privés ont une forte tendance à être très influencés par le modèle public, étant perçu comme moins affecté par cette divergence potentielle d'intérêts entre objectif de rentabilité et qualité des soins prodigués au patient.

Forts de la moindre importance des facteurs concurrentiels, les établissements de soins publics sont aussi moins sensibles aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux, car ils sont considérés naturellement comme des acteurs légitimes du secteur. Toutefois, avec le temps, la pression institutionnelle s'intensifiant, les établissements de soins publics adoptent à leur tour, mais plus tardivement. Comme DiMaggio et Powell (1983) en avait eu l'intuition, lorsque l'adoption est très répandue dans la population d'organisations, l'adoption de la pratique induit plus une légitimité qu'un intérêt fonctionnel, ce qui fut démontré par Westphal, Gulati et Shortell (1997).

Le statut peut ainsi jouer un rôle important sur la sensibilité aux pressions institutionnelles et son importance vis-à-vis de la performance. Washington et Zajac (2005) montrent à ce sujet que le statut des organisations définit une certaine propension à se voir octroyer des privilèges ou des discriminations. Les organisations dont le statut leur octroie un privilège se voient favorisées et ce quelles que soient les performances obtenues, ce qui logiquement les rendrait moins sensibles aux pressions qui s'exercent sur elles, comme c'est le cas des établissements de soins publics.

Influence et sensibilité organisationnelles : comprendre l'hétérogénéité des pratiques et des institutions

La littérature propose souvent une pression institutionnelle potentiellement changeante mais homogène, dans le sens où les méthodologies employées traitent soit de pressions exogènes à la population d'organisations comme des réglementations, des contextes culturels (Carroll et Delacroix, 1982, Dobbin et Dowd, 1997) soit d'une influence globale qui affecterait indifféremment les acteurs (Thornton et Ocasio, 1999, Thornton 2002) soit d'organismes extérieurs tels que des organismes d'accréditation (Guler, Guillén et Macpherson, 2002). Dans la plupart de ces situations, la pression institutionnelle s'impose de manière identique à l'ensemble de la population d'organisations à un instant donné.

Plus récemment, l'hétérogénéité des pressions institutionnelles et leur influence suivant les organisations qui en sont à la source sont mieux étudiées dans la littérature (Kraatz et Moore, 2002, Lounsbury, 2007, Rao, Monin et Durand, 2003), mais elles sont très peu étudiées conjointement avec l'hétérogénéité de la sensibilité des organisations à ces mêmes pressions institutionnelles. Seules exceptions notables : Strang et Tuma (1993) préconisent une approche prenant en compte l'hétérogénéité dans la répartition des sources et des objets d'influence. Ils incorporent ces paramètres dans un modèle de contagion issu des données sur l'adoption de la tétracycline de Coleman, Katz et Menzel (1966), données dont les résultats issus sont très contestés, et en particulier sur la nature contagieuse du mode de diffusion (Van den Bulte et Lilien, 2001). La seconde recherche étant Strang et Soule (1998), qui traite spécifiquement de la question des institutions mais qui n'est que théorique et dont les hypothèses ne sont pas testées. Les études menées au niveau individuel dans les organisations montrent d'ailleurs l'importance de comprendre d'où viennent les changements institutionnels, et la relative sensibilité à cette influence (Zilber, 2002) pour comprendre

l'évolution et l'hétérogénéité des institutions et des pratiques. Briscoe et Safford (2008) présentent un des modèles les plus aboutis d'étude conjointe d'influence et de sensibilité institutionnelles des organisations : les organisations comptant un grand nombre d'activistes adoptent plus facilement la pratique mais l'influence de cette adoption est moindre sur l'adoption par d'autres organisations. Toutefois, cette recherche se distingue de la nôtre par plusieurs aspects essentiels : premièrement l'institution est émergente et non pas établie, de plus elle présuppose l'intention des acteurs de vouloir changer volontairement les institutions et enfin elle nécessite l'existence d'une institution concurrente déjà elle-même établie puisqu'il s'agit d'une pratique contestataire ou controversée (« contentious practice ») qui bouscule l'ordre établi. Les auteurs indiquent par ailleurs dans les perspectives futures de recherche qu'une telle approche devrait être décortiquée hors du contexte de ces pratiques contestataires ou controversées.

Décomposer l'influence et la sensibilité organisationnelles est complexe mais peut être nécessaire pour comprendre l'adoption de pratiques et les processus d'institutionnalisation. Dans le cas de Lounsbury (2007), la proximité géographique et la constitution d'identités fortes sont à la fois la source et la conséquence de pressions institutionnelles et conséquemment de l'adoption de certaines pratiques ; la source de pressions institutionnelles car les fonds mutuels plus conservateurs ont tendance à se situer de manière préférentielle à Boston pour des raisons de visibilité ou de légitimité, mais aussi la conséquence car un fond situé à Boston aura intérêt à adopter une politique conservatrice de la gestion de ses portefeuilles pour être un acteur légitime auprès de ses partenaires et parties prenantes. Ainsi, cette dissociation entre influence et sensibilité des organisations peut non seulement permettre de mieux comprendre l'évolution des processus d'institutionnalisation et l'évolution de

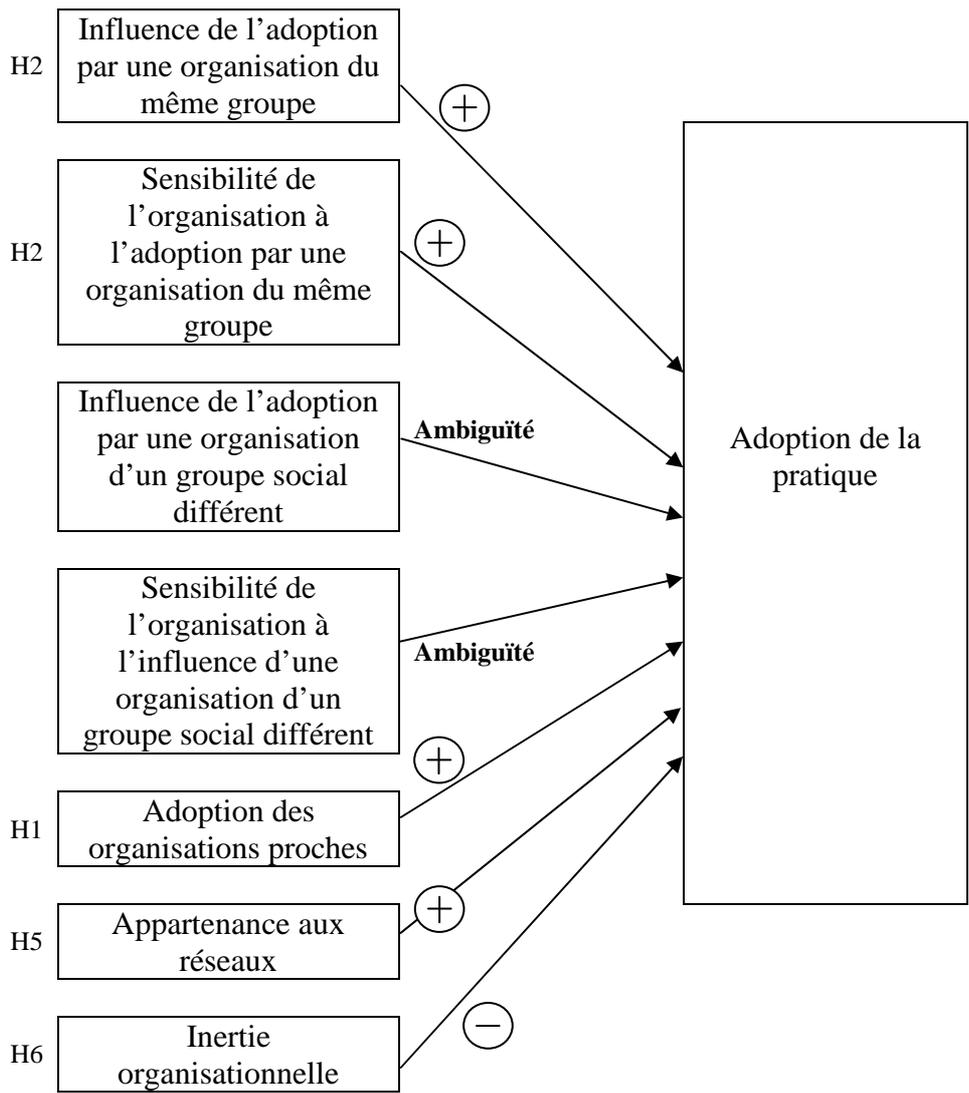
l'adoption des pratiques organisationnelles, mais aussi ouvre des perspectives sur une meilleure compréhension globale du lien entre les deux.

Cette recherche s'inscrit donc dans une volonté de la part des chercheurs en théorie institutionnelle de prendre en compte le caractère multidimensionnel des forces institutionnelles (Ruef et Scott, 1998, Desreumaux, 2005). Cela permet de résoudre l'ambiguïté suivante : pourquoi les établissements de santé privés ont plus adopté les pratiques visant à réduire les infections nosocomiales tandis que les établissements de soins publics sont plus influents.

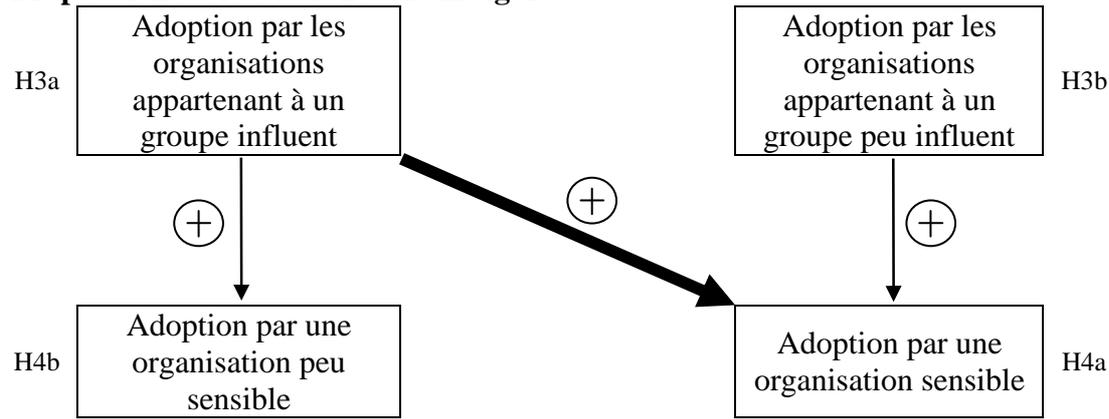
Nous rapprochons cette ambiguïté des travaux de Lounsbury (2001) dans le cadre des pratiques visant à favoriser le recyclage dans les universités américaines. Il avance que les établissements publics sont censés incarner la volonté des pouvoirs publics et des discours promulgués par ceux-ci, et seraient donc plus enclins à adopter ces pratiques. En l'occurrence, les résultats ne sont pas significatifs, et l'on peut penser que les établissements publics pourraient être réellement influents en matière d'adoption de pratiques tout en n'étant pas eux-mêmes sensibles à la pression institutionnelle. Ainsi, les universités publiques qui adopteraient pourraient effectivement être influentes et inciter d'autres établissements à adopter à leur tour, tout en n'étant que faiblement affecté par les incitations à adopter ce type de pratiques. Cela impliquerait donc un examen approfondi à la fois de la source et des objets des pressions institutionnelles.

Résolution d'un angle mort dans la littérature

Dans la première partie de ce document, nous avons identifié l'adoption par un groupe social différent comme étant un angle mort dans la littérature en sociologie et dans la littérature institutionnelle. Cette recherche montre que cette ambiguïté peut être résolue en qualifiant plus précisément la répartition des pressions et des sensibilités aux forces institutionnelles dans une population d'organisations, comme le montre la figure suivante, dont la partie inférieure complète la partie ambiguë du schéma présentée dans la première partie.



Proposition de résolution de l'ambiguïté:



- Les flèches indiquent les liens de causalité
- Le signe positif indique une variation dans le même sens, le signe négatif une variation dans le sens contraire
- Le lien en gras indique un impact plus important de l'adoption par un groupe influent sur une organisation sensible aux pressions institutionnelles

Figure 12 : identification d'un angle mort dans la littérature et proposition de résolution

Cette théorie n'est pas concurrente des autres théories présentées dans cette thèse sur l'adoption de pratiques telles que l'inertie organisationnelle, l'appartenance à un réseau commun, l'homophilie ou la proximité géographique. Au contraire, c'est une théorie complémentaire, dont l'impact peut être majeur, même en comparaison de ces autres théories. Le potentiel de généralisation de cette approche est conséquent ; toutefois, il est nécessaire d'évaluer l'importance des groupes sociaux d'intérêt, de l'impact homophile et de l'influence entre ces groupes : ces paramètres sont spécifiques au secteur, à la pratique et aux groupes sociaux étudiés.

5.1.2 Importance, validité externe et conséquences de l'approche par sources et objets institutionnels

Cette thèse distingue deux critères spécifiques à l'organisation : l'influence et la sensibilité aux pressions institutionnelles, dissociées par le biais d'une typologie d'organisations : les établissements de soins publics d'une part et les établissements de soins privés d'autre part. Cette typologie nous fournit des enseignements sur l'importance de notre contribution, sur ce qui permet d'identifier les acteurs institutionnels influents et sensibles et donc d'évaluer la portée de la validité externe de nos résultats.

La théorie source-objet est supérieure à l'homophilie dans le secteur des établissements de soins

Cette recherche met en perspective notre contribution de l'organisation comme étant à la fois source et objet des forces institutionnelles avec les principes de l'homophilie, dont la puissance théorique en sociologie (McPherson, Smith-Lovin et Cook, 2001) et en théorie

institutionnelle (Lounsbury, 2007) n'est plus à démontrer. Les organisations ont une tendance forte à se ressembler, à prendre les mêmes décisions, adopter les mêmes structures, les mêmes pratiques, lorsqu'elles font partie d'un sous-ensemble de la population qui a une identité forte. La distinction entre organisations publiques et privées dans le domaine des établissements de santé est très forte. Lors des entretiens avec les professionnels dans le secteur public, certains ont indiqué qu'ils ne voulaient pas travailler dans les établissements privés car les valeurs que ces établissements véhiculent sont contraires à leurs principes.

Et malgré ces fortes identités, les mécanismes homophiles restent dans le secteur des établissements de soins français moins significatifs que le pouvoir explicatif de la sensibilité et de l'influence des organisations. Ce résultat n'a pas vocation à être généralisé en l'état au-delà du secteur des établissements de santé mais il souligne tout l'intérêt que peut avoir la distinction entre influence et sensibilité institutionnelle face à une théorie sociologique reconnue de longue date dans la littérature comme peut l'être l'homophilie intrinsèque aux groupes sociaux.

Si la supériorité d'une approche dissociant l'influence et la sensibilité des organisations sur une approche homophile pour expliquer l'hétérogénéité de l'adoption de pratiques n'est pas une règle absolue, elle serait généralement vraie : en effet, il est plus adéquat pour expliquer l'hétérogénéité de retenir une méthode qui ne soit pas basée sur l'homogénéité, même si l'approche homophile peut être adaptée dans certains cas tels que celui de Lounsbury (2007). Ainsi afin de mieux comprendre l'adoption de pratiques organisationnelles et l'adhésion aux pressions institutionnelles, il est important de comprendre comment identifier les organisations susceptibles d'être plus influentes et celles susceptibles d'être plus sensibles à cette influence.

Organisations influentes, acteurs institutionnels et intentionnalité

La littérature sur l'entrepreneur institutionnel est riche et traite des organisations susceptibles d'influencer les institutions et en particulier les organisations pionnières en matière d'adoption de pratiques (Meyer et Rowan, 1977, DiMaggio, 1988, Leblebici, Salancik, Copay et King, 1991). Ces organisations peuvent en partie transformer les institutions par le biais des pratiques qu'elles adoptent. Or cette littérature présuppose l'intentionnalité, ce qui n'est pas nécessaire dans notre approche. Rao, Monin et Durand (2003) montrent par exemple que certains grands chefs français transgressent sciemment les règles institutionnalisées et sont des « activistes » prônant le changement des institutions en place. Durand (2006 : 145) précise d'ailleurs en se référant à McKelvey (1997) que « l'influence de la rationalité sur l'évolution organisationnelle n'est que partielle sur les actions réelles et concrètes réalisées par les entreprises quand elles implémentent la stratégie prévue ; les intentions et les théories ne représentent pas directement la réalité »²⁶.

Notre thèse est une contribution majeure à l'étude de l'influence des organisations car elle ne présuppose pas l'intentionnalité ou la volonté des organisations de changer leurs institutions comme c'est le cas des entrepreneurs institutionnels. Les organisations, en démontrant leur adhésion à une institution, en particulier en adoptant une pratique qui incarne cette institution, influence les autres organisations, les incite à y adhérer à leur tour et éventuellement à adopter la même pratique.

²⁶ Traduit de : « the influence of intentionality on organizational evolution is subsumed into the real and concrete actions undertaken by firms when implementing the envisioned strategy ; intentions and theories do not directly fashion reality »

Dans le secteur des établissements de santé, les organisations influentes sont les établissements publics pour deux raisons : la première est une légitimité naturelle conférée par un risque perçu comme moindre d'une éventuelle divergence entre la poursuite de l'objectif de maximisation du profit et l'intérêt des patients. La seconde est que les établissements de santé sont les organisations qui organisent la formation des professionnels de santé et sont donc particulièrement influents en matière d'adoption de pratiques. Ces deux caractéristiques n'ont pas pour objet de délibérément rendre les organisations publiques plus influentes institutionnellement ; elles le sont par nature.

Organisations sensibles aux pressions institutionnelles et contribution à la notion d'isomorphisme

Une autre contribution importante de cette thèse à la littérature concerne l'identification des organisations sensibles institutionnellement. Galaskiewicz et Wasserman (1989) indiquent que les pressions institutionnelles sont plus importantes sur les donateurs et sur les organisations philanthropiques, car les acteurs qui financent ces organisations ne sont pas les consommateurs du service proposé. Le raisonnement de Galaskiewicz et Wasserman (1989) est le suivant : les organismes qui financent les organisations philanthropiques ont une information tardive et imprécise de la bonne allocation et utilisation des ressources consacrées ; ainsi, l'offre étant conditionnée par des ressources extérieures qui ne sont pas alignées par rapport à la demande pour ce service, elles sont dans l'incertitude et sont très sensibles aux pressions institutionnelles, en particulier aux pressions isomorphiques.

En appliquant ce raisonnement dans le cadre des établissements de soins, cela impliquerait que les hôpitaux publics, moins concernés par les facteurs de marché, soient plus influents, mais aussi plus sensibles en termes de pressions institutionnelles, même si l'on considère qu'une partie des dépenses sont payées par l'état ou les mutuelles pour des actes réalisés dans le secteur privé. Or ce raisonnement ne tient pas complètement dans le cadre des établissements de soins français. Les hôpitaux publics sont bien influents, mais l'incertitude liée à la moindre clarté des facteurs de marché (offre et demande) font que les hôpitaux publics sont moins sensibles aux pressions isomorphiques. Inversement les cliniques privées sont plus sensibles aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur elles, car ne pas adhérer à une institution bien établie serait préjudiciable à court terme.

Notre terrain d'étude donne des pistes plus précises sur l'identification possible des organisations fortement sensibles : les organisations plus concernées par les facteurs de compétition seraient en même temps plus enclines à adhérer aux pressions institutionnelles, car elles ont besoin de cette légitimité institutionnelle pour être compétitives et ne pas disparaître. Il est par ailleurs accepté dans la littérature que la conformité aux pressions institutionnelles augmente la probabilité de subsister (Hannan et Freeman, 1977, Baum et Oliver, 1991, Dobbin et Dowd, 1997). Ainsi, les organisations qui sont plus sensibles aux pressions concurrentielles seraient les plus enclines à être sensibles aux pressions institutionnelles et à être influencées par les pratiques organisationnelles.

Validité externe et enseignements de la dissociation entre secteur public et secteur privé

Nous rappelons dans cette section que la distinction entre organisations publiques et privées est le moyen de distinguer parmi les établissements de soins les organisations qui sont

influentes ou non, et celles qui sont sensibles ou non. Cette distinction ne peut être généralisée systématiquement à d'autres secteurs d'activité. Par exemple, il est probable que dans le secteur du conseil, les organisations privées soient plus influentes et les organisations publiques peu influentes en termes institutionnels, et ce parce que ce sont les organisations privées qui définissent et enseignent les pratiques, par un travail de terrain mais aussi par le développement d'outils et de techniques dans ces organisations (par exemple, la matrice Boston Consulting Group, outil d'aide à la décision stratégique développé et utilisé par l'entreprise du même nom, ou la méthode PIMS développée initialement par Sidney Schoeffler chez General Electric ; Hunter et O'Shannassy, 2007). En revanche, considérant que la sensibilité des organisations est plus importante lorsqu'elles sont plus impactées par les pressions de compétition, les agences privées de conseil seraient aussi plus enclines à se conformer aux pressions institutionnelles et à adopter les normes et les pratiques qui leur sont associées. Cet exemple met en évidence que l'influence et la sensibilité des organisations ne sont pas liées : une organisation influente peut être sensible ou non suivant les cas de figure.

La dissociation avait pour but de mettre en évidence un angle mort de la notion d'isomorphisme mimétique : dans le cadre d'une imitation, on aboutit bien à une ressemblance croissante des organisations (DiMaggio et Powell, 1983), mais la littérature omet souvent de préciser que dans une imitation, il y a deux parties prenantes très différentes : l'imitateur, et l'imité (Westphal, Gulati et Shortell, 1997, Deephouse, 1999, Lounsbury, 2007), vraisemblablement parce qu'il n'est pas facile d'opérationnaliser cette distinction ; Strang et Macy (2001) développent d'ailleurs cette distinction sur la base d'une simulation assistée par ordinateur, elle-même inspirée d'un modèle (sur des données contestées par Van den Bulte et Lilien, 2001) de Strang et Tuma (1993) et d'un article théorique de Strang et Soule (1998). Cette difficulté à opérationnaliser l'influence de l'imité et la sensibilité de

l'imitateur est pourtant un facteur majeur de la compréhension de l'hétérogénéité de l'adoption de pratiques et des pressions institutionnelles au cours du temps et de l'espace.

Or, si la sensibilité de certaines organisations aux pressions institutionnelles est liée aux pressions de compétition, la dissociation entre organisations publiques et privées est un moyen tout indiqué pour poursuivre les recherches ayant trait à la sensibilité institutionnelle des organisations dans d'autres contextes. Notamment, il s'agit de déterminer quelle peut être la validité externe de cette approche dans les situations où les institutions ne sont pas produites par les organisations elles-mêmes dans le cadre de pressions mimétiques, mais dans les situations où les pressions isomorphiques sont exogènes (produites par l'état, par exemple). Lounsbury (2001) évoquait l'hypothèse que les établissements publics seraient plus enclins à adopter les pratiques écologiques prônées par l'Etat car leurs liens avec le gouvernement sont plus forts que pour les établissements privés. Or cette hypothèse n'est pas validée pour aucune des deux variables dépendantes et voit même le signe attendu pour la création d'un nouveau poste dans le sens opposé à celui attendu par l'auteur (bien que non significatif), l'autre variable dépendante (l'attribution de la pratique à une instance ou à un poste préexistant) étant elle dans le bon sens mais aussi non significative.

5.2 Limites et perspectives futures de recherche

Comme toute recherche, celle-ci présente des limites théoriques, méthodologiques et relatives à la validité externe ; ces limites sont à la fois des imperfections mais aussi des opportunités d'améliorations futures.

5.2.1 Limites et perspectives théoriques

Cette thèse tente de présenter une contribution importante à la littérature sociologique et institutionnelle, en permettant de mieux comprendre l'évolution et la répartition de l'intensité institutionnelle dans le temps et l'espace

Forces institutionnelles et compétitives

Baum et Singh (1994) invoquent la proximité géographique comme un avantage pour les organisations dont l'offre de services est complémentaire, car leur probabilité de survie est augmentée par la complémentarité possible de ces services. A contrario, elle était néfaste pour les organisations dont les services étaient similaires, à cause des effets de compétition. Ainsi, il pourrait être bénéfique pour des organisations proches d'adopter des pratiques différentes plutôt que les mêmes.

Dans cette logique, et dans le contexte hospitalier, D'Aunno, Succi et Alexander (2000) proposent une vision plus concurrentielle et moins institutionnelle de la proximité géographique entre organisations sur l'adoption de pratiques : ils souhaitent montrer que les organisations adoptent des pratiques différentes de celles de leurs voisins afin de se démarquer de leur offre. Cette perspective ne menace pas notre approche (l'adoption de pratiques par une organisation augmente la probabilité d'adoption par les autres organisations locales) car la non-adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales peinerait à être considérée comme une différenciation. Mais cela mérite réflexion dans le cadre de la validité externe de cette approche si elle était utilisée dans d'autres contextes.

D'Aunno, Succi et Alexander (2000) examinent la probabilité de changement et constatent qu'elle est plus importante lorsque la distance de l'hôpital rural avec l'hôpital non rural le plus proche diminue : les hôpitaux ruraux ont tendance à changer leur offre de soins pour une offre beaucoup moins technique et beaucoup moins portée sur les soins intensifs aux patients, en particulier depuis la mise en place d'objectifs de réduction des coûts (Medicare). Toutefois, l'asymétrie entre hôpitaux ruraux et hôpitaux urbains, le fait que l'offre de services soit étudiée et que ce soit le changement et non la distribution de ces services fait penser au principe de marché de niche : les hôpitaux ruraux proposent des soins différents des hôpitaux urbains car ils ne sont pas en mesure de les concurrencer et proposent donc des services plus réduits, où ils bénéficient d'un avantage concurrentiel précis que les hôpitaux urbains n'ont pas, c'est-à-dire la proximité avec les usagers situés dans un rayon proche. La logique concurrentielle élimine ici la logique institutionnelle car cette dernière ne peut opérer : la légitimation conférée par l'adéquation avec les institutions (Meyer et Rowan, 1977) ne permet pas aux hôpitaux ruraux de se mettre au même niveau de légitimité que les hôpitaux urbains.

L'absence de facteurs concurrentiels ayant un impact direct et mesuré sur l'adoption de pratiques constitue à la fois une limite, une force et une opportunité de cette recherche. Une limite d'une part, car dans certains contextes, la concurrence potentielle ou effective entre organisations est un facteur explicatif important de l'adoption d'une pratique dans les organisations. Toutefois, ce n'est pas toujours vrai et il existe des situations où les phénomènes institutionnels surpassent la logique économique (Barabel, Huault et Meier, 2007). C'est aussi une force, car en nous focalisant sur les forces institutionnelles plutôt que sur les forces compétitives qui ont fait l'objet d'une attention soutenue de la part des chercheurs, nous avons un cadre favorable à la découverte de mécanismes importants mais méconnus. De plus, comme Desreumaux et Hafsi (2006) le soulignent, les nombreuses études

sur les mécanismes concurrentiels sont très contingentes avec nos sociétés occidentales, et sont parfois limitées pour expliquer certains phénomènes dans d'autres contextes, comme dans les pays émergents par exemple. L'absence de facteurs concurrentiels est aussi une opportunité pour des recherches futures car notre modèle n'exclut pas la possibilité de faire intervenir les pressions concurrentielles en complément des pressions institutionnelles. En particulier, il pourrait y avoir un lien entre sensibilité institutionnelle et sensibilité aux pressions concurrentielles, car les organisations soumises à de fortes pressions concurrentielles seraient fortement susceptibles de démontrer leur adhésion aux valeurs, aux normes et croyances en vigueur.

Hétérogénéité institutionnelle et intentionnalité des acteurs

Cette recherche ne prend pas en compte l'intention des acteurs de modifier ou pas les institutions en vigueur : est-ce que les établissements publics adoptent pour « montrer l'exemple », comme Lounsbury (2001) le prévoyait, ou bien pour d'autres raisons ? Les établissements de soins privés adoptent-ils dans l'objectif d'être plus compétitifs ?

La littérature présente les pressions institutionnelles comme des forces qui concernent toutes les organisations, à des degrés divers certes, mais aucune n'y échappe vraiment totalement même s'il leur est possible de les contourner, de les négliger, de les manipuler ou de les défier (Oliver, 1991). Ces pressions sont créées, répliquées et subies souvent même de manière inconsciente par les acteurs (Meyer et Rowan, 1977). Pourtant, dès qu'il s'agit d'expliquer l'évolution, la répartition ou la diffusion des pratiques, la littérature présuppose souvent l'intentionnalité, qu'il s'agisse de la volonté d'acteurs influents de changer les règles (Rao, Monin, Durand, 2003), de militants tentant d'imposer certaines pratiques dans leurs

entreprises (Briscoe et Safford, 2008), ou comme en témoigne moins récemment le courant prolix de la littérature sur l'entrepreneur institutionnel, l'organisation ou l'individu qui manipule les institutions dans son intérêt. Même dans le cadre d'un changement de logique tel que le changement d'une logique éditoriale à une logique de marché dans le secteur de l'édition, les auteurs insistent sur la volonté des acteurs de défendre « leur » logique institutionnelle (Thornton et Ocasio, 1999, Thornton, 2002) et plus généralement la littérature traduit les évolutions des institutions comme le résultat d'un processus conflictuel ou tout du moins conscient et proactif (Townley, 2002, Zilber, 2002).

Le prérequis de l'intentionnalité n'est absolument pas nécessaire dans le cadre de la théorie institutionnelle. Dans certains cas, l'intentionnalité peut être prépondérante, par exemple le cas d'une influence institutionnelle exogène (si la pression provient de l'extérieur de la population d'organisations, elle doit être active pour être effective : on peut prendre l'exemple d'une réglementation, ou d'un processus de normalisation), mais même dans ce cas, l'adhésion des organisations aux évolutions de l'institution (c'est-à-dire leur sensibilité) ne requiert pas forcément une volonté ou une intention précises. Dans le cas où les pressions institutionnelles sont endogènes, l'intentionnalité est alors un prérequis superflu de la littérature qui limite sans fondement la validité externe des théories institutionnelles.

A partir du moment où les institutions ne sont plus considérées comme unidimensionnelles (Friedland et Alford, 1991), des modèles issus de l'évolutionnisme sociologique (Campbell, 1960) ce sont vus appliqués à l'émergence, la vie et la disparition des institutions et des organisations (Durand, 2006).

La littérature traitant de l'intentionnalité dans l'écologie des populations d'organisations (et plus généralement dans les modèles écologiques en sociologie) montre que celle-ci n'interdit pas l'utilisation de ce type de modèles (McKelvey, 1997, Lewin et Volberda, 1999 ou Durand, 2006). Nous suggérons que l'intentionnalité est bien effective et peut avoir un impact réel sur les institutions, mais qu'elle n'est pas nécessaire ; les approches adaptatives (où le changement est intentionnel) et sélectives (où il ne l'est pas) sont donc complémentaires pour comprendre l'évolution des institutions au cours du temps (Cook, Shortell, Conrad et Morrissey, 1983, Singh, House et Tucker, 1986) et notre modèle permet d'appréhender les deux approches.

Inertie organisationnelle et non-adoption de pratiques

L'inertie organisationnelle est la pression antagoniste qui est proposée pour expliquer la non-adoption, mais la littérature présente d'autres mécanismes possibles. Cette recherche présente la manière dont l'inertie et les pressions institutionnelles se confrontent pour aboutir à l'adoption ou non de pratiques visant à lutter contre les maladies nosocomiales. Elle suppose que les forces isomorphiques incitant à l'adoption de pratiques contre les maladies nosocomiales s'opposent aux forces de pressions inertielles. Ainsi, là où les établissements de santé comparables n'ont pas majoritairement adopté la pratique, les organisations les plus enclines à l'inertie pourraient démontrer une résistance aux pressions de conformité, car l'intensité des pressions isomorphiques serait plus faible. A contrario, là où les pratiques sont très répandues dans les établissements proches, cette pression isomorphique serait plus forte et surpasserait la tendance à l'inertie.

L'inertie organisationnelle est notamment favorisée par tout ce qui a trait aux coûts que peuvent engendrer le changement : le changement lui-même, ainsi que les coûts fixes qu'il peut engendrer, sans compter l'incertitude possible relative à sa mise en place. Nous avons vu que dans le cas des établissements de soins, les établissements de soins français voient leurs coûts augmenter, et la maîtrise de ces coûts est aussi devenue une priorité pour les établissements de soins publics.

Tout comme le modèle de dépendance à la densité présentait la résolution entre forces de légitimation et forces de compétition dans le cadre des populations d'organisations, notre approche tente de comprendre la résolution entre pressions institutionnelles et pressions inertielles dans le cadre des organisations elles-mêmes.

Découplage entre politiques affichées et pratiques

L'inertie organisationnelle fait que l'organisation peut ne pas avoir d'intérêt ou de possibilités pour adopter la pratique. Pourtant le gain de légitimité conféré par l'isomorphisme peut lui manquer. Une organisation subissant une pression institutionnelle serait obligée d'adopter les pratiques prescrites par l'environnement sous peine d'être exclue en tant que partenaire, fournisseur ou client potentiel. Westphal et Zajac (2001) ont tenté de montrer que certaines entreprises pouvaient afficher une certaine politique et réussir à faire accepter par les autres parties que cette politique est effectivement celle conduite, mais ne pas appliquer dans les faits les pratiques qui seraient en concordance avec la politique affichée. Notre recherche étant basée sur des déclarations par les organisations, le risque de découplage peut constituer une limite de notre travail.

L'existence d'un tel découplage est mise en évidence dans le domaine des programmes de rachat d'actions propres dans les organisations de taille moyenne et grande de l'index Forbes and Fortune 500 de 1985. Les entreprises sont plus enclines à échapper aux pressions institutionnelles en utilisant des tactiques telles que le découplage dans la mesure où les pressions externes pour le changement ne sont pas incompatibles avec les objectifs internes ce qui est vraisemblablement le cas lors de rachat d'actions : en effet, le dirigeant de l'entreprise peut décider un rachat d'actions dans le but d'afficher sa confiance dans l'entreprise et ses perspectives d'avenir, alors que la réalité dans les faits est qu'il s'agit uniquement d'un message symbolique qui n'est pas suivi d'un véritable réinvestissement dans la firme. Cela dépend en fait, selon les auteurs du degré de pouvoir que peut avoir le dirigeant sur le conseil d'administration : si le conseil d'administration est suffisamment indépendant, il n'autorisera le rachat d'actions que dans le cas où il s'agirait réellement d'investir dans l'entreprise, au profit des actionnaires et de l'entreprise elle-même. Le problème de la méthodologie proposée est que le symbolisme du rachat d'action est présupposé dès qu'il y a rachat d'actions par un PDG dont le pouvoir sur le comité directeur est fort.

Toutefois, cet article insiste sur un point important, c'est que les organisations pourraient par le biais du découplage être influencées par les pressions institutionnelles mais n'adopter que symboliquement les pratiques qui leur permettraient d'être légitimes. Dans le cadre de l'hôpital, cela consisterait à afficher publiquement que l'hygiène et la propreté sont des priorités de l'établissement alors qu'en réalité les pratiques visant à réduire l'apparition de maladies nosocomiales seraient délaissées pour poursuivre d'autres objectifs tels que la rapidité des soins ou la maximisation du profit. L'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances pourrait faire l'objet d'une politique affichée mais susceptible d'une « grève du zèle », c'est-à-dire ne faire l'objet que d'un recueil superficiel et ne pas être

analysé par la suite. En effet, les modalités du recueil centralisé ne sont pas fixées, et l'organisation est considérée comme ayant adopté ce recueil dès que quelques informations basiques sont récoltées et centralisées dans l'ensemble de l'établissement de soins. Les modalités d'application sont, comme souvent dans le domaine des établissements de santé français, soumis à l'appréciation des médecins dans le cadre de leur activité. Il existe donc un risque de découplage, mais le fait est que toutes les organisations n'affichent pas l'adoption de cette pratique. Si le découplage était si aisé, l'adoption serait rapidement et totalement généralisée dans la population et on ne pourrait observer d'hétérogénéité. De plus, même le découplage peut être révélateur de l'influence et de la sensibilité des organisations aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur elles ; le découplage démontre bien l'importance de cette institution pour l'organisation, en renforcera la visibilité et aura un impact sur d'autres adoptions, qu'elles soient à leur tour découplées ou non.

5.2.2 Limites et perspectives liées à la méthodologie

Toute méthodologie de recherche présente des avantages et des inconvénients. Ceux-ci sont caractéristiques de la nature qualitative ou quantitative des données, des modes de collecte et de traitement de ces données.

Limites relatives aux entretiens qualitatifs

Les entretiens n'ont dans cette recherche qu'un objectif illustratif, tout comme les verbatims qui en sont extraits. Ils n'ont pas de valeur probante, et ne participent à la démonstration qu'en exemple et mis en parallèle avec d'autres recherches, qu'elles soient issues du domaine de la santé, mais aussi des domaines sociologiques, institutionnels ou de la littérature sur l'adoption de pratiques. Ceci constitue un choix de notre part de proposer un modèle

théorique issu d'une combinaison de théories existantes traitant des organisations et non directement des individus qui les composent, modèle qui se prête bien à une approche de type confirmatoire utilisant des données secondaires quantitatives.

De manière générale, nous avons tenté de respecter quelques règles simples issues des méthodologies présentées dans l'ouvrage collectif sur les méthodes de recherche en management dirigé par Thiétart (2003). Nous avons tenté de limiter notre influence en tant que chercheur sur le répondant en ne l'informant pas de la nature de nos hypothèses *ex ante*, en prenant soin de rédiger des questions qui n'étaient pas trop orientées, et compréhensibles par les professionnels du milieu médical. Nous avons enregistré les entretiens mais nous n'avons pas codé les données qualitatives issues des entretiens, ni utilisé l'analyse de contenu.

Ce choix induit une opportunité pour de futures recherches : une recherche approfondie sur le terrain auprès des individus et donc un point de vue plus « micro » pourrait permettre de mieux décrypter l'enracinement de l'institution, son lien avec la pratique et la façon dont la pratique et l'institution sont liées cognitivement au niveau des individus. La complémentarité des recherches au niveau organisationnel (comme les travaux de Thornton), et la richesse et la complexité de recherches menées au niveau individuel (comme le travail très minutieux et complet de Zilber, 2002) sont au cœur de la richesse de la littérature institutionnelle.

Limites relatives à la base de données

Une des limites principales des données utilisées est la mesure de la localisation et de la proximité géographique des organisations. La proximité géographique facilite toutes sortes d'interactions entre organisations. La mesure de proximité géographique de cette thèse

consiste à considérer que deux organisations sont proches si elles font partie du même secteur sanitaire. La pertinence de cette approche est sans équivoque pour Strang et Soule (1998 : 275) : « Vraisemblablement, le résultat le plus courant dans la recherche sur la diffusion est que les acteurs proches géographiquement s'influencent l'un l'autre. Il n'y a pas d'autre logique qui puisse être plus convaincante, la proximité spatiale facilite toutes les sortes d'interaction et d'influence. »²⁷

Strang et Soule (1998) indiquent que cette proximité peut être mesurée par la distance entre acteurs ou par un système de secteurs comme le font Davis et Greve (1997) ou Burns et Wholey (1993). Nous comptons donc à l'avenir intégrer une localisation géographique des établissements de soins concernés grâce à une localisation par coordonnées géographiques (longitude et latitude). Le découpage par secteur sanitaire est une approche adaptée à la distribution de l'offre et de la demande de soins. Par exemple en région parisienne, les secteurs sanitaires sont plus petits, car la densité d'établissements de soins, de médecins et de patients est plus importante. Toutefois, ce découpage a deux défauts : d'une part il s'impose au modèle (le niveau de découpage choisi n'est pas forcément coordonné avec la sphère d'influence ou de sensibilité des institutions) et d'autre part il est parfois imprécis (deux établissements de soins peuvent s'avérer très proches géographiquement mais être séparés par une frontière entre deux secteurs sanitaires et être considérés par le modèle comme non locaux). L'avantage de l'approche par contagion sociale et d'une localisation géographique sont donc de ne pas imposer un niveau de découpage : secteur sanitaire, département ou

²⁷ Traduit de « Perhaps the most common finding in diffusion research is that spatially proximate actors influence each other. No distinctive logic can be proposed-rather, spatial proximity facilitates all kinds of interactions and influence. » (Strang et Soule, 1998: 275)

région. Ainsi les sphères d'influence et de sensibilité pourront être évaluées bien plus précisément et permettre au modèle de mieux « coller » aux données.

Limites relatives au traitement statistique

Nous avons pris le parti d'utiliser une régression logistique sur données de panel plutôt qu'un modèle de contagion sociale comme celui présenté par Strang et Tuma (1993). La première raison est une fenêtre de temps étroite de cinq ans, divisée en cinq périodes, qui nous semblait limitée au premier abord pour expliquer l'évolution de l'adoption de la pratique. La seconde est liée à la localisation géographique par secteur sanitaire que nous estimions un peu trop imprécise pour ce type de modèle où la localisation exacte des individus statistiques est un facteur essentiel. La troisième est aussi pour des raisons d'exposition de la recherche : en effet, la diffusion d'une recherche par un article ou une thèse est un « phénomène social » (Forgues, 2003) ; or, la régression logistique est une méthode mieux connue et mieux comprise des chercheurs en sociologie que les modèles de contagion sociale, dont la validité ou les spécifications sont par ailleurs souvent contestées (Collier et Messick, 1975, Taibleson, 1974, Van den Bulte et Lilien, 2001). La quatrième raison est que la pratique n'est pas étudiée à partir du début de sa diffusion mais dans le cadre d'une adoption plus tardive ; or, les modèles de contagion sociale sont particulièrement adaptés pour comprendre la diffusion de l'adoption dans ses stades les plus précoces, en particulier pour expliquer la transmission d'une pratique d'une organisation à une autre, impliquant donc un couple d'organisations, et une diffusion moins importante (Davis et Greve, 1997).

Toutefois, les résultats de la régression logistique plaident pour une analyse complémentaire utilisant un modèle de contagion sociale : en effet, la variabilité au cours du temps de la

variable dépendante est relativement bonne en regard de la fenêtre d'observation temporelle, et la contrainte posée par le découpage géographique montre quelque peu ses limites comme l'indiquent les résultats complémentaires présentés. Quant au risque éventuel de confondre effets globaux et contagion sociale (Van den Bulte et Lilien, 2001), il n'est pas préjudiciable : même si les effets globaux sont plus importants, et que l'impact de contagion local est réduit, les deux perspectives peuvent être complémentaires, la difficulté se situant plus au niveau de la mesure et de la dissociation de ces deux phénomènes.

5.2.3 Limites et perspectives relatives à la validité externe de l'étude

Dans cette section, nous traitons des limites et des perspectives relatives à la validité externe de l'étude. Notre recherche se cantonne à l'étude d'une institution établie, et ne traite pas de l'émergence de celle-ci, ni de sa possible déliquescence. Elle ne traite que d'une institution, et donc l'introduction dans le modèle d'autres institutions contradictoires ou complémentaires est à étudier. Enfin, le fait que cette recherche porte sur les établissements de soins français apporte un appui aux théories sociologiques souvent testées aux Etats-Unis, parfois même de nombreuses fois sur les mêmes données.

Une institution établie

L'institution que nous étudions dans cette thèse est l'institution hygiéniste, incarnée notamment par l'adoption d'un recueil centralisé des infections et vigilances. Malgré la bonne variabilité de notre variable dépendante et le caractère exhaustif de notre base de données, l'étroite fenêtre de temps (de 2000 à 2004) de nos données limite quelque peu la visibilité sur le long terme de l'évolution des pressions institutionnelles, nous contraignant à limiter la validité externe de notre étude au cas d'institutions déjà bien établies et non déclinantes. La

littérature semble indiquer que les forces institutionnelles sont un facteur essentiellement important sur l'adoption de pratiques lorsque celles-ci sont claires et bien installées et moins importantes dans les stades les plus précoces de leur diffusion (DiMaggio et Powell, 1983, Westphal, Gulati et Shortell, 1997). Notre thèse prend donc place à un moment adéquat pour l'étude de ces forces.

Les institutions peuvent aussi décliner. Cela aurait pour conséquence un abandon des pratiques incarnant ces pressions institutionnelles. Ainsi, Greve (1995) indique que l'abandon d'une pratique suit des règles similaires à celles de l'adoption : la contagion et la concurrence sont deux facteurs majeurs qui influencent la probabilité d'abandon. L'abandon de pratiques organisationnelles peut expliquer une part plus ou moins grande de l'hétérogénéité de l'adoption de pratiques dans une population d'organisations et donc intéresserait directement notre problématique. Toutefois, notre terrain d'étude s'avère peu propice à étudier ce phénomène : à cause de la nature de la pratique choisie, l'adoption d'un recueil centralisé des infections nosocomiales et vigilances a peu d'intérêt à être abandonnée, et c'est un cas excessivement rare. Rien ne dit que cette pratique ne tendra à décliner un jour, même si l'on ne peut écarter cette possibilité. Il est par exemple possible que l'on démontre la moindre efficacité de cette pratique pour lutter contre les infections nosocomiales qu'une autre pratique alternative plus performante, et donc que l'adoption de cette pratique soit à l'avenir dissociée de l'institution qu'elle incarnait. Plus improbable encore serait que l'institution hygiéniste de l'asepsie décline, par exemple qu'elle soit remplacée à nouveau par celle de l'antisepsie suite à une découverte médicale importante.

Généralisation aux cas de coexistence de plusieurs institutions

Nous avons volontairement choisi de n'étudier qu'une seule pratique, afin d'étudier sa distribution et son évolution parmi les organisations. Si ce cadre nous permet de tester notre théorie et nos hypothèses, il présente toutefois certaines limites : en effet la présence de pratiques et éventuellement d'institutions concurrentes est un facteur potentiel explicatif important de l'hétérogénéité institutionnelle. Dans certains cas, une institution est antagoniste avec une autre, et leur propres distributions et évolutions impactent forcément celle de l'autre, pouvant aller jusqu'au point de se dissocier physiquement dans les pratiques qui les incarnent (Lounsbury 2007).

La présence (ou la possible émergence) d'institutions concurrentes permet la contestation des institutions existantes (Hoffman, 1999), mais il n'existe pas dans notre recherche d'institution antagoniste à l'hygiène. Cette limite de notre travail est donc une extraordinaire opportunité pour les recherches futures dans d'autres contextes de découvrir un modèle théorique puissant de la compréhension générale de l'émergence, de l'évolution, de la distribution et de la disparition des institutions dans les populations d'organisations. Celui-ci pourrait en outre permettre de comprendre la coexistence et les synergies qui peuvent exister entre les institutions ; en effet, la littérature récente s'est intéressée aux logiques institutionnelles en compétition, mais on a négligé l'existence possible d'une coévolution entre plusieurs institutions, sans qu'elle soient en « compétition » ; dans cet esprit, Friedland (2002) étudie les institutions religieuses et nationalistes aux Etats-Unis et montrent comment celles-ci se combinent au cours de l'histoire.

Contributions à la recherche sur le secteur des établissements de soins

La base de données utilisée est une base de données exhaustive, très bien renseignée, sur les établissements de santé français. Elle est menée par des organes d'Etat, la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dépendant du ministère de la santé français et son remplissage est obligatoire. 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, Ruef, 1997, Haveman, Russo et Meyer, 2001) ou sur les établissements de santé destinés aux vétérans (Lindsay, 1976, Young, Charns et Shortell, 2001). Or, ces recherches sont citées dans notre thèse et on peut s'interroger sur la validité de résultats souvent démontrés aux Etats-Unis et appliqués à un contexte français.

La multiplication des études sur le même terrain, dans un même secteur, un même pays, menace la validité externe des arguments, car elle peut amener à généraliser des éléments de théorie alors que ce sont en fait des éléments de contingence. La mise en évidence de certains effets en France permet donc d'asseoir certaines hypothèses qui n'avaient été testées que dans le cadre Nord-Américain, comme l'importance de la proximité géographique des établissements de soins ou l'existence de réseaux de soins comme facteurs favorisant l'adoption de pratiques médicales.

D'Aunno, Succi et Alexander (2000) ont montré que les hôpitaux publics ou à but non-lucratif américains sont moins enclins au changement que les organisations ayant pour objectif le profit. Notre recherche montre effectivement que les hôpitaux publics ont moins adopté les pratiques visant à réduire les infections nosocomiales que les établissements privés,

même si ce changement a un impact sur l'environnement bien plus important que s'il avait pris place dans une clinique privée de taille comparable.

5.3 Conclusion

En conclusion, cette thèse tente d'apporter à la théorie institutionnelle un modèle explicatif de l'hétérogénéité spatiale et temporelle des institutions établies, sans nécessiter l'intentionnalité ou la conscience de l'existence de ces institutions. Elle ouvre de nouvelles perspectives, en s'intégrant à d'autres théories sociologiques reconnues, sans en menacer les fondements. La distinction entre influence et sensibilité institutionnelles des organisations ou des individus est un nouvel angle d'étude pour comprendre les logiques institutionnelles en compétition, complémentaires, ou contiguës. Elle permet une approche évolutionniste de la naissance, de la vie et de la disparition des institutions, par le jeu des accointances homophiles ou des conflits entre groupes. Les recherches futures de l'impact des réseaux sociaux formels ou informels sur la sensibilité et l'influence des individus ou des organisations sont elles aussi particulièrement prometteuses.

Plan détaillé de la thèse

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
Influence et sensibilité institutionnelle des organisations pour comprendre l'adoption de pratiques.....	11
L'hétérogénéité et l'évolution des institutions et des pratiques.....	12
L'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales dans les établissements de soins français...	13
Plan de la thèse	15
1 CHAMPS MOBILISES ET PROPOSITIONS.....	18
1.1 THEORIE INSTITUTIONNELLE	18
1.1.1 <i>Les principes fondamentaux de la théorie institutionnelle.....</i>	<i>18</i>
Définition de l'institution.....	18
Les mythes et cérémonies de Meyer et Rowan.....	21
1.1.2 <i>Définition et origines de l'isomorphisme.....</i>	<i>24</i>
Les fondations de l'isomorphisme : DiMaggio et Powell.....	24
Mécanismes sous-jacents de l'isomorphisme	25
Origine intrinsèque ou extrinsèque des forces institutionnelles	26
1.1.3 <i>L'institutionnalisme et l'épreuve du test empirique</i>	<i>27</i>
1.2 PRATIQUES ORGANISATIONNELLES, GROUPES SOCIAUX ET INSTITUTIONS	30
1.2.1 <i>L'adoption de pratiques dans l'organisation et l'institution.....</i>	<i>30</i>
L'organisation comme unité d'analyse, la pratique comme objet d'étude	30
Déterminants de l'adoption de pratiques organisationnelles	31
Le paradoxe de l'adoption de pratique et de la contrainte institutionnelle.....	33
Proximité géographique et impact sur l'adoption de pratiques	36
1.2.2 <i>L'homophilie et le groupe social.....</i>	<i>38</i>

L'homophilie : la perception et l'amour du semblable	39
L'organisation et son groupe social	40
1.2.3 <i>Isomorphisme organisationnel intra- et inter-groupes sociaux</i>	42
L'adoption de pratiques entre organisations n'appartenant pas au même groupe social	42
La proximité géographique, source d'isomorphisme au-delà des notions d'identité	43
1.3 INFLUENCE DES RESEAUX ET INERTIE ORGANISATIONNELLE	45
1.3.1 <i>L'influence des réseaux sur l'adoption de pratiques organisationnelles</i>	46
Les réseaux sociaux	46
Les réseaux formels	48
L'adoption de pratiques organisationnelles et les réseaux dans la littérature	49
1.3.2 <i>L'inertie organisationnelle</i>	50
Définition de l'inertie	51
Sources d'inertie et démonstration empirique	53
L'inertie organisationnelle et la non-adoption de pratiques organisationnelles	54
1.4 PROBLEMATIQUE	56
1.4.1 <i>Un angle mort dans la littérature</i>	58
La source de l'influence institutionnelle des organisations	58
La sensibilité des organisations aux pressions institutionnelles	60
Influence et sensibilité institutionnelle : une relation bilatérale peu étudiée dans la littérature	60
1.4.2 <i>L'organisation, source et objet des pressions institutionnelles</i>	64
Définitions	65
Mesurer la sensibilité et l'influence institutionnelle des organisations	66
2 PRESENTATION DU SECTEUR	68
2.1 DEFINITIONS ET PRESENTATION DU SECTEUR DES ETABLISSEMENTS DE SANTE FRANÇAIS	68
2.1.1 <i>Présentation du secteur des établissements de santé français</i>	68
Présentation du secteur en chiffres	69
Historique et choix de la définition de l'établissement de santé français	70
L'importance du médecin dans la prise de décision	73
Réseaux de soins	74

2.1.2	<i>Définitions relatives aux infections nosocomiales et implications</i>	75
	Définition de l'infection nosocomiale.....	75
	Importance des infections nosocomiales en France.....	76
	Localisation des germes responsables des maladies nosocomiales	78
	Les différents modes de contamination	79
	Moyens de lutte contre les infections nosocomiales	82
	Les conséquences d'une infection nosocomiale.....	83
2.1.3	<i>La lutte contre les infections nosocomiales sur le terrain</i>	84
	Entretiens sur le terrain avec les professionnels de santé	85
	Préparation, déroulement et contenu des entretiens.....	87
	Vivre les pratiques destinées à réduire les infections nosocomiales.....	88
	Etablissements de soins de statut public, privé ou associatif.....	89
2.2	LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : ACTEURS ET LEGISLATION	91
2.2.1	<i>Les acteurs organisationnels de la lutte contre les infections nosocomiales</i>	92
	Les établissements de soins concernés par la lutte contre les infections nosocomiales.....	92
	Concentration et évolution du secteur des établissements de soins concernés par les infections nosocomiales...	93
	Les organes spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales.....	94
2.2.2	<i>Législation et historiques récents de la lutte contre les maladies nosocomiales</i>	97
	Législation et réglementation contre les infections nosocomiales en France	98
	Une accélération des mesures contre les infections nosocomiales : 1997-1999	100
	L'année 1999, un tournant dans la lutte contre les infections nosocomiales	102
	Pendant la période d'étude	105
2.3	LES PRATIQUES VISANT A LUTTER CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	106
2.3.1	<i>Les pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales dans l'établissement de soins</i> .	107
	Prise de décision de l'adoption des pratiques visant à lutter contre les infections nosocomiales.....	107
	L'adoption de pratiques dans l'établissement de soins et impact sur les autres établissements de soins	108
	Inertie organisationnelle d'ordre économique à l'adoption de pratiques qui visent à réduire les infections nosocomiales.....	109
	Inertie vis-à-vis de l'adoption de pratiques visant à réduire les infections nosocomiales.....	111
2.3.2	<i>Le recueil centralisé des infections et vigilances</i>	112

Définition officielle du recueil centralisé des infections et vigilances	113
Le recueil centralisé des infections et vigilances : description, adoption et application par le personnel médical	113
Fréquence d'adoption de la pratique et évolution au cours de la période d'étude.	116
2.3.3 Lutte contre les infections nosocomiales : l'institution et les pratiques	116
L'institution hygiéniste	117
La pratique, porteuse de l'institution	119
Influence et sensibilité des établissements de soins vis-à-vis de l'institution et de la pratique	120
Les pratiques et l'institution dans les hôpitaux publics et dans les cliniques privées	121
2.4 SYNTHÈSE DE LA PRÉSENTATION DU SECTEUR	123
3 LITTÉRATURE SPÉCIFIQUE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET HYPOTHÈSES.....	125
3.1 THÉORIES INSTITUTIONNELLES ET SOCIOLOGIQUES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DISTINCTION ENTRE ORGANISATIONS	
PUBLIQUES ET ORGANISATIONS PRIVÉES	125
3.1.1 La sociologie des établissements de soins et de l'adoption de pratiques médicales.....	125
Niveau ontologique de l'analyse dans le secteur des établissements de soins.....	126
Études sociologiques sur l'adoption de pratiques par l'établissement de santé.....	127
3.1.2 Influence et sensibilité des établissements de soins à l'adoption de pratiques dans les	
établissements de soins.....	131
Les institutions et l'adoption de pratiques dans le domaine de la santé	131
Les pressions institutionnelles dans le secteur des établissements de soins	136
L'importance de la proximité géographique dans les pressions institutionnelles et compétitives entre	
établissements de santé	138
3.1.3 Réseau et inertie dans le secteur des établissements de santé.....	141
L'importance du réseau dans le domaine des établissements de santé	141
L'inertie des établissements de santé	144
3.1.4 Les groupes sociaux dans le secteur des établissements de soins français.....	148
Distinction entre organisations publiques et privées dans le cadre de l'adoption de pratiques.....	148
Distinction entre organisations publiques et privées et l'adoption de pratiques dans le cadre institutionnel	151
Délimitation entre public et privé dans le secteur des établissements de soins	152
Le secteur des établissements de soins, un secteur adapté à notre problématique.....	155

3.2	LES HYPOTHESES	156
3.3	SYNTHESE ET MODELE A TESTER	170
4	DONNEES ET RESULTATS	173
4.1	CONSTITUTION ET DESCRIPTION DE LA BASE DE DONNEES	173
4.1.1	<i>Contenu et sources de la base de données.....</i>	<i>173</i>
	La Statistique Annuelle des Etablissements de santé est produite par la DREES	173
	Description de la Statistique Annuelle des Etablissements de soins	174
	L'individu statistique, le code FINESS et logiciels utilisés	175
4.1.2	<i>Constitution de la base de travail.....</i>	<i>176</i>
	Constitution de la base de données brutes	176
	Constitution de la base de travail : sélection des individus statistiques et des variables d'intérêt	177
	Constitution de la base de travail : opérationnalisations et compléments	179
4.1.3	<i>Opérationnalisation des variables du modèle de référence</i>	<i>180</i>
	Identification et localisation des individus statistiques	180
	Les variables relatives à la démonstration des hypothèses.....	181
	Les variables du modèle de référence.....	186
4.2	MODELISATION STATISTIQUE.....	189
4.2.1	<i>La régression sur données de panel avec effets aléatoires</i>	<i>189</i>
	Le choix de la régression.....	189
	Les données de panel	190
	Effets fixes et effets aléatoires	191
4.2.2	<i>Régression logistique et tests d'adéquation des modèles.....</i>	<i>192</i>
	Régression logistique.....	192
	Tests de l'adéquation des modèles	194
4.3	RESULTATS	194
4.3.1	<i>L'adéquation des modèles et variables de contrôle</i>	<i>197</i>
4.3.2	<i>Le test des hypothèses.....</i>	<i>198</i>
4.3.3	<i>Résultats complémentaires.....</i>	<i>203</i>
5	CONTRIBUTIONS ET DISCUSSION	206

5.1	CONTRIBUTIONS THEORIQUES	206
5.1.1	<i>Influence et sensibilité des établissements de soins : la résolution d'un angle mort de la littérature</i>	207
	Influence des établissements de santé.....	207
	Sensibilité des établissements de santé	208
	Influence et sensibilité organisationnelles : comprendre l'hétérogénéité des pratiques et des institutions.....	210
	Résolution d'un angle mort dans la littérature.....	213
5.1.2	<i>Importance, validité externe et conséquences de l'approche par sources et objets institutionnels</i>	215
	La théorie source-objet est supérieure à l'homophilie dans le secteur des établissements de soins	215
	Organisations influentes, acteurs institutionnels et intentionnalité	217
	Organisations sensibles aux pressions institutionnelles et contribution à la notion d'isomorphisme	218
	Validité externe et enseignements de la dissociation entre secteur public et secteur privé	219
5.2	LIMITES ET PERSPECTIVES FUTURES DE RECHERCHE.....	221
5.2.1	<i>Limites et perspectives théoriques</i>	222
	Forces institutionnelles et compétitives.....	222
	Hétérogénéité institutionnelle et intentionnalité des acteurs	224
	Inertie organisationnelle et non-adoption de pratiques	226
	Découplage entre politiques affichées et pratiques.....	227
5.2.2	<i>Limites et perspectives liées à la méthodologie</i>	229
	Limites relatives aux entretiens qualitatifs.....	229
	Limites relatives à la base de données	230
	Limites relatives au traitement statistique.....	232
5.2.3	<i>Limites et perspectives relatives à la validité externe de l'étude</i>	233
	Une institution établie.....	233
	Généralisation aux cas de coexistence de plusieurs institutions.....	235
	Contributions à la recherche sur le secteur des établissements de soins	236
5.3	CONCLUSION	237
	PLAN DETAILLE DE LA THESE.....	238

Bibliographie

Abrahamson, E. et Rosenkopf, L. (1997), Social Network Effects on the Extent of Innovation Diffusion: A Computer Simulation. *Organization Science*, 8, (3), 289-309.

Adam, P. et Herzlich, C. (2005), *L'hôpital comme organisation et lieu de production du travail médical*. Armand Colin. 91-105

Agresti, A. (2007), *An Introduction to Categorical Data Analysis*. New Jersey, John Wiley & Sons.

Alexander, J. A., Fennell, M. L. et Halpern, M. T. (1993), Leadership Instability in Hospitals: The Influence of Board-CEO Relations and Organizational Growth and Decline. *Administrative Science Quarterly*, 38, (1), 74-99.

Arndt, M. et Bigelow, B. (2000), Presenting Structural Innovation in an Institutional Environment: Hospitals' Use of Impression Management. *Administrative Science Quarterly*, 45, (3), 494-522.

Arum, R. (1996), Do Private Schools Force Public Schools to Compete? *American Sociological Review*, 61, (1), 29-46.

Ashforth, B. E. et Mael, F. (1989), Social Identity Theory and the Organization. *Academy of Management Review*, 14, (1), 20-39.

Assemblée nationale (2003). Lois de financement de la sécurité sociale 2003, Annexe A.

Baltagi, B. (2005), *Econometric Analysis of Panel Data*, 3ème édition.

Barabel, M., Huault, I. et Leca, B. (2006), Esquisse d'une analyse des stratégies locales d'adaptation de l'ordre traditionnel face à la globalisation: une approche néo-institutionnaliste. *Management International(Montréal)*, 10, (3), 19-33.

Baret, C., Huault, I. et Picq, T. (2006), Management et réseaux sociaux Jeux d'ombres et de lumières sur les organisations. *Revue française de gestion*, 163, (4), 93-106.

Barnett, W. P. (1997), The Dynamics of Competitive Intensity. *Administrative Science Quarterly*, 42, (1), 128-160.

Baum, J. A. C. et Oliver, C. (1991), Institutional Linkages and Organizational Mortality. *Administrative Science Quarterly*, 36, (2), 187-218.

Baum, J. A. C. et Oliver, C. (1996), Toward an Institutional Ecology of Organizational Founding. *The Academy of Management Journal*, 39, (5), 1378-1427.

Baum, J. A. C. et Singh, J. V. (1994), Organizational Niches and the Dynamics of Organizational Founding. *Organization Science*, 5, (4), 483-501.

Beckert, J. (1999), Agency, Entrepreneurs, and Institutional Change. The Role of Strategic Choice and Institutionalized Practices in Organizations. *Organization Studies*, 20, (5), 777.

Benson, J. K. (1977), Organizations : A dialectic view. *Administrative Science Quarterly*, 22, 1-21.

Berger, P. et Luckman, T. (1966), *The Social Construction of Knowledge*. Penguin Books, NY.

Berger, P. L. et Luckmann, T. (1967), *La Construction Sociale de la Réalité*. 2ème édition, Armand Colin. 249p

Berland, N. et Chiapello, E. (2008), Criticisms of capitalism, budgeting and the double enrolment: Budgetary control rhetoric and social reform in France in the 1930s and 1950s. *Accounting, Organizations and Society*.

Berlinguet, M. (1985), *Structures et fonctions hospitalières* Direction : Dufresne J., Dumont F. et Martin Y., Presses universitaires de Lyon.

Boeker, W. et Goodstein, J. (1991), Organizational Performance and Adaptation: Effects of Environment and Performance on Changes in Board Composition. *The Academy of Management Journal*, 34, (4), 805-826.

Boeker, W., Goodstein, J., Stephan, J. et Murmann, J. P. (1997), Competition in a Multimarket Environment : The Case of Market Exit. *Organization Science*, 8, (2), 126-142.

Bott, H. (1928), Observation of play activities in a nursery school. *Genetic Psychology Monographs*, 4, 44-88.

Bourdieu, P. (1994), *Raisons pratiques: sur la théorie de l'action*. Seuil.

Bourdieu, P. (1996), *Sur la télévision; suivi de L'emprise du journalisme: Pierre Bourdieu*. Liber.

Briscoe, F. et Safford, S. (2008), The Nixon-in-China Effect: Activism, Imitation, and the Institutionalization of Contentious Practices. *Administrative Science Quarterly*, 53, (3), 460-491.

Britton, M. et Ocasio, W. (2007), Urbanization and Spatial Organization: Hospital and Orphanage Location in Chicago, 1848-1916. *Social Forces*, 85, (3), 1303-1317.

Burgelman, R. A. (1991), Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation: Theory and Field Research. *Organization Science*, 2, (3), 239-262.

Burkhardt, M. E. (1994), Social Interaction Effects following a Technological Change: A Longitudinal Investigation. *The Academy of Management Journal*, 37, (4), 869-898.

Burns, L. R. (1989), Matrix Management in Hospitals: Testing Theories of Matrix Structure and Development. *Administrative Science Quarterly*, 34, (3), 349-368.

Burns, R. L. et Wholey, D. R. (1993), Adoption and Abandonment of Matrix Management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Interorganizational Networks. *The Academy of Management Journal*, 36, (1), 106-138.

Burt, R. S. (1987), Social Contagion and Innovation: Cohesion Versus Structural Equivalence. *American Journal of Sociology*, 92, (6), 1287.

Campbell, D. T. (1960), Variation and selective retention in creative thought as in other knowledge process. *Psychological Review*, 67, 380-400.

Campbell, D. T. (1969), Variation, selection, and retention in sociocultural systems. *General Systems*, 16, (1), 69-85.

Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004), *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*. Paris. Armand Colin.

Carroll, G. R. (1985), Concentration and Specialization: Dynamics of Niche Width in Populations of Organizations. *The American Journal of Sociology*, 90, (6), 1262-1283.

- Carroll, G. R. et Delacroix, J. (1982), Organizational Mortality in the Newspaper Industries of Argentina and Ireland: An Ecological Approach. *Administrative Science Quarterly*, 27, (2), 169.
- Carroll, G. R. et Hannan, M. T. (1989), On using Institutional Theory in Studying Organizational Populations. *American Sociological Review*, 54, (4), 545-548.
- Cattani, G., Pennings, J. M. et Wezel, F. C. (2003), Spatial and Temporal Heterogeneity in Founding Patterns. *Organization Science*, 14, (6), 670-685.
- Chadwick, C., Hunter, L. W. et Walston, S. L. (2004), Effects of downsizing practices on the performance of hospitals. *Strategic Management Journal*, 25, (5), 405-427.
- Cohen, W. M. et Levinthal, D. A. (1990), Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35, (1), 128-152.
- Coleman, J. S., Katz, E. et Menzel, H. (1966), *Medical Innovation: A Diffusion Study*. Bobbs-Merrill Co.
- Collier, D. et Messick, R. E. (1975), Prerequisites Versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption. *American Political Science Review*, 69, (4), 1299-1315.
- Contandriopoulos, A. P. (2001), *Profils de pratique des médecins généralistes du Québec*. Le Groupe de Recherche et d'Intervention Sociale, Université de Montréal.
- Cook, K., Shortell, S. M., Conrad, D. A. et Morrissey, M. A. (1983), A Theory of Organizational Response to Regulation: The Case of Hospitals. *The Academy of Management Review*, 8, (2), 193-205.

Cook, K. S., Shortell, S. M., Conrad, D. A. et Morrissey, M. A. (1985), A Theory of Organizational Response to Hospital Regulation: A Reply to Smith and Mick. *The Academy of Management Review*, 10, (2), 337-343.

Covaleski, M. A. et Dirsmith, M. W. (1981), MBO and Goal Directedness in a Hospital Context. *The Academy of Management Review*, 6, (3), 409-418.

Cramer, J. S. (2003), *Logit Models from Economics and Other Fields*. Cambridge University Press.

Dacin, M. T. (1997), Isomorphism in context: The power and prescription of institutional norms. *Academy of Management Journal*, 40, (1), 46.

Dacin, M. T., Goodstein, J. et Scott, W. R. (2002), Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum. *Academy of Management Journal*, 45, (1), 45-57.

D'Amour, D. (2004), *Comparative Study of Interorganizational Collaboration in Four Health Regions and Its Effects: The Case of Perinatal Services*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Groupe de Recherche et d'Intervention Sociale, Université de Montréal.

D'Aunno, T., Succi, M. et Alexander, J. A. (2000), The Role of Institutional and Market Forces in Divergent Organizational Change. *Administrative Science Quarterly*, 45, (4), 679-703.

D'Aunno, T., Sutton, R. I. et Price, R. H. (1991), Isomorphism and External Support in Conflicting Institutional Environments: A Study of Drug Abuse Treatment Units. *The Academy of Management Journal*, 34, (3), 636-661.

Davis, G. F. (1991), Agents without Principles? The Spread of the Poison Pill through the Intercorporate Network. *Administrative Science Quarterly*, 36, (4), 583-613.

Davis, G. F. et Greve, H. R. (1997), Corporate Elite Networks and Governance Changes in the 1980s. *American Journal of Sociology*, 103, (1), 1-37.

Dee, T. S. (1998), Competition and the quality of public schools. *Economics of Education Review*, 17, (4), 419-427.

Deephouse, D. L. (1999), To Be Different, or to Be the Same? It's a Question (And Theory) of Strategic Balance. *Strategic Management Journal*, 20, (2), 147-166.

Desreumaux, A. et Hafsi, T. (2005), Les théories institutionnelles des organisations: une perspective internationale. *Revue Management Internationale*, 10, (3).

DiMaggio, P. J. (1988), Interest and agency in institutional theory. *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment*, 3-21.

DiMaggio, P. J. (1988). Interest and agency in institutional theory. Institutional patterns and organizations : Culture and environment. Ballinger. Cambridge: 3-21.

DiMaggio, P. J. et Powell, W. W. (1983), The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48, (2), 147-160.

Dobbin, F. et Dowd, T. J. (1997), How Policy Shapes Competition: Early Railroad Foundings in Massachusetts. *Administrative Science Quarterly*, 42, (3), 501-529.

Dooley, R. S. et Fryxell, G. E. (1999), Attaining Decision Quality and Commitment from Dissent: The Moderating Effects of Loyalty and Competence in Strategic Decision-Making Teams. *The Academy of Management Journal*, 42, (4), 389-402.

Dranove, D. et Shanley, M. (1995), Cost Reductions or Reputation Enhancement as Motives for Mergers: The Logic of Multihospital Systems. *Strategic Management Journal*, 16, (1), 55-74.

Dranove, D., Shanley, M. et Simon, C. (1992), Is Hospital Competition Wasteful? *The RAND Journal of Economics*, 23, (2), 247-262.

Durand, R. (2006), *Organizational evolution and strategic management*. London. 190p.

Durand, R., Rao, H. et Monin, P. (2007), Code and conduct in French cuisine: Impact of code changes on external evaluations. *STRATEGIC MANAGEMENT JOURNAL*, 28, (5), 455.

Edmondson, A. C., Bohmer, R. M. et Pisano, G. P. (2001), Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46, (4), 685-716.

Elling, R. H. et Halebsky, S. (1961), Organizational Differentiation and Support: A Conceptual Framework. *Administrative Science Quarterly*, 6, (2), 185-209.

Elsbach, K. D., Sutton, R. I. et Principe, K. E. (1998), Averting Expected Challenges Through Anticipatory Impression Management: A Study of Hospital Billing. *Organization Science*, 9, (1), 68-86.

Epple, D. et Romano, R. E. (1998), Competition between Private and Public Schools, Vouchers, and Peer-Group Effects. *The American Economic Review*, 88, (1), 33-62.

Ethiraj, S. K. et Levinthal, D. (2004), Bounded Rationality and the Search for Organizational Architecture: An Evolutionary Perspective on the Design of Organizations and Their Evolvability. *Administrative Science Quarterly*, 49, (3), 404-437.

Fennell, M. L. et Alexander, J. A. (1987), Organizational Boundary Spanning in Institutionalized Environments. *The Academy of Management Journal*, 30, (3), 456-476.

Fligstein, N. (1998). Fields, Power, and Social Skill: A Critical Analysis of the New Intuitionism, Working paper. University of California, Berkeley, Center for Culture, Organizations, and Politics.

Forgues, B. (2003). La rédaction du travail de recherche. Méthodes de recherche en management. Dunod: 537.

Forgues, B. et Lootvoet, E. (2006), Avantage concurrentiel durable, imitation et ambiguïté causale : une approche par algorithme génétique. *Revue française de gestion*, 165, (6), 197-209.

Friedland, R. (2002), Money, Sex, and God: The Erotic Logic of Religious Nationalism. *Sociological Theory*, 20, (3), 381-425.

Friedland, R. et Alford, R. R. (1991), Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 232-267.

Galaskiewicz, J. (1985), Professional networks and the institutionalization of a single mind set. *American Sociological Review*, 50, (5), 639-658.

Galaskiewicz, J. et Wasserman, S. (1989), Mimetic Processes Within an Interorganizational Field: An Empirical Test. *Administrative Science Quarterly*, 34, (3), 454-479.

Galvin, T. L. (2002), Examining Institutional Change: Evidence from the Founding Dynamics of U.S. Health Care Interest Associations. *The Academy of Management Journal*, 45, (4), 673-696.

Garud, R., Jain, S. et Kumaraswamy, A. (2002), Institutional Entrepreneurship in the Sponsorship of Common Technological Standards: the Case of Sun Microsystems and Java. *Academy of Management Journal*, 45, (1), 196-214.

Gersick, C. J. G. (1991), Revolutionary Change Theories: A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm. *The Academy of Management Review*, 16, (1), 10-36.

Goes, J. B. et Park, S. H. (1997), Interorganizational links and innovation : The case of hospital services. *Academy of Management Journal*, 40, (3), 673.

Golsorkhi, D. et Huault, I. (2006), Pierre bourdieu: critique et réflexivité comme attitude analytique. *Revue française de gestion*, 165, (2006/6), 15-34.

Goodrick, E. et Salancik, G. R. (1996), Organizational Discretion in Responding to Institutional Practices: Hospitals and Cesarean Births. *Administrative Science Quarterly*, 41, (1), 1-28.

Goodstein, J., Boeker, W. et Stephan, J. (1996), Professional Interests and Strategic Flexibility : A Political Perspective on Organizational Contracting. *Strategic Management Journal*, 17, (7), 577-586.

Graeff, C. L. (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 Structure : The Problem of Embeddedness. *The American Journal of Sociology*, 91, (3), 481-510.

Greene, W. H. (2003), *Econometric Analysis*, 5e. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

Greenwood, R. et Hinings, C. R. (1996), Understanding Radical Organizational Change : Bringing Together the Old and the New Institutionalism. *Academy of Management Review*, 21, (4), 1022-1054.

Greenwood, R., Suddaby, R. et Hinings, C. R. (2002), The role of professional associations in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45, 58-80.

Greve, H. R. (1995), Jumping Ship: The Diffusion of Strategy Abandonment. *Administrative Science Quarterly*, 40, (3), 444-473.

Greve, H. R. (1998), Managerial Cognition and the Mimetic Adoption of Market Positions : What You See Is What You Do. *Strategic Management Journal*, 19, (10), 967-988.

Gruca, T. S. et Nath, D. (1994), Regulatory Change, Constraints on Adaptation and Organizational Failure: An Empirical Analysis of Acute Care Hospitals. *Strategic Management Journal*, 15, (5), 345-363.

Guler, I., Guillén, M. F. et Macpherson, J. M. (2002), Global Competition, Institutions, and the Diffusion of Organizational Practices: The International Spread of ISO 9000 Quality Certificates. *Administrative Science Quarterly*, 47, (2), 207-232.

Hannan, M. T. et Freeman, J. (1977), The Population Ecology of Organizations. *The American Journal of Sociology*, 82, (5), 929-964.

Hannan, M. T. et Freeman, J. (1984), Structural Inertia and Organizational Change. *American Sociological Review*, 49, (2), 149-164.

Hannan, M. T. et Freeman, J. (1989), *Organizational Ecology*. Harvard Univ Pr.

Hannan, T. H. et McDowell, J. M. (1987), Rival Precedence and the Dynamics of Technology Adoption : An Empirical Analysis. *Economica*, 54, (214), 155-171.

Haveman, H. A., Russo, M. V. et Meyer, A. D. (2001), Organizational Environments in Flux : The Impact of Regulatory Punctuations on Organizational Domains, CEO Succession, and Performance. *Organization Science*, 12, (3), 253.

Henisz, W. J. et Delios, A. (2001), Uncertainty, Imitation, and Plant Location : Japanese Multinational Corporations, 1990-1996. *Administrative Science Quarterly*, 46, (3), 443-475.

Hoffman, A. J. (1999), Institutional Evolution and Change : Environmentalism and the U.S. Chemical Industry. *The Academy of Management Journal*, 42, (4), 351-371.

Hogg, M. A. et Terry, D. J. (2000), The dynamic, diverse, and variable faces of organizational identity. *Academy of Management Review*, 25, 150-152.

Holm, P. (1995), The Dynamics of Institutionalization : Transformation Processes in Norwegian Fisheries. *Administrative Science Quarterly*, 40, (3), 398-422.

Hoxby, C. M. (1994), Do Private Schools Provide Competition for Public Schools ? *National bureau of economic research working paper n°4978*.

Hrebiniak, L. G. et Alutto, J. A. (1973), A Comparative Organizational Study of Performance and Size Correlates in Inpatient Psychiatric Departments. *Administrative Science Quarterly*, 18, (3), 365-382.

Hubbard, R. M. (1929), A method of studying spontaneous group formation. *Some New Techniques for Studying Social Behavior*, 76-85.

Ingram, P. et Baum, J. A. C. (1997), Chain Affiliation and the Failure of Manhattan Hotels, 1898-1980. *Administrative Science Quarterly*, 42, (1), 68-102.

Ingram, P. et Baum, J. A. C. (1997), Opportunity and Constraint: Organizations' Learning from the Operating and Competitive Experience of Industries. *Strategic Management Journal*, 18, 75-98.

Jepperson, R. L. (1991), Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 143-163.

Kelly, D. et Amburgey, T. L. (1991), Organizational Inertia and Momentum : A Dynamic Model of Strategic Change. *The Academy of Management Journal*, 34, (3), 591-612.

Kim, T.-Y., Shin, D., Oh, H. et Jeong, Y.-C. (2007), Inside the Iron Cage: Organizational Political Dynamics and Institutional Changes in Presidential Selection Systems in Korean Universities, 1985-2002. *Administrative Science Quarterly*, 52, (2), 286-323.

Kitchener, M. et Harrington, C. (2004), The U.S. Long-Term Care Field : A Dialectic Analysis of Institution Dynamics. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 87-101.

Kraatz, M. et Zajac, E. (1996). Exploring the limits of the new institutionalism : The causes and consequences of illegitimate organizational change, *American Sociological Review*.

Kraatz, M. S. et Moore, J. H. (2002), Executive Migration and Institutional Change. *Academy of Management Journal*, 45, (1), 120-143.

Kraatz, M. S. et Zajac, E. J. (2001), How Organizational Resources Affect Strategic Change and Performance in Turbulent Environments: Theory and Evidence. *Organization Science*, 12, (5), 632-657.

Kralewski, J. E., Pitt, L. et Shatin, D. (1985), Structural Characteristics of Medical Group Practices. *Administrative Science Quarterly*, 30, (1), 34-45.

Laroche, P. et Schmidt, G. (2004), Présence syndicale et climat social perçu : une analyse différenciée salariés / dirigeants en France. *Revue de gestion des ressources humaines*, 51, 2-20.

Lawton, R. B. (1989), Matrix Management in Hospitals: Testing Theories of Matrix Structure and Development. *Administrative Science Quarterly*, 34, (3), 349-368.

Lazarsfeld, P. F. et Katz, E. (1955), *Personal influence*. Free Press Glencoe, Ill.

Le Faou, A.-L. (2000), L'économie de la santé en questions. *Ellipses*, 2ème édition.

Leblebici, H., Salancik, G. R., Copay, A. et King, T. (1991), Institutional Change and the Transformation of Interorganizational Fields : An Organizational History of the U.S. Radio Broadcasting Industry. *Administrative Science Quarterly*, 36, (3), 333-363.

Lemanissier, V., Aubry-Damon, H., Lepoutre, A. et Coignard, B. (2003), Etude des traitements antibiotiques à partir de l'enquête de prévalence nationale 2001. *Le Raisin*.

Levine, S. et White, P. E. (1961), Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5, (4), 583-601.

Levinthal, D. (1991), Organizational adaptation and environmental selection - interrelated processes of change. *Organization Science*, 2, (1), 140-145.

- Lewin, A. Y. et Volberda, H. W. (1999), Prolegomena on Coevolution : A Framework for Research on Strategy and New Organizational Forms. *Organization Science*, 10, (5), 519-534.
- Lindsay, C. M. (1976), A Theory of Government Enterprise. *Journal of Political Economy*, 84, (5), 1061-1077.
- Lippman, S. A. et Rumelt, R. P. (1982), Uncertain imitability : an analysis of interfirm differences in efficiency under competition. *Bell Journal of Economics*, 13, (2), 418-438.
- Long, J. S. (1997), *Regression models for categorical and limited dependent variables Advanced quantitative techniques in the social sciences*. Sage.
- Lounsbury, M. (2001), Institutional Sources of Practice Variation: Staffing College and University Recycling Programs. *Administrative Science Quarterly*, 46, (1), 29-56.
- Lounsbury, M. (2007), A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds. *Academy of Management Journal*, 50, (2), 289-307.
- Lounsbury, M. et Crumley, E. T. (2007), New Practice Creation: An Institutional Perspective on Innovation. *Organization Studies (01708406)*, 28, (7), 993-1012.
- Lounsbury, M. et Glynn, M. A. (2001), Cultural entrepreneurship : stories, legitimacy, and the acquisition of resources. *Strategic Management Journal*, 22, (6-7), 545-564.
- Lounsbury, M., Haas, M., Lee, B. et Zhang, N. (2003), The Blackwell Companion to Organizations (Book). *Administrative Science Quarterly*, 48, (2), 318-323.
- Lounsbury, M. et Leblebici, H. (2004), The origins of strategic practice: product diversification in the American mutual fund industry. *Strategic Organization*, 2, (1), 65-90.

- Maguire, S., Hardy, C. et Lawrence, T. B. (2004), Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: Hiv/aids Treatment Advocacy in Canada. *Academy of Management Journal*, 47, (5), 657-679.
- March, J. G. (1981), Footnotes to Organizational Change. *Administrative Science Quarterly*, 26, (4), 563-77.
- Marquis, C., Glynn, M. A. et Davis, G. F. (2007), Community Isomorphism and Corporate Social Action. *Academy of Management Review*, 32, (3), 925-945.
- Marquis, C. et Lounsbury, M. (2007), Vive La Résistance: Competing Logics and the Consolidation of U.S. Community Banking. *Academy of Management Journal*, 50, (4), 799-820.
- Marsaudon, E. (1998), *Les infections hospitalières. Que sais-je?* , Presses universitaires de France.
- Marsden, P. V. et Podolny, J. (1990), Dynamic Analysis of Network Diffusion Processes. *Social Networks through Time*, 197-214.
- McKelvey, B. (1997), Quasi-natural organization science. *Organization Science*, 8, 352-380.
- McNeil, K. et Minihan, E. (1977), Regulation of medical devices and organizational behavior in hospitals. *Adm Sci Q*, 22, (3), 475-86.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L. et Cook, J. M. (2001), Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review of Sociology*, 27, 415-444.
- Meyer, J. W. et Rowan, B. (1977), Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83, (2), 340-363.

Miller, D. et Friesen, P. H. (1980), Momentum and Revolution in Organizational Transition. *Academy of Management Journal*, 23, 591-614.

Ministère de l'emploi et de la solidarité (1999). Décret no 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre Ier du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). France. Décret.

Mizruchi, M. S. et Fein, L. C. (1999), The Social Construction of Organizational Knowledge: A Study of the Uses of Coercive, Mimetic, and Normative Isomorphism. *Administrative Science Quarterly*, 44, (4), 653-683.

Moch, M. K. (1976), Structure and Organizational Resource Allocation. *Administrative Science Quarterly*, 21, (4), 661-674.

Nelson, R. R. et Winter, S. G. (1982), *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Harvard University Press.

North, D. C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press.

Ocasio, W. (1994), Political Dynamics and the Circulation of Power: CEO Succession in U.S. Industrial Corporations, 1960-1990. *Administrative Science Quarterly*, 39, (2), 285-312.

Ocasio, W. (1997), Towards an attention-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 18, 187-206.

Oliver, C. (1991), Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of Management Review*, 16, (1), 145-179.

Oliver, C. (1992), The Antecedents of Deinstitutionalization. *Organization Studies (Walter de Gruyter GmbH & Co.KG.)*, 13, (4), 563.

O'Neill, H. M., Pouders, R. W. et Buchholtz, A. K. (1998), Patterns in the Diffusion of Strategies across Organizations: Insights from the Innovation Diffusion Literature. *Academy of Management Review*, 23, (1), 98-114.

Ouchi, W. G. (1980), « Markets, Bureaucracies and Clans », *Administrative Science Quarterly*, 25, (1), 129-141.

Perry, J. L. et Rainey, H. G. (1988), The Public-Private Distinction in Organization Theory: A Critique and Research Strategy. *Academy of Management Review*, 13, (2), 182-201.

Peteraf, M. et Shanley, M. (1997), Getting to Know You: A Theory of Strategic Group Identity. *Strategic Management Journal*, 18, (1), 165-186.

Pfeffer, J. (1973), Size, Composition, and Function of Hospital Boards of Directors: A Study of Organization-Environment Linkage. *Administrative Science Quarterly*, 18, (3), 349-364.

Pfeffer, J. (2004), Size, composition and function of hospital boards of directors: a study of organisation environment linkage. *Studying The Organisation And Delivery Of Health Services: A Reader*, 18, 349-64.

Powell, W. W. (1991), Expanding the Scope of Institutional Analysis. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 183, 203.

Provan, K. G. (1984), Interorganizational cooperation and decision making autonomy in a consortium mulithospital system. *Academy of management review*. 9, (3), 494-504.

Provan, K. G. (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., Greve, H. R. et Davis, G. F. (2001), Fool's Gold: Social Proof in the Initiation and Abandonment of Coverage by Wall Street Analysts. *Administrative Science Quarterly*, 46, (3), 502-526.

Rao, H., Monin, P. et Durand, R. (2003), Institutional Change in Toque Ville: Nouvelle Cuisine as an Identity Movement in French Gastronomy. *American Journal of Sociology*, 108, (4), 795-843.

Rao, H., Monin, P. et Durand, R. (2005), Border Crossing: Bricolage and the Erosion of Categorical Boundaries in French Gastronomy. *American Sociological Review*, 70, (6), 968-991.

Renzulli, L. A. et Roscigno, V. J. (2005), Charter School Policy, Implementation, and Diffusion across the United States. *Sociology of Education*, 78, (4), 344-365.

Ring, P. S. et Perry, J. L. (1985), Strategic Management in Public and Private Organizations: Implications of Distinctive Contexts and Constraints. *Academy of Management Review*, 10, (2), 276-286.

Romanelli, E. et Tushman, M. L. (1994), Organizational Transformation as Punctuated Equilibrium: An Empirical Test. *The Academy of Management Journal*, 37, (5), 1141-1166.

Rosner, M. M. (1968), Economic Determinants of Organizational Innovation. *Administrative Science Quarterly*, 12, (4), 614-625.

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.

Ruef, M. et Scott, W. R. (1998), A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. *Administrative Science Quarterly*, 43, (4), 877.

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.

Sampson, R. J., Morenoff, J. D. et Gannon-Rowley, T. (2002), Assessing "Neighborhood Effects": Social Processes and New Directions in Research. *Annual Review of Sociology*, 28, 443-478.

Sander, W. (1999), Private Schools and Public School Achievement. *The Journal of Human Resources*, 34, (4), 697-709.

Schumpeter Joseph, A. (1950), Capitalism. *Socialism and Democracy*, 4ème édition., New York, Harper & Row.

Scott, J. (1997), Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables. *Advanced Quantitative Techniques*.

Scott, R., Ruef, M., Mendel, P. J. et Caronna, C. R. (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations : From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press.

Scott, W. R. (1987), The adolescence of institutional theory. *Administrative Science Quarterly*, 32, (4), 493-511.

Scott, W. R. et Meyer, J. W. (1991), The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 108-140.

Selznick, P. (1957), *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation* (New York. Harper and Row, 148, 1994-95.

Selznick, P. (1969), *Law, Society, and Industrial Justice.*, New York : Russell Sage.

Selznick, P. (1996), Institutionalism "Old" and "New". *Administrative Science Quarterly*, 41, (2), 270-277.

Sénat Français (2005). hôpitaux publics et cliniques privées : une convergence tarifaire faussée. Rapports d'information et travaux parlementaires du Sénat Français

Seo, M. et Creed, D. (2002), Institutional Contradictions. *Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective'*, *Academy of Management Review*, 27, (2), 222-47.

Singh, J. V., Tucker, D. J. et House, R. J. (1986), Organizational legitimacy and the liability of newness. *Administrative Science Quarterly*, 31.

Singh, K. (1997), The Impact of Technological Complexity and Interfirm Cooperation on Business Survival. *The Academy of Management Journal*, 40, (2), 339-367.

- Smith, D. (1965), Front-line organization of the state mental hospital. *Administrative Science Quarterly*, 10, (3), 381-399.
- Smith, H. L. et Mick, S. S. (1985), A Theory of Organizational Response to Hospital Regulation: A Reply. *The Academy of Management Review*, 10, (2), 332-336.
- Solari, L. (2001), Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care (Book). *Organization Studies (Walter de Gruyter GmbH & Co.KG.)*, 22, (1), 176.
- Strang, D. et Macy, M. W. (2001), In Search of Excellence: Fads, Success Stories, and Adaptive Emulation. *American Journal of Sociology*, 107, (1), 147-182.
- Strang, D. et Sine, W. D. (2002). *Interorganizational Institutions*. Blackwell Publishers.
- Strang, D. et Soule, S. A. (1998), Diffusion in Organizations and Social Movements: From Hybrid Corn to Poison Pills. *Annual Review of Sociology*, 24, 265-290.
- Strang, D. et Tuma, N. B. (1993), Spatial and Temporal Heterogeneity in Diffusion. *The American Journal of Sociology*, 99, (3), 614-639.
- Sutton, J. R. et Dobbin, F. (1996), The Two Faces of Governance: Responses to Legal Uncertainty in U.S. Firms, 1955 to 1985. *American Sociological Review*, 61, (5), 794-811.
- Taibleson, M. H. (1974), Distinguishing between contagion, heterogeneity, and randomness in stochastic models. *American Sociological Review*, 39, (6), 877-880.
- Thiétard, R. A. (2003), *Méthodes de recherche en management*, 2ème édition, Dunod.

Thiéart, R. A. et Forgues, B. (1995), Chaos Theory and Organization. *Organization Science*, 6, (1), 19-31.

Thomas, J. B., Clark, S. M. et Gioia, D. A. (1993), Strategic Sensemaking and Organizational Performance: Linkages among Scanning, Interpretation, Action, and Outcomes. *The Academy of Management Journal*, 36, (2), 239-270.

Thornton, P. H. (2001), Personal versus Market Logics of Control: A Historically Contingent Theory of the Risk of Acquisition. *Organization Science*, 12, (3), 294-311.

Thornton, P. H. (2002), The Rise of the Corporation in a Craft Industry: Conflict and Conformity in Institutional Logics. *Academy of Management Journal*, 45, (1), 81-101.

Thornton, P. H. et Ocasio, W. (1999), Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*, 105, (3), 801-844.

Tichy, N. M., Tushman, M. L. et Fombrun, C. (1979), Social network analysis for organizations. *Academy of Management Review*, 4, (4), 507-519.

Tolbert, P. S. et Zucker, L. G. (1983), Institutional Sources of Change in the Formal Structure of Organizations : The Diffusion of Civil Service Reform, 1880-1935. *Administrative Science Quarterly*, 28, (1), 22-39.

Townley, B. (2002), The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45, (1), 163-179.

Tripsas, M. et Gavetti, G. (2000), Capabilities, Cognition, and Inertia: Evidence from Digital Imaging. *Strategic Management Journal*, 21, (10), 1147.

Tushman, M. L. et Romanelli, E. (1985), Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation. *Research in Organizational Behavior*, 7, 171-222.

Useem, M. (1979), The Social Organization of the American Business Elite and Participation of Corporation Directors in the Governance of American Institutions. *American Sociological Review*, 44, (4), 553-572.

Uzzi, B. et Lancaster, R. (2004), Embeddedness and Price Formation in the Corporate Law Market. *American Sociological Review*, 69, (3), 319-344.

Van de Ven, A. H. et Garud, R. (1994), The coevolution of technical and institutional events in the development of an innovation. *Evolutionary Dynamics of Organizations*, 425-443.

Van den Bulte, C. et Lilien, G. L. (2001), Medical Innovation Revisited: Social Contagion versus Marketing Effort. *The American Journal of Sociology*, 106, (5), 1409-1435.

Vasselle, A. (2006), Prévenir les infections nosocomiales : une exigence de qualité des soins hospitaliers. *rapport d'office parlementaire du Sénat*.

Washington, M. et Ventresca, M. J. (2004), How Organizations Change: The Role of Institutional Support Mechanisms in the Incorporation of Higher Education Visibility Strategies, 1874-1995. *Organization Science*, 15, (1), 82.

Washington, M. et Zajac, E. J. (2005), Status evolution and competition : Theory and evidence. *The Academy of Management Journal*, 48, (2), 282-296.

Weber, M. (1968), *Economy and Society*. New York.

Weick, K. E. (1996), An Appreciation of Social Context: One Legacy of Gerald Salancik. *Administrative Science Quarterly*, 41, (4), 563-573.

- Wejnert, B. (2002), Integrating Models of Diffusion of Innovations: A Conceptual Framework. *Annual Review of Sociology*, 28, 297-326.
- Wellman, B. (1929), The school child's choice of companions. *Journal of Educational Research*, 14, 126-132.
- Westphal, J. D., Gulati, R. et Shortell, S. M. (1997), Customization or conformity. *Administrative Science Quarterly*, 42, (2), 366–94.
- Westphal, J. D. et Zajac, E. J. (2001), Decoupling Policy from Practice: The Case of Stock Repurchase Programs. *Administrative Science Quarterly*, 46, (2), 202-228.
- Young, G. J., Charns, M. P. et Shortell, S. M. (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.
- Zajac, E. J. (1990), Ceo Selection, Succession, Compensation and Firm Performance: a Theoretical Integration and Empirical Analysis. *Strategic Management Journal*, 11, (3), 217-230.
- Zilber, T. B. (2002), Institutionalization as an Interplay between Actions, Meanings, and Actors: the Case of a Rape Crisis Center in Israel. *Academy of Management Journal*, 45, (1), 234-254.
- Zucker, L. G. (1977), The Role of Institutionalization in Cultural Persistence. *American Sociological Review*, 42, (5), 726-743.
- Zucker, L. G. (1987), Institutional Theories of Organization. *Annual Review of Sociology*, 13, 443-464.