



HAL
open science

Tensions contradictoires et accountability dans un processus de décisions collectives d'achat de produits de santé

Béatrice Vincent, Carole Jean-Amans, Marie-Annick Montalan

► **To cite this version:**

Béatrice Vincent, Carole Jean-Amans, Marie-Annick Montalan. Tensions contradictoires et accountability dans un processus de décisions collectives d'achat de produits de santé. 5e Colloque de l'AIRMAP (Association Internationale de Recherche en Management Public), Jun 2016, Poitiers, France. 20 p. hal-03830819

HAL Id: hal-03830819

<https://hal.science/hal-03830819>

Submitted on 26 Oct 2022

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.

Tensions contradictoires et *accountability* dans un processus de décisions collectives d'achat de produits de santé

B. Vincent, C. Jean-Amans, M.A Montalan

Maîtres de conférences, Université Paul Sabatier Département de Langues, Gestion – 118
route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex,
beatrice.vincent@univ-tlse3.fr, carole.jean-amans@univ-tlse3.fr, marie-annick.montalan@univ-tlse3.fr

Résumé : Cet article met en évidence le double paradoxe auquel est soumis un pharmacien d'établissement de santé qui doit rendre compte, à titre individuel, de décisions d'achats prises collectivement au sein d'un groupement d'achats de produits de santé et qui, par ailleurs, est confronté à la tension entre exigences médicales et contraintes budgétaires. En s'appuyant sur différents modèles de gestion proposés par la littérature en réponse à des situations de tensions paradoxales, l'étude réalisée dans deux groupements régionaux conventionnels d'achats de produits de santé a analysé les effets, sur le fonctionnement du processus d'achat mutualisé, des mécanismes organisationnels de gestion mis en œuvre et identifié des pratiques leviers ou freins à l'implication du pharmacien dans ce processus.

Mots clés : Décisions collectives, *accountability*, paradoxe, gestion des tensions paradoxales, achats hospitaliers.

Introduction

Dans le secteur médical, les organisations sont tenues de rendre des comptes sur la qualité des soins délivrés en mettant en place une transmission organisée d'informations entre les différentes parties prenantes : professionnels du secteur, tutelles, citoyens-patients, acteurs du monde socio-économique (Schilte et Minvielle, 2008). Elles sont également redevables devant les ARS (Agences Régionales de Santé) de la bonne utilisation des ressources qui leur sont allouées. Cette responsabilité de rendre compte (au sens du concept de l'*accountability*) présente un intérêt grandissant pour la recherche académique, notamment dans le champ de l'administration publique (Diggs et Roman, 2012), et s'invite de plus en plus dans les débats publics (Messner, 2009). De nombreux travaux se sont efforcés d'enrichir la compréhension du concept d'*accountability* et d'étudier son lien avec la performance des structures administratives classiques (Diggs et Roman, 2012).

La fonction achats représente un poste clé dans le budget des hôpitaux publics, il s'agit du deuxième poste de dépenses après la masse salariale. Les organisations hospitalières ont été incitées, au travers de deux programmes de la DGOS¹, les programmes Operah² (2006) et Phare³ (2011), à mutualiser leurs achats. En réponse à ces recommandations, des groupements d'achats hospitaliers régionaux et nationaux ont été constitués. Ce regroupement de multiples entités organisées en réseau autour des achats modifie les processus de décision et soulève de nombreuses questions en termes de responsabilités associées. Les groupements d'achats hospitaliers qui structurent la mutualisation des achats entre établissements de santé (ES) sont générateurs de tensions paradoxales pour les acteurs de l'achat. La pharmacie hospitalière, appelée pharmacie à usage interne (PUI), est amenée à s'adapter aux exigences grandissantes actuelles, qu'elles soient d'ordre économique (contraintes budgétaires), organisationnel (agences régionales de santé, groupements d'achats hospitaliers), ou encore liées aux besoins et pratiques des médecins et soignants et à la judiciarisation de la médecine.

Les groupements d'achats de médicaments et dispositifs médicaux qui ont pour mission de mutualiser les achats hospitaliers, procèdent d'une prise de décisions collectives mais maintiennent la responsabilité à un niveau individuel, celui du pharmacien. Le pharmacien en charge de l'achat de médicaments et dispositifs médicaux se trouve confronté à un double paradoxe dans son processus de rendre compte des décisions prises par le groupement : d'une part, il se doit d'assumer individuellement la responsabilité de rendre compte de choix effectués collectivement ; d'autre part, il est confronté à une tension entre les exigences médicales et les contraintes budgétaires contextuelles soulevant des priorités parfois conflictuelles. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence l'impact de ces tensions contradictoires /paradoxales sur le comportement et les pratiques des pharmaciens dans leur processus de rendre compte (*accountability*), et d'étudier le rôle des mécanismes organisationnels de gestion de ces tensions sur le fonctionnement du processus d'achat mutualisé.

¹ Direction Générale de l'Offre de Soins.

² Optimisation de la PERformance des Achats Hospitaliers.

³ Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables.

Après une revue de la littérature sur les principaux concepts mobilisés, nous expliciterons la méthodologie retenue pour étudier les tensions paradoxales au sein de deux groupements régionaux d'achats de produits de santé. Enfin, les résultats sur les tensions identifiées et les pratiques organisationnelles associées seront présentés et discutés dans la dernière partie de ce travail.

1- Eléments conceptuels

La première partie de cette revue de littérature sera consacrée au concept d'*accountability* situé dans un processus de décisions collectives. Nous définirons ensuite les concepts de paradoxe et de tensions paradoxales, puis étudierons différents modèles de gestion de ces tensions.

1.1. L'*accountability* dans le processus de décisions collectives

La décision de groupe peut être définie soit comme le processus individuel d'un décideur au sein d'un environnement social qui l'influence, soit, dans un sens plus strict, comme une décision prise collectivement par un groupe de personnes (Hilton et Cabantous, 2005). C'est dans cette seconde acception que nous étudions le processus de décision collective. La dimension collective de la décision soulève le problème de la responsabilité des conséquences de cette décision. En effet, Robinson (2009 : 11), d'après les travaux de Schweiker (1995), décline le concept de responsabilité en trois modes tous centrés sur l'individu qui l'assume : l'*imputability* qui désigne les actions imputables à une personne ; la *liability* qui signifie qu'une personne est responsable de quelque chose ou de quelqu'un et l'*accountability* qui signifie qu'une personne est responsable vis à vis de quelqu'un.

Ainsi, l'*accountability* est une des dimensions de la responsabilité qui selon Solbrenke et Sugrue (2014) évoque l'obligation de rendre compte à un tiers d'une décision ou d'un acte. Plusieurs types d'*accountability* ont été identifiés dans la littérature en fonction de la partie prenante vis-à-vis de laquelle le décideur s'engage. On peut notamment retenir la typologie de (Romzek et Dubnick, 1987), fréquemment utilisée dans le secteur public, qui distingue quatre types d'engagement : légal (engagement vis-à-vis de l'Etat), politique (engagement vis-à-vis des électeurs), bureaucratique (engagement vis-à-vis de sa hiérarchie) et professionnel (engagement vis-à-vis de ses pairs).

Le concept d'*accountability* est étroitement lié à la prise de décisions. Schwartz *et al.*, (2004) ont ainsi montré dans le secteur médical que la nécessité de rendre compte influence le choix de médicament prescrit par le médecin en introduisant un biais lié à la volonté du décideur de prévenir les conflits éventuels. Quand la décision est individuelle, le responsable est facilement identifiable ce qui n'est pas toujours le cas dans la décision collective. La décision collective renvoie, en effet, à un cadre intersubjectif et à une situation intra-groupale (Fixmer et Brassac, 2004) dans laquelle l'individuel et le collectif interagissent parfois en s'opposant, parfois en se complétant.

La contradiction intrinsèque des pôles individuel/collectif est un élément clé de l'organisation des achats hospitaliers de produits de santé mutualisés, à la fois pour le pharmacien de PUI responsable des choix faits pour son établissement et pour

le collectif des pharmaciens membres qui doivent effectuer des choix rationnels et adaptés aux besoins des médecins et soignants. Pour étudier cette contradiction, nous nous sommes appuyés sur le concept de tension paradoxale.

1.2. Paradoxes et tensions paradoxales

Les organisations tendent de plus en plus à faire face à des situations complexes générant des tensions potentielles à l'origine d'un paradoxe. Le paradoxe est l'un des éléments clés des tensions organisationnelles. Selon Smith et Lewis (2011: 382), le paradoxe se caractérise par « *des éléments interdépendants, contradictoires qui existent simultanément et persistent au fil du temps* ». Tel que le souligne Lewis (2000 : 760), le paradoxe désigne une situation présentant « *des exigences contradictoires, des perspectives opposées, ou des résultats apparemment illogiques* ». Les chercheurs distinguent la notion de paradoxe, de dilemme ou encore de dualité. À la différence du paradoxe, le dilemme impose un choix entre deux éléments mutuellement exclusifs (choix entre A ou B). Evans et Doz (1991) définissent la dualité comme des « *oppositions complémentaires* ». Toutefois des nuances subsistent dans le lien qui unit les pôles contradictoires. Le paradoxe est, selon Ehnert (2009), un concept plus large dépassant la simple dialectique contradictoire. Il dépasse la logique du « ou » pour intégrer l'interrelation entre deux pôles apparemment opposés. Le paradoxe n'impose pas le choix de l'un au détriment de l'autre, mais invite à prendre en compte la tension entre les deux extrêmes et à établir un lien entre deux faces apparemment contradictoires.

Smith et Lewis (2011) identifient quatre catégories de paradoxes : les paradoxes d'apprentissage (« *learning paradoxes* » : exploitations de savoirs acquis et exploration de nouvelles connaissances), les paradoxes d'appartenance ou tensions de l'identité (« *belonging paradoxes* » : identité / relations interpersonnelles générant des tensions entre l'individu et le collectif), les paradoxes liés à l'organisation (« *Organizing paradoxes* » : processus, complexité organisationnelle croissante), et les paradoxes de l'exécution (« *Performing paradoxes* » : diversité des parties prenantes et divergence d'objectifs). Ces paradoxes ont un impact sur la structure et le fonctionnement de l'organisation qui les subit. Différents symptômes affectant les buts, les relations inter-personnelles, le comportement des acteurs, les processus ont été mis en évidence dans la littérature. Ainsi, Jarzabkowski *et al.*, (2013) s'appuyant sur cette typologie ont identifié trois niveaux - macro (l'organisation), meso (le groupe) et micro (l'individu) - où s'exercent les interactions entre les paradoxes et identifient ainsi les pratiques organisationnelles, collectives ou individuelles mises en œuvre en réponse à ces situations de tension.

La notion de tensions paradoxales relève de la perception et prend une dimension interprétative. Selon Lewis (2000 : 761), Les tensions paradoxales sont « *des polarités cognitives et socialement construites qui masquent simultanément des vérités contradictoires* ». Les tensions paradoxales peuvent se situer à un niveau individuel ou à un niveau organisationnel. Notre étude s'inscrit dans un contexte inter-organisationnel où s'exercent des tensions paradoxales organisationnelles (entre le groupement d'achats et les structures de rattachement respectives des pharmaciens) et des tensions interindividuelles (prenant en compte l'interaction sociale qui se joue au sein du processus d'achats collectif). Dans un groupement d'achats mutualisés de produits médicaux, les tensions paradoxales peuvent être

liées au processus de rendre compte individuellement de décisions prises collectivement, mais peuvent aussi être liées à la responsabilité des pharmaciens vis à vis des utilisateurs des produits médicaux (médecins et soignants) dans un contexte marqué par des enjeux de santé publique majeurs qui impliquent des aspects économiques contraignants. La situation paradoxale s'exerce donc ici à deux niveaux : un premier niveau où se jouent des tensions entre le pôle individuel et le pôle collectif (nécessité d'assumer individuellement la responsabilité de rendre compte d'une décision prise collectivement), et un second niveau qui se situe entre les exigences économiques, d'une part et les exigences médicales, d'autre part (contraintes budgétaires vs conformité des produits et dispositifs médicaux choisis aux attentes des médecins et soignants).

Pour éclairer ce contexte, nous avons étudié des modèles de gestion proposés par la littérature en réponse à des situations de tensions paradoxales.

1.3. La gestion des tensions paradoxales

En dépit d'un intérêt croissant de la part des chercheurs, l'étude de la gestion de situations paradoxales mérite d'être approfondie (Smith, 2014 ; Smith et Tushman, 2005). Différentes réponses managériales face à des situations paradoxales ont néanmoins été mises en lumière, telles que l'acceptation visant à intégrer le « et » entre les deux tensions (Poole et Van de Ven, 1989 ; Lewis, 2000 ; Smith et Lewis, 2011) ; la résolution (Poole et Van de Ven, 1989) qui s'appuie sur une séparation spatiale et une séparation temporelle des différents pôles de tension ; et la stratégie de synthèse proposant une nouvelle perspective qui intègre de façon créative les deux pôles paradoxaux de façon à améliorer la compréhension de la situation (Poole et Van de Ven, 1989).

Les modes de résolution des paradoxes peuvent être défensifs ou actifs. Les réponses défensives s'inscrivent sur le court terme et ne permettent pas, contrairement aux réponses actives, de comprendre le paradoxe. Les modes de résolution défensifs peuvent prendre plusieurs formes en guise de réponse : le déni (Gibbs, 2009) ; l'ignorance (Poole et Van de Ven, 2009) ou bien la séparation spatiale ou temporelle (Poole et Van de Ven, 2009 ; Jarzabkowski *et al.*, 2013). Les réponses actives aux tensions paradoxales se manifestent soit par la confrontation (Poole et Van de Ven, 2009 ; Lüscher & Lewis, 2008) ; par l'ajustement (Jarzabkowski *et al.*, 2013) ou encore par le fait de transcender le paradoxe (Poole et Van de Ven, 2009 ; Gibbs, 2009 ; Smith et Lewis, 2011 ; Jarzabkowski *et al.*, 2013). Tandis que les réponses défensives s'inscrivent dans une logique de renforcement des cycles vicieux où les tensions s'intensifient (Lewis, 2000), les réponses actives, quant à elles, en acceptant le paradoxe, invitent à une résolution dynamique et créative (Beech *et al.*, 2004) et permettent d'affirmer une gestion vertueuse des tensions paradoxales.

Plusieurs typologies de réponses aux paradoxes ont été proposées dans la littérature (Lewis, 2000 ; Smith et Lewis, 2011 ; Jarzabkowski *et al.*, 2013). La recherche menée par Jarzabkowski *et al.*, (2013) identifie quatre types de réponses aux tensions paradoxales : le fractionnement (« *splitting response* »), la suppression (« *suppressing response* »), l'opposition (« *opposing response* ») et l'ajustement (« *adjusting response* »). Alors que le fractionnement, la suppression et l'opposition se réfèrent à une forme défensive de réponse, l'ajustement quant à lui, représente une réponse active face à différentes tensions paradoxales. Le

tableau 1 présente les principales caractéristiques des quatre réponses identifiées par Jarzabkowski *et al.*, (2013).

Tableau 1 : Définitions et caractéristiques des réponses aux tensions paradoxales

	Définition	Caractéristiques
Le fractionnement	Une réponse à la tension qui consiste à séparer des éléments contradictoires, soit temporellement (portant sur l'un, puis l'autre), ou dans l'espace (éléments compartimentés dans différents domaines).	- Type de réponse à la tension paradoxale : défensive. - Consiste à faire face à la tension par des éléments de séparation.
La suppression	Une réponse à une tension qui consiste à prioriser un élément et lui permettant de dominer ou d'annuler l'autre élément du paradoxe.	- Type de réponse à la tension paradoxale : défensive. - Consiste à faire face à la tension en outrepassant / dominant.
L'opposition	Une réponse à la tension qui implique que des parties prenantes supportant les éléments contradictoires d'un paradoxe se livrent à une confrontation active pouvant conduire à des conflits polarisant des éléments paradoxaux.	- Type de réponse à la tension paradoxale : défensive. - Consiste à faire face à la tension en opposant et polarisant.
L'ajustement	Une réponse à la tension qui reconnaît que les deux pôles du paradoxe sont importants et interdépendants et donc que les deux doivent être intégrés.	- Type de réponse à la tension paradoxale : active. - Consiste à faire face à la tension en tenant compte des besoins de chacun.

Source : adaptée de Jarzabkowski *et al.*, (2013 : 11) – Traduction propre aux auteurs.

De leur côté, Josserand et Perret (2003) proposent une typologie de six pratiques organisationnelles paradoxales (les pratiques séquentielles, le compartimentage, la stratification, l'oscillation, la construction locale et le recadrage). Ces six pratiques sont structurées autour de deux dimensions distinctes, une dimension synchronique et une dimension diachronique (articulation temporelle ou spatiale du paradoxe), répondant à trois logiques : la différenciation, le dialogue et la disparition (présentées dans le tableau 2).

Tableau 2 : Logiques et pratiques organisationnelles paradoxales

		Logique		
		1.1. de la différenciation	1.2. du dialogue	1.3. de la disparition
Pratiques organisationnelles	Dimension diachronique	Les pratiques séquentielles	La stratification L'oscillation	Recadrage
	Dimension synchronique	Le compartimentage	La construction locale	

Source : Jossierand et Perret (2003 : 166)

La logique de différenciation permet aux oppositions telles que l'individuel/le collectif de se réconcilier par ce que Poole et Van de Ven (1989) proposent comme mode de résolution en faisant appel à la séparation spatiale et la séparation temporelle des deux pôles opposés. Dans cette logique, Jossierand et Perret (2003) suggèrent ainsi de recourir à des pratiques séquentielles (dimension diachronique où les pôles opposés peuvent s'exprimer à des périodes différentes), ou bien à des pratiques de compartimentage (dimension synchronique en réservant des espaces d'expression des logiques contradictoires à différents niveaux de l'organisation).

La logique du dialogue consiste à comprendre et à dépasser le paradoxe. La stratification s'inscrivant dans une dimension temporelle, permet d'intégrer par un effet mémoire, les précédentes phases au sein des pratiques en cours. L'oscillation également apparentée à une dimension synchronique, répond à la même logique mais à un rythme plus élevé. La construction locale, relevant d'une dimension synchronique, poursuit un objectif d'interaction entre les différentes tensions contradictoires au sein d'un espace dédié.

Enfin, la logique de disparition a pour objectif de faire disparaître le paradoxe. La pratique du recadrage permet de sortir de la contradiction en ouvrant un passage vers un autre cadre qui permet de réconcilier les deux pôles en opposition. Ce « saut » peut être déclenché par l'intervention d'un objet, d'un concept ou d'une personne.

C'est dans la lignée de ces travaux sur les pratiques organisationnelles paradoxales que s'inscrit notre recherche. Ainsi tenterons nous de comprendre comment les pharmaciens engagés dans un processus d'achat mutualisé, au sein de groupements d'achats hospitaliers, managent un ensemble de paradoxes liés à des tensions entre individuel et collectif, d'une part, et entre le médical et l'économique, d'autre part.

2- Etude empirique

Avant de présenter la méthodologie retenue pour cette recherche, il est nécessaire de spécifier le contexte dans lequel s'inscrit notre terrain d'étude.

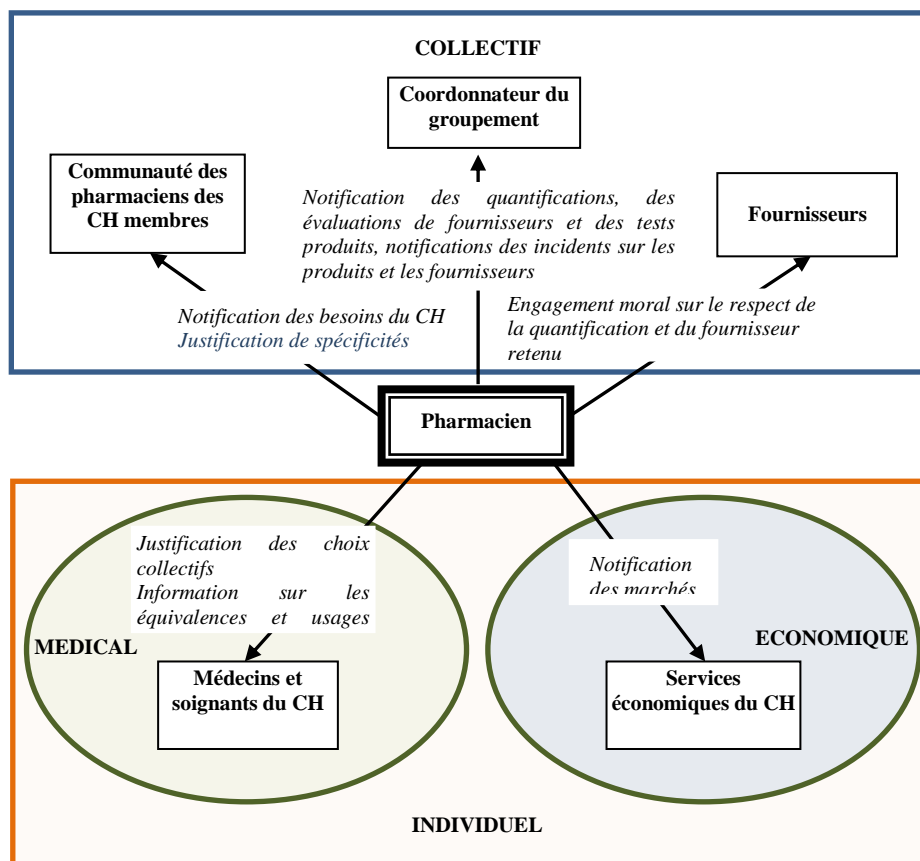
2.1. Le contexte des groupements d'achats hospitaliers de produits de santé

La mutualisation des achats hospitaliers de produits de santé repose sur un modèle organisationnel spécifique qui s'appuie sur les pharmaciens de PUI et sur le groupement d'achats de produits de santé.

- Les pharmaciens de PUI sont les acteurs centraux dans le processus d'achat de produits de santé au sein des établissements de soins. Ils ont un rôle d'expert dans la mise en œuvre de la procédure d'achat public en choisissant les produits et dispositifs répondant aux besoins des personnels médicaux et de soins de leur structure et en assurant la dispensation et le bon usage de ces produits au sein de leur établissement. Ils ont une responsabilité déontologique de fournir aux médecins et soignants de leur établissement le produit nécessaire au bon moment, de les informer sur les caractéristiques cliniques des produits nouveaux et d'assurer l'information et la formation sur les dispositifs médicaux.
- Le groupement d'achats mutualise les besoins des différents ES adhérents, coordonne la procédure de règlement d'achat public et gère la communication avec les fournisseurs et les membres du groupement. Le groupement assume la responsabilité de la mise en œuvre des programmes développés par la tutelle et poursuit donc des objectifs de standardisation des références, d'économies ...

Cette organisation à deux niveaux de l'achat mutualisé de produits de santé plonge les pharmaciens des ES dans une situation de paradoxe organisationnel au sein de laquelle ils sont soumis à des tensions contradictoires entre l'individuel (l'intérêt de l'ES de rattachement du pharmacien) et le collectif (l'intérêt du groupement) d'une part, et l'économique (direction des ES) et le médical (médecins et soignants) d'autre part (*cf.* figure 1). Ainsi, le pharmacien, placé en position d'intermédiaire doit rendre compte, en assumant la responsabilité individuelle, de décisions collectives qu'il ne maîtrise pas totalement auprès des différents acteurs de son CH, du groupement et de l'environnement industriel.

Figure 1 : Schéma des obligations de « rendre compte » et des engagements individuels du pharmacien vis-à-vis des différentes parties prenantes



Les tensions ainsi mises en évidence ont un impact sur le comportement et les pratiques des acteurs dans leur processus de rendre compte de décisions prises collectivement au sein duquel se cristallisent les injonctions contradictoires entre l'intérêt collectif et l'intérêt individuel, l'intérêt médical et les attentes en termes d'économie. Ces tensions s'expriment tout au long du processus d'achat mutualisé défini et formalisé par le Code des Marchés Publics (CMP).

Sur un plan réglementaire, au travers de son article 8, le code des marchés publics permet aux acheteurs de se regrouper pour conduire ensemble une procédure d'achat, soit sous forme de groupement de commandes (collaboration entre des personnes morales de droit public et/ou de droit privé), soit sous forme de centrale d'achat (organisation autonome qui joue un rôle de prestataire de service pour le compte de l'acheteur public).

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes intéressés aux groupements de commandes qui constituent une forme organisationnelle collaborative dans

laquelle toutes les parties prenantes à l'achat de produits de santé ont un rôle d'acteur et sont soumises à des forces contradictoires liées à sa complexité. Les achats mutualisés doivent, en effet, respecter le processus d'achat public formalisé dans le CMP (art. 5). Cependant, dans le cas de groupements de commandes, l'organisation des différentes étapes du processus d'achat mutualisé (cf. figure 2) est définie par la convention constitutive signée par tous les membres du groupement et confiée au coordonnateur (CMP, art. 8 II). C'est la convention qui fixe les modalités de fonctionnement du groupement.

Figure 2 : Modélisation du processus de décisions collectives d'achats de médicaments et DM.



Dans le cas des achats mutualisés de produits de santé, le processus d'allotissement a pour objectif la constitution du livret thérapeutique commun en intégrant les besoins individuels des établissements et les objectifs communs de standardisation au niveau du groupement.

Le processus de quantification est individuel, chaque pharmacien quantifie les besoins prévisionnels de son établissement pour chacun des produits allotis et les transmet au coordonnateur du groupement. En quantifiant sur un lot, le pharmacien s'engage à adhérer au marché conclu par le groupement.

La phase d'analyse des offres reçues débute par la commission de pondération qui est réglementaire au regard du CMP. Elle passe par une définition, en amont, des critères de choix présentés dans le cahier des charges et, en aval, par le classement les offres en fonction de critères choisis collectivement.

La commission technique, composée de l'ensemble des adhérents, émet un avis définitif qui est soumis à l'autorité adjudicatrice.

La mise en œuvre des marchés s'accompagne de formations et d'informations organisées par les pharmaciens pour les utilisateurs (médecins, soignants), ainsi que du suivi des incidents éventuels sur les produits (mésusage, problème qualité, ...) et/ou les fournisseurs (problèmes de livraison, défaut d'information, ...).

Si le formalisme de la procédure d'achat est clairement fixé par le CMP, les modalités d'organisation des différentes étapes du processus sont définies par la convention constitutive du groupement (CMP – Art 186). Ainsi, les pratiques organisationnelles sont différentes selon les groupements et les tensions organisationnelles sont gérées différemment.

2.2. Méthodologie

La méthodologie centrale de cette recherche s'appuie sur une étude de cas multiples (Yin, 1984 ; Stake, 1994, 1995). Cette méthode de recherche se définit « *comme une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel ; quand les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas*

clairement évidentes ; et dans lesquelles des sources multiples d'information sont employées » (Yin, 1994). Elle consiste en l'étude approfondie d'un objet de recherche choisi, dans notre cas deux groupements d'achats de médicaments et dispositifs médicaux, et a pour but d'identifier et d'analyser les pratiques et comportements des pharmaciens membres des groupements exposés à des tensions paradoxales. Partant de cette question de recherche, l'objet d'étude a été investigué à partir de différentes méthodes de rassemblement de données, entretiens, observations directes et étude de données secondaires, afin de permettre la compréhension des cas et d'assurer la validité de construction (adéquation des outils de mesure avec l'objet) et la validité interne (qualité des résultats).

Dans le cadre de cette étude de cas multiples, la collecte de données privilégie la technique du récit de vie. Selon Wacheux (1996 : 127) cette méthode biographique se définit comme « *l'analyse d'un récit par un acteur sur des événements qu'il a vécus. Le discours est provoqué par le chercheur. L'acteur reste libre de la formulation des faits et des interprétations qu'il en donne* ». Le récit de vie est une méthode de nature abductive paraissant adaptée à la problématique définie. Cette méthode permet d'analyser des situations à partir du vécu des individus, obligeant ainsi à une certaine abstraction de préjugés et stéréotypes.

Quinze entretiens ont été menés auprès des coordonnateurs et des pharmaciens membres de deux groupements d'achats régionaux de produits de santé dont les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Présentation sommaire des deux groupements

Groupements	1	2
Contexte, histoire	Créé en 2007 (région pilote choisie par la DHOS), regroupe les CH ne pouvant plus mutualiser leurs achats avec le CHU en remplacement de 4 groupements intra ou inter départementaux.	Créé en 1976 entre les CH et hôpitaux psychiatriques de la région pour générer des économies grâce à la mutualisation des achats de médicaments.
Nombre de membres	49 établissements médicaux et médico-sociaux intégrant une PUI.	68 établissements médicaux et médico-sociaux intégrant une PUI.
Structure	Régie par une convention (article 8 du CMP)	
Objectifs stratégiques	L'objectif prioritaire est de « <i>développer et d'étendre une cohésion régionale..., en utilisant les différents leviers stratégiques afin d'organiser le bon usage des médicaments et des Dispositifs Médicaux au sein du groupement</i> ».	L'objectif prioritaire est « <i>d'assurer une coordination des achats pharmaceutiques dans un souci d'efficacité économique et de simplification administrative ...</i> ».

Les entretiens effectués ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Respectant l'anonymat des répondants, nous ne communiquerons pas le nom des personnes interviewées. Une analyse thématique a été conduite pour traiter les données recueillies. Les principaux thèmes étaient : le mode de fonctionnement de l'achat mutualisé vu par chaque partie prenante, les incidents relevés au cours du

processus, les réactions des différents acteurs et les comportements et pratiques des pharmaciens en réponse aux incidents relevés.

Les résultats de cette étude sont présentés et discutés dans la partie suivante.

3- Résultats et discussion

Après avoir identifié les tensions paradoxales dans le processus d'achat mutualisé et les comportements qu'elles génèrent de la part du pharmacien dans sa pratique de rendre compte, nous avons analysé les réponses organisationnelles mises en œuvre par chacun des deux groupements pour gérer les paradoxes. Les différences relevées nous permettent de discuter des logiques de gestion des tensions mobilisées au regard du modèle de Josserand, Perret (2003).

3.1. Identification des tensions paradoxales dans le processus d'achat mutualisé

L'étude des pratiques du rendre compte des pharmaciens s'est faite selon une approche diachronique suivant les phases du processus d'achat mutualisé. Nous avons adopté une approche pragmatique fondée sur l'analyse des perceptions des pharmaciens de deux groupements d'achats mutualisés de produits de santé.

Au cours de ce processus, les entretiens nous ont permis de mettre en évidence des pratiques et des comportements défensifs (Jarzabkowski *et al.*, 2013) des pharmaciens associés aux difficultés perçues dans leur rôle d'intermédiaire chargé de rendre compte aux différentes parties prenantes (*cf.* tableau 4). Les pratiques mises en évidence sont illustrées par des verbatims recueillis au cours des entretiens effectués.

A partir de ce perçu cognitif et social (Ford et Backoff, 1988), nous avons pu identifier les tensions paradoxales entre le groupement et les établissements, d'une part, et les acteurs médicaux et économiques au sein des établissements, d'autre part.

Tableau 4 : Tensions au sein du processus d'achat mutualisé et réponses du pharmacien à ces tensions

Phases du processus d'achat mutualisé	Tensions identifiées	Pratiques du pharmacien en réponse à ces tensions
Allotissement	Individuel/collectif : le pharmacien doit rendre compte de sa demande à la communauté des pharmaciens membres.	Rationalisation des choix en interne : « <i>s'il y a réellement un besoin spécifique il faut qu'il soit sérieusement argumenté bien sûr parce qu'après c'est quand même du boulot de rajouter une ligne en marché négocié chez un fournisseur même pour un produit un peu équivalent ...c'est comme tout travail de groupe faut pas être trop individualiste</i> ».
	Individuel/collectif : le pharmacien délègue le rendre compte au groupement.	Désengagement du processus collectif : « <i>c'est un effet du groupement, de se laisser porter par la procédure et de se contenter d'avoir une attitude passive, une « torpeur de bien-être »... Certains ne viennent même pas aux réunions mais quantifient</i>

		<i>quand même, ils me disent ... tu fais ça très bien, on est très content ».</i>
Quantification	<p>Individuel/collectif : le pharmacien doit rendre compte aux médecins et soignants de son ES de la décision collective.</p> <p>Economique/médical: le pharmacien doit rendre compte aux services économiques de son ES de la décision collective.</p>	<p>Non quantification ou minoration de la quantification pour se réserver la possibilité de passer des marchés individuels : <i>« pour les DM la pression des chirurgiens est trop forte, je préfère ne pas quantifier et passer par des marchés négociés individuels ».</i></p> <p>Quantification maximale : <i>« ...il y a eu un changement au niveau de la cellule des marchés avant j'avais quelqu'un de compétent et ça se passait bien. Maintenant j'ai des gens parfaitement incompétents qui ne sont que des administratifs et ça ne se passe pas bien donc voilà puis j'en ai assez qu'on me casse les pieds avec la massification donc... on va tout massifier au moins j'aurai plus d'états d'âme ».</i></p>
Analyse des offres	<p>Economique/médical: le pharmacien rend compte des besoins individuels et fait la synthèse des arguments économiques et médicaux en collectif.</p> <p>Individuel/collectif : le pharmacien ne peut pas faire converger des intérêts individuels contradictoires.</p>	<p>Discussion et échange d'arguments lors de la commission : <i>« Il faut tenir compte de tous les critères, si on n'en tient pas compte à ce moment-là on va galérer après, chacun à son poids dans le choix les plus petits ont surtout des soucis économiques, pour nous c'est les relations avec les soignants et médecins qui posent plus de problème ».</i></p> <p>Blocage : <i>« Parce que les gros établissements n'ont pas réussi à s'entendre sur un fournisseur ou l'autre ... du coup on n'a pas pris de décision, on a rendu le lot infructueux. Et moi le laboratoire quand je fais ma demande individuellement ça me fait un surcoût au max de 10 000 €/an sur mon établissement.... Comment vous voulez que j'explique ça à ma direction ».</i></p>
Choix	<p>Individuel/collectif : le pharmacien anticipe des difficultés à rendre compte de décisions collectives auprès des PP internes à leur ES.</p> <p>Individuel/collectif : le pharmacien s'appuie sur le collectif pour porter des arguments économiques et légitimer leur "rendre compte".</p>	<p>Blocage des décisions : <i>« le vote s'est inversé pour l'autre fournisseur et à une très grande majorité et la minorité qui voulait l'autre fournisseur a été très en colère et a dit que si le choix se faisait sur le fournisseur X ils se retireraient du lot. Le lot a été abandonné ... La conséquence directe a été que la négociation en individuel pour ce lot a provoqué une augmentation selon les établissements de presque du double ».</i></p> <p>Adhésion à une majorité de lots mutualisés : <i>« moi j'ai été longtemps avec des médecins qui ne voulaient absolument pas d'une équivalence sur un groupe de produits de cancérologie, ... le groupement m'a aidé à leur faire accepter l'équivalence ... j'ai dit vous savez ça fait deux ans que tous les autres établissements sont passés au génériques donc nous on est un peu montré du doigt ».</i></p>

Mise en œuvre	Individuel/collectif : le pharmacien sous la pression des médecins et soignants ne peut mettre en œuvre le choix collectif.	Désengagement ou modification du marché en réponse à la demande des usagers : <i>« j'ai envoyé un mel au coordonnateur, le Paracétamol effervescent il ne convient pas aux soignants donc on se retire ».</i>
	Individuel/collectif : le pharmacien dans sa relation au groupement via le coordonnateur ne veut pas rendre compte des difficultés individuelles au collectif.	Non-retour au groupement sur les incidents : <i>« il y a des fournisseurs avec lesquels il y a de multiples ruptures c'est une des raisons pour lesquelles je ne mets pas de produits sensibles parce que ces fournisseurs là je ne veux pas les avoir. Et comme il n'y a pas de lien avec le groupement en dehors des campagnes budgétaires, l'info ne remonte pas ».</i>

Les tensions identifiées dans le tableau 4 génèrent des comportements défensifs qui ont, à des degrés divers, un impact sur le processus d'achat mutualisé. Ainsi, trois niveaux d'impact peuvent être distingués :

- au niveau 1, la perception de tensions donne lieu à des discussions entre les différentes parties prenantes pour rechercher une solution de compromis entre les tensions contradictoires collectif/individuel et économique/médical.
- au niveau 2, les tensions provoquent un désengagement plus ou moins important de la part du pharmacien du processus collectif qui sélectionne les phases auxquelles il participe et les segments sur lesquels il quantifie.
- au niveau 3, les tensions perçues peuvent aboutir, sous la pression des contraintes individuelles, à un blocage du processus collectif qui va se traduire par le retrait de certains lots qui seront traités directement par chaque ES.

Nos observations rejoignent ainsi la typologie des modes défensifs de réponse aux paradoxes organisationnels de Jarzabkowski *et al.*, (2013). La discussion s'apparente en effet, aux pratiques de domination où chaque partie prenante s'engage activement dans une confrontation afin de faire prévaloir son point de vue. Le désengagement est une forme de cloisonnement qui permet d'isoler les parties de l'achat que l'on traite en collectif de celles dont on garde la maîtrise individuelle. Enfin, le blocage est une forme de dilemme dans laquelle la résolution du paradoxe se fait par focalisation exclusive sur un pôle de la tension au détriment de l'autre : dans notre cas, il s'agit de l'individuel et du médical.

Notons cependant que contrairement à de nombreux travaux, notamment ceux de Smith et Lewis (2011), notre étude montre que ces pratiques défensives n'ont pas toujours un impact négatif sur l'organisation. Dans notre cas, la discussion est souvent perçue comme une opportunité d'échanges et d'enrichissement de la rationalité du choix, le désengagement tend à être moins fort quand la légitimité du collectif permet de dépasser des pressions individuelles non fondées. En outre, en comparant les deux groupements, notre étude montre que l'aspect négatif de l'impact de ces pratiques défensives dépend de la réponse organisationnelle qui est apportée au sein du groupement pour gérer les tensions paradoxales.

Le paragraphe suivant a pour objet de présenter et d'analyser les réponses organisationnelles identifiées au sein des deux groupements.

3.2. Réponses organisationnelles pour gérer les paradoxes dans les 2 groupements

Notre étude a permis d'identifier les pratiques organisationnelles mises en œuvre au sein des deux groupements conventionnels régionaux sur chacune des phases du processus de choix collectif en réponse aux tensions paradoxales perçues par les pharmaciens (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Description des pratiques organisationnelles sur chacun des groupements

Phases du processus d'achat mutualisé	Groupement 1	Groupement 2
Allotissement	<ul style="list-style-type: none"> - Edition par le coordonnateur d'un historique du précédent allotissement - Participation d'un pharmacien délégué par département à la commission qui élabore le livret thérapeutique et définit les critères d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Edition par le coordonnateur d'un historique du précédent allotissement - Envoi aux pharmaciens membres du groupement
Quantification	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque pharmacien transmet ses prévisions de besoin lot par lot 	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque pharmacien transmet ses prévisions de besoin lot par lot
Analyse des offres	<ul style="list-style-type: none"> - Participation de pharmaciens volontaires à la commission technique pendant laquelle sont évaluées et classées lot par lot les offres reçues (se déroule sur plusieurs jours) 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des offres par échange de mails - Réunion éventuelle de commissions techniques par segments de produits
Choix	<ul style="list-style-type: none"> - Participation de tous les pharmaciens à la commission de choix - Vote proportionnel au poids économique de l'établissement sur le segment de produits 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation de tous les pharmaciens à la commission de choix - Vote de type 1 établissement 1 voix
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Intranet pour faire remonter au coordonnateur et aux membres les retours d'incidents - Transmission par le coordonnateur de fiches d'information sur les nouveaux produits 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de formalisation des retours d'incidents

L'analyse des pratiques organisationnelles met en évidence la mobilisation de deux logiques de gestion des tensions (Josserand et Perret, 2003) : la logique de différenciation et de dialogue. En revanche, la mutualisation des achats de produits de santé n'a pas atteint un degré d'intégration tel qu'il permette une gestion par une logique de disparition d'un des pôles de tension. Les contraintes médicales et économiques co-existent dans le processus de choix, et même si l'une ou l'autre peut dominer sur certains lots aucune ne s'efface complètement au profit de l'autre. De même, l'existence juridique de chaque ES membre et du groupement font que ni le pôle individuel ni le pôle collectif ne peut s'effacer au profit de l'autre.

La logique de différenciation est mobilisée de façon plutôt diachronique dans le G1 et plutôt synchronique dans le G2. Ainsi, dans le G1, le processus de choix est organisé autour d'une alternance de phases collectives (par réunion de commissions) et individuelles (consultation au sein de chaque ES), cette alternance entre les deux pôles permet de maintenir un équilibre et d'éviter des comportements défensifs trop extrêmes. Aucun phénomène de blocage n'a été relevé dans le G1 où le désengagement se limite à une plus faible participation à certaines commissions (42% de présents à la commission d'allotissement et 67% à la commission technique) mais cela n'affecte pas la participation à l'achat mutualisé (moyenne de 75% des achats réalisés via le groupement par ES, ce qui est très supérieur à la moyenne régionale de 34% pour l'ensemble des achats hospitaliers). Dans le G2, l'organisation est compartimentée à chaque étape du processus, la dimension collective est déléguée au coordonnateur, les pharmaciens adhérents ne participant à la décision collective qu'à la commission réglementaire de choix. Comme le relèvent Josserand et Perret (2003), ce mode organisationnel exacerbe les luttes de pouvoir et conduit à des comportements défensifs extrêmes, nous avons relevé dans notre étude des situations de blocage dans le G2 lors des phases d'analyse des offres et de choix. On constate également que le désengagement est plus fort que dans le G1 : le taux de participation aux commissions de choix est de 35% en moyenne et le pourcentage d'achat mutualisé descend à moins de 20% dans certains ES membres de ce groupement.

La logique de dialogue est omniprésente tout au long du processus d'achat mutualisé dans le G1, l'organisation mobilise de multiples supports de communication et d'échange : intranet, documents formalisés, commissions à chaque étape, réunions d'informations en amont et en aval du processus (retours sur les incidents), réunion de groupes de travail et de tests produits par segments d'achats. Ces échanges permanents entre les membres du groupement permettent une oscillation entre les différents pôles de tension : médical/économique, individuel/collectif, réduisant ainsi les tensions perçues par les pharmaciens dans leur obligation de rendre des comptes car ils se sentent plus rationnels et plus légitimes dans leurs choix. Dans le G2, le compartimentage de l'individuel et du collectif au cours du processus d'achat ne favorise pas une logique de dialogue. Ainsi l'absence de dialogue lors de la phase d'allotissement, qui est assumée par le coordonnateur, conduit à des comportements défensifs de la part des pharmaciens qui ne veulent pas devoir rendre compte de choix qui n'intègrent pas leurs besoins individuels. Cela se traduit par une non quantification ou une minoration de la quantification, par un désengagement de certains marchés lors de leur mise en œuvre et une absence de retour au groupement sur les incidents constatés.

Cette double étude de cas, met en évidence que les choix organisationnels de gestion du paradoxe influencent la perception que les pharmaciens ont des tensions paradoxales qu'ils subissent dans leur obligation de rendre compte. Cette perception plus ou moins forte des tensions génère des comportements défensifs qui entravent plus ou moins fortement le processus d'achat mutualisé. On a pu relever dans les cas étudiés, des pratiques organisationnelles du paradoxe leviers ou freins à l'implication du pharmacien dans le processus d'achat mutualisé. Dans le G1, les choix organisationnels permettent une gestion harmonieuse du rendre compte individuel et du processus de choix collectif. Alors que dans le G2, ils exacerbent les frictions et les conflits, plaçant le pharmacien en position délicate

dans sa tâche de rendre compte et allant jusqu'au blocage du processus d'achat mutualisé.

Conclusion

A travers cette étude des processus d'achats hospitaliers, nous avons montré que le devoir de rendre compte expose les pharmaciens d'ES membres de groupements d'achats à des tensions paradoxales. Le cadre conceptuel mobilisé (les réponses aux tensions paradoxales identifiées par Jarzabkowski *et al.*, 2013 et les pratiques organisationnelles paradoxales proposées par l'étude de Josserand et Perret, 2003), nous a permis de qualifier ces tensions paradoxales ainsi que les comportements et pratiques des acteurs induits par ces tensions.

Notre contribution a permis de valider la pertinence de ces modèles pour étudier des tensions paradoxales intra (le pharmacien au sein de son établissement face aux contraintes économiques et médicales) et inter-organisationnelles (le pharmacien en tant que représentant de son ES au sein d'un collectif). Cette étude contribue à montrer que la co-existence de comportements positifs et négatifs mis en évidence par la littérature, renforce la position du pharmacien dans sa fonction d'intermédiaire chargé de rendre compte de la qualité de l'achat de produits de santé à diverses parties prenantes. Enfin nous avons identifié l'impact de l'organisation et des processus de gestion de ces tensions paradoxales sur la réduction des comportements négatifs ou sur l'apparition de comportements positifs.

Ces conclusions présentent des limites liées à la méthodologie adoptée. D'une part, les données recueillies dans le cadre de récits de vie sont déclaratives et reposent sur la perception qu'ont les acteurs de la situation. Néanmoins, les réponses apportées face à une situation paradoxale sont intimement liées à la perception que se font les acteurs du paradoxe en question. D'autre part, l'étude de cas se limite à deux groupements étudiés et ne peut nous permettre d'élargir le champ de validité externe de ces résultats. Toutefois, en dépit des aspects contingents de cette étude, le cadre conceptuel mobilisé pourrait être envisagé pour étudier d'autres contextes au sein desquels émergent des tensions liées au processus du rendre compte de décisions collectives. Compte tenu du fait que le devoir de rendre compte d'une décision dépend du contexte social dans lequel il s'inscrit (Liu *et al.*, 2012), il serait intéressant de prolonger cette étude en comparant la teneur des réponses actives ou défensives dans des groupes de décisions moins homogènes que celui des pharmaciens de PUI en intégrant une dimension interculturelle.

Bibliographie

- Beech, N. ; Burns, H. ; de Caestecker, L. ; MacIntosh, R., & Mac- Lean, D. (2004). Paradox as invitation to act in problematic change situations. *Human Relations*, 57: 1313–1332.
- Diggs, S.N. & Roman, A. (2012). Understanding and tracing accountability in the public procurement process, *Public Performance & Management Review*, Vol. 36, No. 2, 290–315.
- Ehnert, I. (2009). *Sustainable Human Resource Management: A Conceptual and Exploratory Analysis from a Paradox Perspective*. In: Contributions to Management Science. Physica, Springer: Heidelberg.
- Evans, P., & Doz, Y. (1991). ‘The dualistic organisation’ in P. Evans, Y. Doz and A. Laurent (eds) *Human resource management in international firms: Change, globalisation, innovation*. 3rd edn. Macmillan, Houndmills, 219-242.
- Fixmer, P. & Brassac, C. (2004). *La décision collective comme processus de construction de sens*, In C. Bonardi, N. Grégori, J.-Y. Menard, N. Roussiau (éds), *Psychologie sociale appliquée. Emploi, travail, ressources humaines*. Paris : InPress, 111-118.
- Ford, J.D., et R.W. Backoff. (1988). ‘Organizational change in and out of dualities and paradox’ in *Paradox and transformation: Toward a theory of change in organization and management*, R. E. Quinn and K. S. Cameron (eds), 81–121. Cambridge, MA: Ballinger.
- Gibbs, J. (2009). Dialectics in a global software team: Negotiating tensions across time, space and culture. *Human Relations*, 62 (6), 905-935.
- Hilton D. & Cabantous L. (2005). « *Chapitre 8. Le décideur sous influence : l'émergence de la décision collective* ». *La décision*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, Méthodes & Recherches, 304 pages.
- Jarzabkowski, P. ; Lê J.K. & Van de Ven, A.H. (2013). Responding to competing strategic demands: How organizing, belonging, and performing paradoxes coevolve. *Strategic Organization*, 11(3): 245–280.
- Josserand E. & Perret V. (2003). *Pratiques organisationnelles du paradoxe*, In Perret V. & Josserand E. (Eds.), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Chapitre 7, 165-187.
- Lewis M.W. (2000). Exploring Paradox Toward a more Comprehensive Guide. *Academy of Management Review*, 25(4), 760-776.
- Liu, W. ; Friedman, R. & Hong, Y. (2012). Culture and Accountability in Negotiation: Recognizing the Importance of In-group Relations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 117 (1), 221-234.

Lüscher, L. & Lewis, M. (2008). Organizational change and managerial sensemaking: Working through paradox. *The Academy of Management Journal* 51(2), 221-240.

Messner, M. (2009). The limits of accountability. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 34, 918–938.

Poole M.S. & Van de Ven A. (1989). Using paradox to build management and organizational theory. *Academy of Management Review*, 14(4), 562–578.

Robinson, S. (2009). The Nature of Responsibility in a Professional Setting. *Journal of Business Ethic*, Vol. 88, 11–19.

Romzek, B.S. & Dubnick, M.J. (1987). Accountability in the public sector: Lessons from the *Challenger* tragedy. *Public Administration Review*, Vol. 47, 227–238.

Schilte, A. & Minvielle, E. (2008). Le classement des hôpitaux, une nouvelle manière de rendre des comptes. *Gérer et comprendre*, Vol. 91, 36–47.

Schwartz, J.; Chapman, G.; Brewer, N. & Bergus, G. (2004). The effects of accountability on bias in physician decision making: going from bad to worse. *Psychonomic Bulletin and Review*, Vol. 11, 173–178.

Schweiker, W. (1995). *Responsibility and Christian Ethics*. Cambridge University Press, Cambridge.

Smith, W.K. (2014). Dynamic Decision Making: A Model of Senior Leaders Managing Strategic Paradoxes. *Academy of Management Journal*, Vol. 57, No. 6, 1592-1623.

Smith, W.K. & Lewis M.W. (2011). Toward a Theory of Paradox: a Dynamic Equilibrium Model of Organizing. *Academy of Management Review*, 36(2), 381-403.

Smith, W.K., & Tushman M.L. (2005). Managing strategic contradictions: A top Management Model for managing Innovation Streams. *Organization Science*, 16(5), 522-536.

Solbrekke, T.D., & Sugrue, C. (2014). Professional accreditation of initial teacher education programmes: Teacher educators' strategies - Between 'accountability' and 'professional responsibility'? *Teaching and Teacher Education*, Vol. 37, 11-20.

Stake, R.E. (1994). Case Studies; in N.K. Denzin et Y.S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*. London, Sage Publications, Chap. 14.

Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Research*. Thousand Oaks, London, Sage Publications.

Wacheux, F. (1996). *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*. Paris: Economica.

Yin, R.K. (1984). *Case study research: Design and Methods* (1st ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.