



L'interdiction des retranscriptions pharmaceutiques: Adaptation du management aux conventions sociales.

Jacques Orvain, Cyrille Harmel

► To cite this version:

Jacques Orvain, Cyrille Harmel. L'interdiction des retranscriptions pharmaceutiques: Adaptation du management aux conventions sociales.. Journal de gestion et d'économie médicales, 2014, 32, pp.521-536. 10.3917/jgem.147.0521 . hal-01438503

HAL Id: hal-01438503

<https://hal.science/hal-01438503>

Submitted on 17 Jan 2017

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.

L'interdiction des retranscriptions pharmaceutiques:

Adaptation du management aux conventions sociales.

Jacques Orvain, EHESP Rennes, Sorbonne Paris Cité, Equipe de recherche Management des Organisations en Santé (MOS), France

Cyrille Harmel, Elève Directeur d'Hôpital (2013), EHESP, Rennes.

The prohibition of pharmaceutical transcriptions:

Adapting management to social conventions.

La correspondance est à adresser à :

Jacques Orvain

École des hautes études en santé publique
Avenue du Professeur-Léon-Bernard •

CS 74312 •

35043 Rennes Cedex

Résumé :

Objectif : La sécurisation des prescriptions pharmaceutiques est aujourd'hui considérée comme un enjeu important de la qualité des soins, mais qui se heurte à des conflits de rationalité.

Méthode : Une étude de cas menée dans un hôpital français a permis d'analyser en profondeur les freins organisationnels qui sont à l'origine des difficultés rencontrées. L'étude a été menée en s'appuyant, d'une part sur la théorie des conventions, d'autre part sur les modalités de déploiement du management de la qualité.

Résultats : Trois thématiques principales émergent de l'étude et peuvent être interprétées comme des conflits entre différents cadres conventionnels. Tout d'abord l'interdiction des retranscriptions des prescriptions médicales, en second lieu l'établissement de la pharmacie clinique comme une nouvelle fonction permettant la sécurisation des prescriptions, enfin l'informatisation des prescriptions comme espace de négociation.

Discussion et conclusion : Pour organiser la médiation entre différentes conventions, le manager hospitalier pourra se référer à trois types de gestion qui ont été décrites pour manager la qualité. La gestion de type instrumental permet d'exclure les retranscriptions, la gestion de type organique permet d'accueillir la pharmacie clinique comme une nouvelle fonction, enfin la gestion de type culturel qui s'appuie sur la discussion et l'arbitrage des valeurs ouvre la voie à la négociation de l'informatisation du circuit du médicament.

Mots clés : Théorie des conventions, Comportements organisationnels, négociation, sécurisation des soins.

Abstract

Objective: Securing pharmaceutical prescriptions is now considered an important issue of quality of care. But the difficulties can be interpreted as resulting from conflicts of rationality.

Method: A case study in a French hospital has thoroughly analyzed organizational brakes that are causing these problems. The study was based in on one side on the theory of the order of oath and on the other side on different types of quality management that have been described.

Results: Three main themes emerged from the study and can be interpreted as conflicts between different frames of legitimacy. Firstly banning transcripts of medical prescriptions, secondly the establishment of clinical pharmacy as a new function for increasing the security of prescriptions, and finally the implementation of computerized prescriptions. This last approach is facing technical difficulties and symbolic issues, but it is opening up a space for negotiation.

Discussion and conclusion: To arrange mediation between different conventions, the hospital manager can refer to three types of management which have been described to manage quality. An instrumental type allows to exclude the transcriptions, an organic type can accommodate the clinical pharmacy as a new function, and finally a cultural type, based on the discussion and arbitration of values, can pave the way for the negotiation of the computerization of the drug delivery process.

Keywords: Theory of the orders of worth, conventions, organizational behavior, negotiation, healthcare safety.

I. INTRODUCTION

La seconde Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) relève que les médicaments sont la troisième cause d'Evènements Indésirables Graves (EIG) dans les hôpitaux français, soit 60.000 à 130.000 EIG par an (1). Les études internationales montrent que les causes d'erreurs se situent principalement dans la prescription (évaluée à hauteur de 56% des erreurs) et notamment lors des pratiques de retranscription des prescriptions médicamenteuses par les personnels soignants (de l'ordre de 6% des erreurs) (2). La sécurisation des prescriptions médicales est ainsi devenue un enjeu majeur de la sécurité des soins, et a conduit à l'interdiction de la retranscription des prescriptions médicales par les personnels infirmiers.

La réglementation n'a cessé d'évoluer dans ce domaine. Si les possibilités de prescriptions demeurent très larges, ce sont surtout les modalités de prescription qui sont aujourd'hui encadrées par une série de règlements. L'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) constate ainsi que les pratiques de prescription sont hétérogènes à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et « *qu'il semble que chaque service dispose d'une « culture » de la prescription tant en termes de médicaments prescrits que de modalités de prescription* »¹. Cette difficulté à appliquer des règles simples pose cependant la question de l'acceptation de ces règles, de leur légitimité perçue par les acteurs de terrain et des modalités d'interaction que cela engage. Cela confronte les directions des établissements au risque de non-certification de leur établissement par la Haute Autorité de Santé.

Au cours d'un stage de formation de huit mois dans un centre hospitalier général de taille moyenne, des difficultés de mise en œuvre d'une politique du circuit du médicament ont été rapportées. Les nombreuses démarches de sécurisation de la prescription médicamenteuse, entreprises par le Centre Hospitalier depuis 2006, n'ont pas permis d'obtenir des résultats significatifs en matière de conformité des prescriptions médicamenteuses. Nous suspectons que le respect des règles n'est pas le seul enjeu, et souhaitons interroger les logiques qui orientent les professionnels dans leur réponse aux sollicitations de leur environnement extérieur. Autrement dit, nous souhaitons expliciter les différentes rationalités qui s'affrontent autour de la sécurité de l'acte de prescription, point de départ du circuit du médicament.

¹ Dahan M. et Sauret J, *Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*, Inspection Générale des Affaires Sociales, septembre 2010.

L'hôpital est classiquement décrit comme une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire une organisation où les producteurs de première ligne génèrent les règles de leur fonctionnement (3). L'hôpital est aussi souvent décrit comme une organisation pluraliste d'affrontement de différentes professions soutenues par différentes rationalités. L'ordre négocié en résume le fonctionnement (4) et la négociation politique est souvent le modèle de régulation dominant (5). Cette négociation s'appuie sur des principes de jugement et des normes professionnelles qui peuvent être décrites par la sociologie des organisations comme des conventions (6). Les conventions y sont décrites comme des règles de coordination qui sont à la fois arbitraires, vagues dans leur définition et qui n'ont pas besoin d'être soutenues par des sanctions explicites (7). Dans le champ de la santé, la théorie des conventions permet ainsi d'éclairer les comportements et mécanismes de coordination, dans de nombreuses situations où des règles implicites fondent le jugement (8).

Des conventions d'action peuvent aussi être proposées de l'extérieur. Ainsi le Management de la Qualité Totale (Total Quality Management ou TQM en anglais), s'impose aujourd'hui comme un cadre rationnel d'action sous la forme d'une convention qualité. Ce modèle est largement repris aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé (HAS), organisme régulateur de la qualité des soins en France. Mais il a été abondamment critiqué, à ses origines, par les chercheurs en science de gestion qui l'ont considéré comme un ensemble de principes hétérogènes et imposées arbitrairement (9). Il est perçu aujourd'hui comme une forme de rationalité parmi d'autres, au service de l'action managériale (10). Barbara A. Spencer montre ainsi que le management de la qualité totale peut être décliné selon différents modèles managériaux (11). Elle les classe en trois catégories : un modèle instrumental où il suffirait de dicter les actions pour que les acteurs agissent dans le sens des buts fixés ; un modèle organique, ou fonctionnaliste, où l'objectif fixé par la direction, doit être atteint par les efforts convergents des différentes fonctions de l'organisation ; enfin, un modèle culturel où les capacités de négociation entre acteurs sont un élément essentiel de la bonne coordination de leurs intérêts divergents. Ces typologies de l'action managériale ont également été décrites par les travaux néo-institutionnalistes et en particulier ceux de Scott (12).

Les travaux de Gomez décrivent cette opposition entre différents cadres de légitimité (13). Ils opposent d'une part des conventions d'effort qui prennent racine dans les logiques de travail et d'autre part des conventions qualité qui s'imposent aux acteurs. Gomez présente les conventions comme des écrans symboliques, des cadres de légitimité, sur lesquels les acteurs peuvent s'appuyer pour interpréter et agir sur les organisations. La coexistence dans la littérature de plusieurs cadres de légitimité, l'un pour expliquer les mécanismes de régulation

professionnelle, l'autre pour éclairer les cadres d'action managériaux, pose la question de la contextualisation de la rationalité managériale par rapprochement avec celle des professionnels.

Nous nous appuierons sur la question des règles de prescription pharmaceutiques à l'hôpital pour étudier la confrontation de différentes conventions professionnelles et envisager les moyens de dépasser les conflits qui en résultent. Plus généralement cela nous conduira à discuter la congruence des typologies d'intervention managériale et des conventions professionnelles.

II. METHODOLOGIE

II.1 Cadre théorique

La théorie conventionnaliste, qui a souvent été utilisée dans le champ de la santé (14;15), décrit des dispositifs conventionnels qui permettent de comprendre les logiques d'action au travail. Les acteurs, en s'inscrivant dans un dispositif particulier, choisissent des modalités d'évaluation collective, ce qui permet d'anticiper l'action des autres par la mise en cohérence des perspectives. Le choix d'une modalité de coordination évite ainsi d'avoir à calculer de façon précise et anticipée les conséquences des décisions prises. Ce calcul n'est d'ailleurs pas toujours possible pour les activités de soins. Les acteurs obéissent ainsi à une logique procédurale en sélectionnant les valeurs et les principes d'action d'un dispositif particulier plutôt qu'en visant un résultat précis. Ce choix permet de pallier l'incomplétude des règles et l'incertitude sur le résultat des actions collectives (16). Différentes conventions ont ainsi été décrites par Boltanski et Thévenot: convention domestique, industrielle, marchande, citoyenne, de réputation, d'inspiration et plus récemment de projet (17). Chacune de ces conventions est marquée par un principe supérieur, un mode d'évaluation prédominant et des situations typiques². Le choix d'une convention plutôt qu'une autre permet ainsi l'accord entre les acteurs sur les actions à entreprendre. A l'inverse l'invocation de différentes conventions produit la dispute ; la négociation et le compromis sont alors nécessaires.

² Pour plus de détail sur l'architecture de ces conventions le lecteur pourra se référer à l'ouvrage d'Amblard et de ses collaborateurs qui donne un tableau synthétique de description de ces conventions (6)

La théorie des conventions nous permettra ainsi d'interpréter les données empiriques en trois temps : tout d'abord en repérant les thèmes qui engagent la dispute, puis en identifiant les arguments de la dispute issus de différentes conventions, enfin en envisageant les modalités de résolution de la dispute par la mise en congruence de l'action managériale avec le système conventionnel.

II.2 Collecte des données

L'étude de cas, qui est présentée, est réalisée à partir d'une situation qui a été sélectionnée pour la constance des difficultés rencontrées (18). Il s'agit d'un centre hospitalier français de taille moyenne, en prise aux difficultés de gestion du circuit du médicament, notamment du fait des réticences des services de chirurgie à modifier leurs pratiques. L'analyse du cas ne constitue pas une représentation moyenne de la réalité des centres hospitaliers français, mais est susceptible de rassembler différents éléments de compréhension des difficultés qui y sont rencontrées.

Deux types de données ont été mobilisés au cours de l'analyse : d'une part les références réglementaires et des prises de position institutionnelles dans le domaine considéré, d'autre part des entretiens et des observations participantes. La collecte de données a eu lieu entre mars 2012 et septembre 2013. Les entretiens ont été réalisés en face à face, auprès des différents corps de métier impliqués dans la maîtrise de la sécurité des prescriptions. Ils ont été conduits à partir de guides d'entretien permettant l'expression libre des opinions mais selon une trame préparée à l'avance. Les rubriques suivantes ont systématiquement été explorées lors des entretiens : la description des règles de prescription, l'avis sur les démarches de sécurisation, l'interprétation des différents rôles. Les personnes interrogées ont été sélectionnées pour garantir la représentation des différents points de vue (cf Tableau 1).

Tableau 1: Entretiens réalisés

Fonction	Personnes interrogées
Direction	3 directeurs impliqués dans le projet de sécurisation
Professions Médicales	2 chirurgiens 1 anesthésiste-réanimateur 3 spécialistes médicaux

	1 pharmacien
Professions	2 cadres de santé
Soignantes	2 infirmières de soins généraux

Les entretiens ont été transcrits et ont été complétés par des observations participantes aux différents groupes de travail organisés pour sécuriser les prescriptions. Les comptes rendus et, les procès-verbaux de différentes réunions ont pu être consultés : réunions de groupes de travail, réunions des instances, réunions de débriefing entre la Direction et les experts-visiteurs de la HAS. Dans le cadre de la CRU (Commission de Relation avec les Usagers), un représentant des usagers a également été interrogé, ses propos n'ont pas été enregistrés, mais une trace écrite de l'échange a été réalisée au décours de l'entretien.

II.3 Analyse des données

L'analyse qualitative des données a été réalisée en trois temps. Les données empiriques ont tout d'abord été codées de façon à faire émerger de façon inductive les thèmes qui expriment des désaccords entre les différents acteurs. Cette catégorisation a été effectuée par les auteurs de l'article au moyen d'un tableur permettant de regrouper les verbatims par catégorie d'analyse, selon la méthode de l'ancrage au terrain (19). La situation a ainsi été décrite en se mettant dans le cadre de l'exercice professionnel et en essayant d'identifier des thèmes primaires d'analyse qui restituent les logiques de terrain. Dans un deuxième temps, et pour chacun des thèmes primaires, les logiques professionnelles propres aux trois types d'acteurs rencontrés (médecins, pharmaciens et soignants), ont été analysées à partir des grilles conventionnalistes proposées par Boltanski et Thévenot de façon à faire apparaître les arguments de la dispute (17). Enfin dans un troisième temps, les tentatives de conciliation des différentes conventions ont été interprétées au regard des catégories utilisées par Barbara Spencer pour qualifier les modalités managériales de mise en œuvre d'une politique qualité (11).

III. RESULTATS

Dans une première partie, l'analyse de la situation montrera à la fois les difficultés rencontrées et les interactions professionnelles multiples qui s'expriment au cours des prescriptions médicamenteuses. Dans une deuxième partie, les données empiriques seront réorganisées pour étudier différentes thématiques qui mettent en exergue

des conventions particulières. Dans une troisième partie nous décrirons les différentes tentatives de gestion nationales et locales de ces situations et nous en extrairons des rationalités d'action managériale.

III.1 L'analyse de la situation

La prérogative médicale de la prescription tend à devoir être partagée entre différentes professions. Par ailleurs la place du médicament dans l'exercice professionnel des praticiens est variable selon les spécialités et correspond à des cultures et des savoir-faire professionnels locaux. Finalement des évolutions récentes tentent de réactualiser ces pratiques.

La prescription est un acte complexe et partagé

Dès 1993, au nom de l'Académie nationale de médecine, Paul Lechat a attiré l'attention sur « *la complexité croissante des méthodes de traitement et en particulier sur la difficulté d'une prescription correcte des médicaments* »³. Le rapport du 17 mars 2009 de l'Académie Nationale de Médecine, note également que « *la complexité croissante des méthodes de traitement doit conduire à rechercher à mieux valoriser la complémentarité des compétences dans le domaine du médicament acquises par les pharmaciens et les médecins, ces derniers restant les seuls maîtres des stratégies thérapeutiques* ». Depuis 1999, les ministères de la santé successifs, appuyés par les organismes de régulation (HAS, Agence Nationale d'Appui à la Performance) ont déployé de nouvelles réglementations et des programmes d'appui pour améliorer la sécurisation des prescriptions. En particulier la HAS tend à proscrire la retranscription des prescriptions médicales par les infirmiers, car cette pratique est considérée comme dangereuse. Malgré tous ces efforts réglementaires, les enquêtes ENEIS, qui sont conduites tous les cinq ans et qui permettent de suivre l'incidence des effets indésirables, ne montrent pas d'évolution favorable (1). La HAS, lors des bilans effectués sur la certification des hôpitaux, constate également la difficulté des établissements à satisfaire les critères concernant le circuit du médicament.

Les médecins ne sont pas seuls impliqués dans la prescription car cet acte associe également infirmiers, pharmaciens et anesthésistes. L'article R.4312-29 du Code de la Santé Publique rappelle que « *l'infirmier doit*

³ Lechat P.- Sur la formation initiale en thérapeutique médicamenteuse des étudiants en médecine. Bull.Acad.Natle Méd., 1993, 177,459.

demander au médecin prescripteur un complément d'information à chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé ». Cette règle exprime implicitement la responsabilité de l'infirmier dans l'élaboration du diagnostic et la réévaluation du traitement. L'infirmier n'est pas un simple exécutant de la prescription médicale, il participe à son élaboration et ne doit pas l'exécuter en cas de doutes. La formation initiale en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) propose ainsi aux étudiants des exercices de simulation, dans lesquels les étudiants apprennent à ne pas s'engager sur une administration en cas de doute, même si l'ordre de prescription est confirmé par le médecin (principe parfois dénommé « no go »).

L'arrêté du 6 avril 2011⁴ dispose que la dispensation de médicaments ne peut être réalisée sans analyse pharmaceutique : *« L'analyse pharmaceutique vise à vérifier la conformité des prescriptions avec : les résumés des caractéristiques des produits (RCP) ; les recommandations, protocoles et fiches de bon usage internes validés par les différentes commissions (COMEDIMS, CLUD, Commission des Antibiotiques...) ; les recommandations et conférences de consensus des sociétés savantes et des agences sanitaires (HAS, ANSM, ARS...) »*. La création de postes de pharmaciens cliniciens doit permettre de transmettre des opinions pharmaceutiques aux médecins prescripteurs. Ceci est favorisé par l'informatisation des prescriptions.

Dans les services de chirurgie, les anesthésistes réanimateurs ont longtemps assuré le suivi et l'ajustement thérapeutique, car le chirurgien passe une bonne partie de son temps en salle d'opération ou de consultation. Or, devant la forte augmentation des activités de consultation ou de bloc opératoire, considérées par certains comme professionnellement plus valorisantes, les anesthésistes réanimateurs ont de moins en moins la possibilité de jouer ce rôle. A cet égard, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) note que *« les dispositions réglementaires ne précisent pas le rôle des anesthésistes réanimateurs au sein des services chirurgicaux ou des secteurs interventionnels (endoscopie, radiologie) »* et qu'au demeurant l'intervention post interventionnelle des anesthésistes réanimateurs doit se faire dans le cadre *« d'une action coordonnée des différents praticiens impliqués dans la prise en charge du patient »*. La SFAR préconise ainsi que des règles et protocoles de fonctionnement de service formalisent localement l'action coordonnée des praticiens (20).

⁴ Arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Le chirurgien n'est finalement pas le seul acteur de la prescription. L'infirmière, le pharmacien et l'anesthésiste réanimateur participent également à la sécurisation de cet acte, ce qui nécessite l'ajustement de différentes normes professionnelles.

Les prescriptions obéissent à des normes locales

Dans le cadre de l'étude de terrain qui a été menée, nous retrouvons la pluralité des normes et la nécessité de construire localement des conventions locales de travail. Ainsi les préconisations émises lors de la COMmission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) du 28 janvier 2008, ne sont toujours pas appliquées en ce qui concerne les règles de prescription. Un chirurgien interrogé pense également que les chartes de fonctionnement de service sont dépassées dans la mesure où elles ne permettent pas forcément une prise en charge satisfaisante du patient. Ainsi, sauf urgences, le chirurgien précise qu'il est seul à rendre visite au patient de manière systématique le week-end, autrement dit sans l'expertise d'un anesthésiste réanimateur. Cette pratique n'est pas retrouvée dans tous les services de chirurgie, car une répartition différente des rôles autour de la prescription a été organisée dans chacun des services. Les professionnels rencontrés ont également des perceptions différentes des difficultés rencontrées : les pharmaciens et soignants ont plutôt tendance à reconnaître l'importance des risques iatrogéniques liés au médicament, tandis que les médecins prescripteurs rencontrés ont plutôt tendance à minimiser le constat des études sur le sujet.

La recherche de solutions techniques

La HAS fait un lien entre l'informatisation de la prescription et les niveaux élevés de conformité de la prescription médicamenteuse (score de conformité de 89% avec une prescription informatisée, contre 47% pour une prescription non informatisée). L'informatisation permet de « verrouiller » la prescription médicamenteuse, obligeant les médecins à rendre conformes leurs prescriptions. Mais l'informatisation des prescriptions peine à se mettre en place nationalement. Au 15 avril 2013, la DGOS⁵ estime que 60% des CHU disposent d'une solution d'informatisation de la prescription en cours de déploiement, et 41% des CH ayant entre 301 et 500 lits.

Les difficultés rencontrées par les établissements de santé dans le déploiement des Logiciels d'Aide à la Prescription, sont liées à des dysfonctionnements techniques, à des variations locales de pratiques et des effets symboliques. Ainsi, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) indiquait à

⁵ DGOS, *Atlas 2013 des SIH, Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers*, mai 2013

un quotidien national « avoir reçu plusieurs dizaines de dysfonctionnements sur ces logiciels depuis 2012 ». Le rapport de l'IGAS sur le circuit du médicament à l'hôpital invoque, quant à lui, la dispersion des logiques professionnelles des acteurs hospitaliers sur cette thématique : « *les principales difficultés résultent de la faible capacité des établissements à exprimer clairement leurs besoins en matière d'informatisation. Chaque groupe d'acteurs du monde hospitalier a une compréhension différente de l'utilité de l'informatique et a naturellement tendance à privilégier son point de vue sans intégrer celui des autres.* ». Enfin l'informatisation des prescriptions induit également des effets symboliques : elle ouvre en effet la possibilité d'une analyse pharmaceutique des ordonnances, ce qui pour certains médecins constitue une immixtion des pharmaciens dans leurs pratiques professionnelles.

III.2 Les conventions mobilisées

Les conventions professionnelles jouent un rôle important pour l'acceptation des nouveaux modes de coordination. Nous distinguons ainsi trois thèmes importants qui permettent de comprendre les difficultés rencontrées au travers des conventions implicites : des processus de délégation mais qui sont contredits par l'interdiction des transcriptions ; la tentative d'instauration de la pharmacie clinique ; et finalement le recours à l'informatisation qui suscite de nombreuses difficultés.

La délégation

Plusieurs facteurs entrent en jeu pour favoriser ou contraindre les transcriptions de prescription. Plus on s'éloigne des services de spécialités médicales, comme par exemple la médecine interne ou la réanimation, plus l'interprétation de la pratique soignante tend à être extensive. Une infirmière d'un service de chirurgie fait ainsi part du risque « *qu'à la longue, on mesure moins les risques, on a tendance à prendre des habitudes* ». Elle considère qu'à chaque administration de médicaments, elle est susceptible de remettre en jeu son diplôme d'Etat. A contrario, une autre infirmière a totalement intériorisé la pratique de retranscription, et ne perçoit plus le risque professionnel qu'elle constitue. Les infirmières rencontrées expliquent que ces pratiques sont le fruit de modes d'organisation qui se sont instituées localement. Le soignant est souvent pris entre différentes injonctions : la Direction et l'encadrement attendent que l'infirmier se conforme aux textes réglementaires, à l'inverse les dynamiques d'équipes médico-soignantes le poussent à adopter une lecture extensive des règles et des normes en

matière de conformité de la prescription médicamenteuse. Par ailleurs l'urgence et l'intérêt du patient obligent souvent le soignant à agir en contravention de la réglementation, de façon à garantir la continuité des soins.

En interdisant les retranscriptions, les instances de régulation interprètent la coordination des prescriptions dans un sens plutôt instrumental : le médecin prescrit et l'infirmier applique. Dans cette conception de la coordination, la prescription doit être claire et non ambiguë. L'opérateur ne doit pas avoir de marge de manœuvre et doit pouvoir être contrôlé sur la conformité de l'exécution. La réglementation s'oppose ainsi aux relations implicites de coordination pour revenir à une activité prescrite, auditable et opposable. Localement le sujet a été source de tensions importantes en 2012 et 2013. Les cadres de santé considèrent les retranscriptions comme une situation subie par les personnels soignants. L'encadrement a par ailleurs été sollicité de manière importante par la direction, pour supprimer les retranscriptions des prescriptions en vue de la visite de certification par la HAS en 2013. Mais à défaut de parvenir aux objectifs fixés par la Direction des Soins, le sujet a généré dans l'encadrement un sentiment d'impuissance à faire évoluer les pratiques médico-soignantes.

Les difficultés rencontrées peuvent être expliquées par une analyse plus approfondie des logiques conventionnelles. La coordination du chirurgien et du soignant autour du médicament correspond à une logique instrumentale de prescription de l'activité, mais en pratique sur le terrain, cette logique est souvent modulée par des relations de proximité et de confiance. Un des médecins rappelle ainsi que *« nous ne sommes pas dans la production de marchandises mais dans la production de soins. Les médecins tiennent à la relation de proximité qu'ils entretiennent avec les soignants et les patients, ce qui est non quantifiable en temps »*. Ainsi les pratiques de retranscription qui sont établies entre chirurgiens et soignants reposent sur le développement de la confiance. De manière schématique, les retranscriptions des prescriptions par les soignants permettent aux médecins de se concentrer sur des activités à plus forte valeur ajoutée (activités de consultation et de bloc opératoire pour les chirurgiens et médecins anesthésistes, stratégie clinique, acte intellectuel de prescription etc...). De leur côté les soignants perçoivent la retranscription comme une marque de confiance de la part du corps médical et une forme d'autonomie dans leur exercice professionnel. La retranscription des prescriptions médicamenteuses établit une sorte de bascule de compétences entre une « activité prescrite » et « le rôle propre des infirmiers », par nature plus valorisant. La prescription est finalement un moment important dans la coopération professionnelle entre le médecin et le soignant. La remise en cause des retranscriptions, s'inscrit, à l'inverse, dans la logique instrumentale de prescription de l'activité. Ce mode de coordination a de nombreux avantages : l'action est simple à énoncer, facile à contrôler et sans ambiguïté sur les rôles respectifs. Il a cependant des inconvénients : il

manque de souplesse et fait peu de place à la confiance. Il correspond à une logique industrielle qui explicite les commandements et peut en vérifier l'exécution. La question des retranscriptions est ainsi sous-tendue par l'opposition de deux conventions : d'une part une convention industrielle qui s'appuie sur la répartition des rôles et la traçabilité des actions, d'autre part une convention de type domestique qui privilégie les mécanismes de confiance et de proximité. Le représentant des usagers, qui s'est exprimé, valorise les relations de proximité et parle de capital de confiance qu'il faut préserver. Les autorités réglementaires de leur côté ont fait leur choix et imposent une forme conventionnelle industrielle au dépend d'une convention domestique de proximité.

Le rôle du Pharmacien clinique

Le pharmacien hospitalier a aujourd'hui un rôle effectif pour l'analyse des prescriptions des molécules onéreuses hors marché, ou pour les médicaments à risques (médicaments orphelins, stupéfiants etc...). Pourtant, la généralisation de ce principe à l'ensemble des molécules pose problème. Pour être applicable, la pharmacie clinique nécessite en effet, soit le déplacement d'un pharmacien dans le service de soins, soit l'acheminement des ordonnances entre la pharmacie et le service de soins. Ces conditions, ainsi que le temps professionnel qu'il faut y consacrer, contribuent à expliquer la faible diffusion de l'analyse pharmaceutique des ordonnances dans les établissements de santé. Face à ce nouveau rôle, les pharmaciens rencontrés oscillent entre enthousiasme et réserve. D'une part les pharmaciens sont convaincus de l'utilité de leur expertise pour améliorer la prise en charge du patient, tout particulièrement lors de l'acte de prescription. Cette idée est parfaitement exprimée par le pharmacien, chef de service de la pharmacie, qui signale que *« le pharmacien est en mesure de jouer pleinement son rôle, en réalisant la validation pharmaceutique des prescriptions et en émettant des opinions pharmaceutiques »*. D'autre part les réactions exprimées lors des entretiens traduisent également le sentiment de devoir se justifier à l'égard des médecins prescripteurs. La validation pharmaceutique des ordonnances constitue donc un changement culturel majeur pour les pharmaciens, qui suscite chez eux à la fois beaucoup d'enthousiasme, en étendant leurs pratiques à des activités à forte valeur ajoutée, et à la fois de réticences à l'idée que cette nouvelle activité puisse être source de tensions avec les médecins prescripteurs.

De leur côté les médecins reconnaissent l'expertise pharmacienne traditionnelle dans l'acte de dispensation et de délivrance des médicaments, mais ils émettent des réserves sur l'intérêt d'une validation pharmaceutique des prescriptions. Un chef de service indique ainsi que les opinions pharmaceutiques viendraient heurter *« l'indépendance d'esprit »* des praticiens, qui ne supporteraient pas d'être constamment dérangés par les appels téléphoniques des pharmaciens. Un autre médecin prescripteur indique que *« les opinions pharmaceutiques »*

systématiques seraient dangereuses car elles déresponsabiliseraient les médecins ». Un autre praticien déclare que les opinions pharmaceutiques sont « *étranges* » ou « *trop théoriques* », et ne répondent pas aux besoins de prise en charge médicamenteuse du patient. Il explique ce constat par le manque d'informations à la disposition du pharmacien pour émettre son opinion (analyses biologiques, feuille de températures etc...), mais surtout par le fait que « *le pharmacien n'a pas le patient sous les yeux, et que ce n'est pas son rôle* ». Les médecins dont les prescriptions ne sont pas encore informatisées, et donc non validées par les pharmaciens, montrent également beaucoup de méfiance à l'égard de l'intervention pharmacienne dans l'acte de prescription, en s'interrogeant avant tout sur le sens d'une telle démarche. Ils rejettent tous l'idée, retenue par certains établissements, que le pharmacien puisse suivre le médecin au cours de sa visite. Cependant les statistiques tenues par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) montrent que les praticiens prennent connaissance de 93% des opinions pharmaceutiques, et que 50% sont suivies, légitimant donc le travail d'analyse des pharmaciens.

Les médecins acceptent le rôle traditionnel du pharmacien qu'ils associent à une logique marchande. Par contre ils expriment des réticences à l'intégrer aux activités médicales qui obéissent à une autre rationalité. Pour y parvenir le pharmacien doit adopter de nouvelles règles qui l'obligent à la proximité avec le médecin et le malade. Le déplacement du pharmacien dans le service est la fois la condition de cette acceptation mais aussi son obstacle. L'acceptation du pharmacien clinicien par les médecins est ainsi conditionnée à une hybridation de sa convention naturelle. Le pharmacien doit emprunter à la convention domestique, les principes de proximité et de contact direct. Un travail de conciliation de différentes conventions est ainsi nécessaire. L'acceptation d'autres rôles sera nécessaire dans l'avenir, le représentant des usagers exprime du respect pour les professions soignantes, mais il affirme également son rôle au sein de la CRU et revendique une expertise particulière.

L'informatisation du circuit du médicament

La question de l'informatisation des prescriptions au sein de la structure étudiée, amène le débat sur les règles professionnelles, sur le rôle des uns et des autres et sur les valeurs professionnelles. Des tensions se sont manifestées entre médecins, Direction et cadres de santé. L'évocation quasi systématique en CME, depuis 2010, des problèmes générés par l'informatisation des premiers services de soins, oblige la Direction à réaffirmer constamment la nécessité pour l'Etablissement de poursuivre l'informatisation du circuit du médicament. Lors de la CME du 25 septembre 2012, le chef d'Etablissement « *rappelle que l'informatisation est obligatoire (texte réglementaire et sanctions financières), qu'on ne peut faire machine arrière, qu'il faut améliorer l'outil [...]* ». Mais la pertinence de la logique d'informatisation de la prescription médicamenteuse est sans cesse questionnée

par les prescripteurs au regard de leurs pratiques professionnelles. Les règles imposées par les logiciels aboutissent rapidement à des tableaux thérapeutiques illisibles. Les médecins rencontrés tendent donc à considérer que l'informatisation de la prescription se fait au détriment du raisonnement clinique, en centrant leur pratique professionnelle davantage sur le produit que sur le patient. Finalement, la plupart considère ainsi que le logiciel d'aide à la prescription est conçu en premier lieu pour l'usage professionnel des pharmaciens, la fonctionnalité de prescription n'ayant été développée par l'éditeur qu'*a posteriori*. Cependant de manière générale, les médecins rencontrés se prononcent en faveur de l'informatisation, qu'ils considèrent comme un choix d'avenir, susceptible d'améliorer la sécurisation du circuit du médicament, et ceci malgré des performances techniques largement en-deçà des attentes (temps de connexion trop long, nouvelles erreurs générées par l'informatisation, ergonomie insatisfaisante etc...). L'informatisation, qui n'est pas rejetée dans son principe, peut alors constituer une solution de négociation pour changer les pratiques de prescription. Un chef de service évoque, lors du COMEDIMS du 27 novembre 2009, le caractère volontaire de son engagement dans la démarche, en mettant en avant les améliorations techniques nécessaires et le temps de prescription plus long : *« la saisie informatique a pour avantage une transmission de la prescription plus facile et plus sécurisée pour les infirmières. La prescription de sortie est également facilitée »*. En établissant le rapport coût-bénéfice de l'informatisation, il exprime une forme de transaction entre différentes valeurs.

Les arguments contre l'informatisation opposent classiquement, les règles du métier et leur part implicite, à une forme de standardisation et d'automatisme de ces pratiques. Nous retrouvons l'opposition, traditionnellement invoquée, entre l'Art et la Science. L'invocation de l'Art met en exergue le caractère inspiré et singulier des pratiques diagnostiques, l'invocation de la Science fait référence à des activités contrôlées et reproductibles. Cette opposition se retrouve également dans les propos du représentant des usagers : il se méfie des directives inapplicables qui devraient selon lui être élaborées à partir du terrain. Néanmoins des voies de compromis semblent s'ouvrir pour concilier règles de l'art et standardisation des pratiques. L'informatisation ouvre ainsi une voie de négociation entre plusieurs conventions.

III.3 Les différents types de réponse managériale.

Nous avons vu que les pratiques de retranscription des prescriptions médicamenteuses par les personnels soignants, reposaient sur des conventions historiques et culturelles d'organisation des tâches entre médecins et soignants qui sont remises en question par les pouvoirs publics au nom de la sécurisation de la prescription. La création d'une nouvelle fonction de pharmacien clinicien accentue également ces tensions en déplaçant les

équilibres entre les différentes professions. Finalement l'informatisation devient un enjeu entre les différentes conventions de travail. Quelles sont les différentes stratégies que peuvent alors construire les managers pour dépasser, accompagner ou rapprocher les différentes rationalités qui s'expriment dans l'organisation? La typologie des déclinaisons du TQM, nous permettra d'interpréter les actions managériales émergentes, comme différentes tentatives de gestion des conflits entre conventions professionnelles (11).

Management instrumental

La gestion de type instrumental s'inspire de l'organisation scientifique du travail. Elle repose sur la prescription de l'activité, la traçabilité de son exécution et la vérification de ses effets. Les réglementations qui imposent l'interdiction des retranscriptions s'inscrivent dans cette logique. Le recours au règlement est souvent une tentation pour le législateur qui considère la loi ou le règlement comme le vecteur de l'efficacité au travail. Cette approche a également l'avantage de permettre la vérification par les audits ou la certification de la HAS, ce qui constitue les épreuves de justification de cette convention. Cependant, outre les questions d'engagement au travail qui sont classiquement invoquées pour ce type de convention, il faut également réunir certaines conditions liées à l'activité prescrite : l'autonomie de décision des opérateurs doit être limitée et le travail doit être standardisé. L'étude a montré les difficultés de ce modèle prescriptif instrumental pour une activité plus complexe qu'il n'y paraît et qui nécessite des rapports de confiance. Néanmoins l'injonction des tutelles réglementaires ne permet pas de transiger : cela se traduit par le choix d'une convention particulière et l'exclusion de toutes les autres. Le management se fait instrumental, non sans difficulté du fait des légitimités professionnelles préexistantes.

Management organique

L'identification d'une fonction pharmaceutique permet d'autonomiser cette fonction et de renforcer ses compétences pour résoudre le problème auquel elle est dédiée. La modalité de coordination qui émerge de cette relation correspond à la logique organique qui spécialise les acteurs en fonction des problèmes à résoudre. Dans ce type de coordination le rôle du manager est de fixer et contrôler les buts à atteindre. Chaque fonction est tenue ensuite de remplir son rôle en se concentrant sur sa tâche et en trouvant les solutions pour atteindre les objectifs qui ont été fixés à l'organisation. Ces modalités de coordination ont des inconvénients connus : risque de bureaucratisation et coûts des coordinations. C'est effectivement la critique adressée par les chirurgiens à l'encontre de cette nouvelle organisation. Pour les médecins rencontrés, « *les pharmaciens auraient tendance à*

ne voir que leur petit périmètre, en se mettant des œillères », tandis que pour les pharmaciens et soignants rencontrés *« les médecins travailleraient pour eux-mêmes sans apprécier les conséquences de leurs décisions sur les autres professionnels de santé »*. Chacun est dans sa propre logique professionnelle et minimise ou contredit la rationalité de l'autre. La coexistence de différentes conventions nécessite un investissement du management qui peut s'appuyer sur le mode de management organique. Les démarches de contractualisation autour de la prescription médicamenteuse (Contrat de Bon Usage du Médicament conclu entre l'Agence Régionale de Santé et les Etablissements de santé, Contrats de pôle entre pôle médicaux et Direction) sont des leviers mobilisables par ce mode de management.

Management culturel

Chaque profession ayant un point de vue différent sur l'informatisation des prescriptions, il est nécessaire de trouver un compromis local pour faire évoluer l'outil. Le rôle du manager, dans ce cas, n'est pas d'avoir la solution idéale, mais de mettre en place des mécanismes de concertation qui permettront de constituer des accords locaux. Cela correspond à la dynamique du management culturel. La Commission Médicale d'Etablissement (CME), ou le comité de direction de l'hôpital, sont des pièces essentielles de ce dispositif de concertation. Cela nécessite de la part de la direction, des compétences dans l'organisation de la négociation et l'absence d'illusion sur sa capacité à juger de la meilleure solution informatique. Pour que ce mode de coordination fonctionne, il est nécessaire de respecter les valeurs de chacune des professions, d'en comprendre les ressorts profonds, et de travailler sur des accords partagés. Ce modèle n'exclut pas le contrôle des objectifs, il laissera par contre une grande autonomie aux acteurs pour conduire et analyser les activités de première ligne, dans le respect des compromis établis. Les documents produits par la CME, ou la COMEDIMS, sont des éléments tangibles de cette négociation. La réunion de CME est le lieu emblématique de la création des accords sous les auspices d'un management culturel.

IV. DISCUSSION

L'étude de cas, qui a été conduite sur les difficultés à modifier les modalités de prescription pharmaceutique, a montré la confrontation de différentes normes professionnelles. Elle a également montré comment différentes

approches managériales pouvaient répondre, ou non, aux différents enjeux symboliques de l'organisation de travail.

IV.1 Engagement managérial et gestion des conventions

Nous pouvons tenter de réinterpréter les évolutions précédemment décrites, comme des tentatives managériales de gestion des différentes conventions qui s'expriment à l'hôpital. Cela nous permettra d'en étudier à la fois les possibilités et le coût. Cette approche reprend la thèse portée par Gomez, selon laquelle l'organisation est le résultat de compromis passés autour de différentes conventions concurrentes (13).

L'interdiction des retranscriptions : la force de l'instrumentation

Les évolutions récentes, qui mettent en avant des exigences de traçabilité, tendent à rapprocher le fonctionnement des établissements de santé, des méthodes mises en œuvre dans l'industrie. Ce processus tend à réduire les espaces de domesticité, qui constituent pourtant des parties importantes de l'identité médicale et de l'identité soignante (21). Un registre mixte avait ainsi été constitué entre des mécanismes industriels instrumentaux et des mécanismes de confiance. Cependant la gestion instrumentale met un terme à ces pratiques. Elle s'oppose au caractère hybride de la convention professionnelle pour privilégier sa dominante industrielle. L'exigence de traçabilité en sera le coût à payer. La gestion instrumentale engage ainsi un mouvement de sortie d'une situation hybride en s'appuyant sur une convention plutôt qu'une autre.

Le pharmacien clinique : la juxtaposition des rôles

La création d'une nouvelle fonction dédiée à la sécurité des prescriptions pharmaceutiques se heurte aux habitudes et aux normes établies. Le rôle de la gestion organique peut cependant favoriser la coexistence de différentes conventions en les mettant au service d'un objectif général partagé. Différentes formes de contractualisation permettent l'affirmation des objectifs communs et le respect des différentes expertises. Des formes de compromis peuvent aussi être organisées pour maintenir les équilibres entre les différentes conventions. Ainsi pour être définitivement admis dans l'espace médical, le pharmacien clinique doit donner des gages de proximité avec le patient.

L'informatisation : l'instrumentation négociée

Un nouveau compromis local semble émerger autour du projet d'informatisation des prescriptions. Les médecins, qui y participent, reconnaissent l'importance de l'informatisation dans la suppression des retranscriptions des prescriptions médicamenteuses par les personnels soignants. Cependant ils assortissent cette reconnaissance de conditions : ils demandent à ce que le système d'information soit amélioré selon des critères correspondant à leurs pratiques. La reprise du déploiement du projet dans le service de Cardiologie constitue pour eux une épreuve de justification qu'il faudra réussir. En amont du déploiement, ils demandent qu'il y ait une préparation suffisante des services de chirurgie. L'informatisation constitue ainsi une voie pour négocier le changement. Cette solution sera jugée selon plusieurs registres : un registre instrumental qui portera attention à la capacité de fonctionnement de la technologie, et un registre culturel qui portera attention à sa capacité d'intégration des différentes valeurs professionnelles. Ce modèle hybride peut être qualifié d'instrumentation négociée. Le rôle du management culturel sera d'animer la négociation pour faire émerger le compromis local, et de le faire vivre selon les deux modèles de jugement à l'origine du compromis.

IV.2 Limites et perspectives

La théorie des conventions, d'inspiration française, a la particularité de prévoir des oppositions entre conventions ce qui lui permet d'opposer différents types de rationalité. Elle est aujourd'hui redécouverte par des auteurs nord-américains qui mettent en exergue sa capacité à théoriser les conflits de légitimité (22). Les cadres conventionnels proposés par Boltanski et Thévenot permettent ainsi de réinterpréter les disputes dans le champ professionnel (17). Les travaux de ces deux auteurs privilégient un axe horizontal qui différencie les dispositifs cognitifs et mettent en exergue l'arbitrage et la négociation comme modalités de résolution des conflits. Cependant d'autres modes de résolution peuvent être retrouvés dans le champ managérial.

Notre étude explore cette nouvelle dimension de la gestion des règles en montrant que l'action managériale peut se déployer selon trois niveaux d'engagement pour régler les conflits entre conventions : interdiction par la contrainte, arbitrage entre les différentes logiques, et élaboration d'un nouveau système de valeur. Les trois rationalités managériales, que nous reprenons chez Spencer (instrumentale, organique et culturelle), peuvent ainsi être décrites comme l'axe vertical de gestion des conventions. Cela nous amène à distinguer d'une part des principes conventionnels qui fondent les règles et d'autre part des modalités d'application de ces règles. Cette distinction est invoquée par Eymard Duvernay (23) et reprise par Biencourt (16). Elle articule le niveau des représentations symboliques conventionnelles avec celui des modalités d'application des règles (règle contrat, règle conventionnelle et règle contrainte)

L'étude que nous avons conduite n'a pas analysé en profondeur les modalités de déploiement des différents régimes d'engagement managérial, cela en constitue une des limites. Elle les signale comme des possibilités de gestion qui mériteraient des investigations empiriques spécifiques, notamment en ce qui concerne le rôle des acteurs. La réintroduction du rôle des agents dans les mécanismes d'institutionnalisation des règles, constitue ainsi une voie de recherche intéressante (24).

V. CONCLUSION

La responsabilité des prescriptions médicamenteuses à l'hôpital est partagée par plusieurs professions. La légitimité des pratiques est ainsi jugée selon différents cadres conventionnels professionnels, ce qui peut expliquer les difficultés à changer les pratiques. Face à cette hétérogénéité plusieurs stratégies managériales peuvent être développées. Le management peut tout d'abord s'appuyer sur une logique instrumentale qui impose des principes d'action. L'interdiction des retranscriptions peut ainsi être interprétée comme la traduction instrumentale d'une règle explicite. Cependant ce mode de coordination ignore les mécanismes subtils de création de confiance qui peuvent également sécuriser les pratiques de soins. En second lieu le management peut créer une fonction spécifique aux médicaments, comme par exemple celle de pharmacien clinicien. Ce mode d'intervention obéit à une autre logique que nous pouvons qualifier d'organique. Cette approche a les faveurs des démarches qualité qui sont très influencées par les principes du Total Quality Management. L'expertise peut ainsi être renforcée et faire face à des stratégies médicamenteuses compliquées. Par contre, ce modèle est très sensible aux difficultés de coordination entre fonctions. Enfin le troisième modèle favorise le dialogue interprofessionnel. Il s'agit de confronter les valeurs des différentes professions et de s'accorder sur des objectifs communs. L'informatisation des prescriptions, à condition de traduire les différents enjeux professionnels, peut être le vecteur de ce dialogue.

Bibliographie

- (1) Ambulatory care in France: too many adverse events. *Prescrire Int* 2012; 21(124):40-41.
- (2) Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1):29-34.
- (3) Mintzberg H. Structure et Dynamique des Organisations. Paris: Eyrolles. 1982 :1-440.
- (4) Strauss A. La trame de la négociation. Textes réunis par Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan. 1992: 1-311.
- (5) Denis J-L, Langley A, Rouleau L. Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations* 2007; 60(1):179-215.
- (6) Amblard H, Bernoux P, Herreros G, Livian Y. Les nouvelles approches sociologiques des organisations. 3ème éd, Paris: Le Seuil. 2005 : 1-291.
- (7) Batifoulier P. Théorie des conventions. Paris: Economica. 2001 : 1-31.
- (8) Batifoulier P. Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences Sociales et Santé* 1992; 10(1):6-44.
- (9) Zbaracki MJ. The Rhetoric and Reality of Total Quality Management. *Administrative Science Quarterly* 1998; 43(3):602-636.
- (10) Hackman R. Total Quality : Empirical, Conceptual and Practical Issues. *Administrative Science Quarterly* 1995; 40:309-342.
- (11) Spencer BA. Models of Organization and Total Quality Management: A Comparison and Critical Evaluation. *Academy of Management Review* 1994; 19(3):446-471.
- (12) Scott WR. Institutions and Organizations. Thousand Oaks CA: 2008: 1-266.
- (13) Gomez PY. Qualité et Théorie des Conventions. Paris: Economica; 1994 : 1-270.
- (14) Batifoulier P, Gadreau M. Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique? *Journal d'Economie Médicale* 2006; 24(5):229-239.
- (15) Mossé P. La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité. *Sciences Sociales et Santé* 1998; 16(4):35-59.
- (16) Biencourt O, Chaserant C, Rebérioux A. L'Economie des conventions: l'affirmation d'un programme de recherche. Dans: Théorie des conventions. Paris: Economica. 2001. 195-218.
- (17) Boltanski L, Thévenot L. De la justification: les économies de la grandeur. Paris: Gallimard, nrf; 1991: 1-483.
- (18) Yin RK. Case Study Research: Design and Methods (4th Ed). London: SAGE; 2009: 1-219.

- (19) Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developping Grounded Theory. Newbury Park, CA: Sage; 1990 : 1-312.
- (20) Revue PHARE, n°21, http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar21/dossier.pdf 2001.
- (21) Orvain J, Angelé-Halgand N. Les Manufactures de Santé: l'Art du Compromis Entre Domesticité et Industrie. *Sciences Sociales et Santé* 2011; 29(1):6-27.
- (22) Cloutier C, Langley A. The Logic of Institutional Logics: Insights From French Pragmatist Sociology. *Journal of Management Inquiry* 2013 ; 22(4):360-380.
- (23) Eymard-Duvernay F. L'économie des conventions: méthodes et résultats, tome II Développements. Paris: Editions la découverte; 2006 : 1-481.
- (24) Lawrence T, Suddaby R, Leca B. Institutional Work: Refocusing Institutional Studies of Organization. *Journal of Management Inquiry* 2011; 20(1):52-58.