



HAL
open science

S'imposer sans s'opposer. Diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Étienne Nouguez, Tonya Tartour

► **To cite this version:**

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Étienne Nouguez, Tonya Tartour. S'imposer sans s'opposer. Diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie. *Sociologie du Travail*, 2024, 66 (2), pp.[en ligne]. 10.4000/11o4t . halshs-04578898

HAL Id: halshs-04578898

<https://shs.hal.science/halshs-04578898>

Submitted on 17 May 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Sociologie du travail

Vol. 66 - n° 2 | Avril - Juin 2024
Prix des jeunes auteurices 2023

S'imposer sans s'opposer. Diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie

Assertion without confrontation: Jurisdictional diplomacy in the implementation of clinical pharmacy in psychiatry

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Étienne Nouguez et Tonya Tartour



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sdt/45672>

DOI : 10.4000/11o4t

ISSN : 1777-5701

Éditeur

Association pour le développement de la sociologie du travail

Ce document vous est offert par INIST - Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



Référence électronique

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Étienne Nouguez et Tonya Tartour, « S'imposer sans s'opposer. Diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 66 - n° 2 | Avril - Juin 2024, mis en ligne le 15 mai 2024, consulté le 17 mai 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/45672> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/11o4t>

Ce document a été généré automatiquement le 16 mai 2024.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

S'imposer sans s'opposer. Diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie

Assertion without confrontation: Jurisdictional diplomacy in the implementation of clinical pharmacy in psychiatry

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Étienne Nouguez et Tonya Tartour

NOTE DE L'ÉDITEUR

Premier manuscrit reçu le 7 décembre 2022 ; article accepté le 22 février 2024.

NOTE DE L'AUTEUR

Nous remercions le chef de pôle de pharmacie ainsi que la direction hospitalière qui sont à l'initiative de cette étude et qui nous ont permis de la réaliser. Nous remercions également Patrick Castel, Emmanuelle Fillion, Cécile Fournier ainsi que les relecteurices de la revue pour leurs précieux commentaires sur des versions précédentes de cet article. Nous remercions enfin Anne Bertrand pour son minutieux travail d'édition sur la dernière version du manuscrit.

- 1 La sociologie des professions s'est beaucoup intéressée aux relations interprofessionnelles, présentées le plus souvent comme des luttes de juridiction pour le monopole exclusif d'une tâche ou d'un savoir (Abbott, 1988). Une histoire classique

des professions médicales et paramédicales présente le processus historique par lequel les médecins sont parvenus à obtenir un monopole et une autonomie dans la réalisation de certaines tâches (Starr, 2017) ainsi qu'une position dominante dans la hiérarchie des professions de santé (Hughes, 1996 [1951]; Freidson, 1984). Quant aux professions paramédicales, elles auraient grignoté ce monopole sur certaines tâches par contestation ou délégation (Hughes, 1996 [1951]), dans une lutte qui se joue au niveau des interactions locales, de l'opinion publique ou de la loi, selon le modèle proposé par Andrew Abbott (1988). Renouvelant cette approche, des travaux plus récents ont décentré la réflexion des luttes juridictionnelles vers les pratiques de coopération entre professionnel·les (voir Cresson *et al.*, 2003 ; Bergeron et Castel, 2010 ; Bloch et Hénaut, 2014 ; Schlegel, 2021 ; Denise *et al.*, 2022). Cet article s'inscrit dans la continuité de ces travaux à partir du cas du déploiement d'une nouvelle forme de coopération entre pharmaciennes et médecins hospitalières dans le cadre d'activités dites de « pharmacie clinique »¹.

- 2 Bien que les pharmaciennes ne se trouvent pas réglementairement sous l'autorité des médecins², ces deux corps ont en partage le médicament, qui se situe à l'intersection de leurs territoires d'activité — la prescription pour les médecins, la dispensation pour les pharmaciennes — et d'expertise — la clinique pour les premières, la pharmacologie pour les secondes (Faure, 2021). En cela, l'usage des traitements médicamenteux constitue une juridiction partagée (Van Effenterre *et al.*, 2012) susceptible d'occasionner un « empiètement de frontières » (Mesler, 1991). Cet empiètement est source de tensions potentielles : chargées d'analyser et de valider les prescriptions avant de dispenser voire de substituer les traitements, les pharmaciennes se trouvent en position de contrôler les médecins et d'amender leurs prescriptions (Barraud de Lagerie, 2004 ; Nouguez, 2009). Cet empiètement est encore plus explicite avec le déploiement des activités dites de pharmacie clinique, qui visent à renforcer la place des pharmaciennes dans les équipes de soin afin d'améliorer la cohérence, la pertinence et la sécurité des prescriptions mais également de favoriser la coordination des différents intervenants (à l'hôpital et en ville) dans la prescription, la dispensation et l'administration des traitements.
- 3 Dans cet article, nous proposons d'étudier le déploiement de la pharmacie clinique, qui constitue un empiètement supplémentaire des pharmaciennes sur le territoire des médecins. Il s'agit de comprendre comment se déploie et s'institutionnalise une coopération entre professionnel·les au sein d'une juridiction partagée. Pour répondre à cette question, nous développons la notion de *diplomatie à la frontière*. Nous définissons cette diplomatie comme une manière de *s'imposer* dans les équipes de soins, en mettant en avant sa plus-value dans la décision clinique, *sans s'opposer* frontalement à la prééminence des médecins dans ces équipes, en déminant les sources potentielles de conflits de juridiction ou d'autorité. Nous montrons que cette diplomatie se déploie à deux niveaux : dans les interactions quotidiennes formelles et informelles avec les équipes de soins et en particulier les médecins (ce que nous nommons « *diplomatie interactionnelle* ») ; dans l'organisation formelle de l'hôpital, le paramétrage de dispositifs techniques et la promotion de ces activités en dehors de l'hôpital (ce que nous nommons « *diplomatie institutionnelle* »). Ce concept nous paraît heuristique pour penser les stratégies développées par les pharmaciennes observées pour participer aux discussions cliniques entourant la prescription, domaine jusqu'alors réservé des médecins, sans remettre en cause — du moins jamais frontalement — l'autorité des

médecins sur cette prescription. Il nous semble pouvoir être appliqué plus généralement à toutes les formes de coopération inter-professionnelle qui se développent dans le domaine sanitaire et au-delà (Denise *et al.*, 2022).

- 4 Nous retraçons dans un premier temps l'histoire du déploiement des « activités de pharmacie clinique », de leur institutionnalisation dans un contexte nord-américain à leur lente diffusion en France, en milieu hospitalier et en particulier en psychiatrie. L'établissement au sein duquel nous avons enquêté porte la marque de cette évolution des missions des pharmaciennes hospitalières (partie 1). Nous distinguons ensuite les deux types de diplomatie à la frontière qui permettent ce déplacement du pharmacien vers la clinique (parties 2 et 3). La première forme de diplomatie, que nous qualifions d'« interactionnelle », a été largement documentée par les travaux interactionnistes qui, dans la lignée d'Anselm Strauss (1992), ont analysé les organisations pluriprofessionnelles, et en particulier les hôpitaux, comme des ordres négociés. C'est notamment le cas de Mark Mesler (1989) qui a précisément analysé le déploiement des activités de pharmacie clinique aux États-Unis dans les années 1980. Cette diplomatie interactionnelle est déployée par l'ensemble des membres de l'équipe de pharmacie (pharmaciennes titulaires, internes et externes en pharmacie, préparateurs et préparatrices) dans les activités « ordinaires » de pharmacie, et repose sur la mobilisation de diverses stratégies de présentation de soi (tact et déférence, jeu de rôle, socialisation tactique...) et d'échanges informels par les pharmaciennes dans leurs interactions de face à face avec les médecins. Elle constitue un élément essentiel dans la construction de collaborations entre médecins et pharmaciennes autour des dimensions cliniques de la prescription, mais elle repose très largement sur les relations interpersonnelles nouées par les acteurs concernés et ne peut, à elle seule, permettre l'institutionnalisation de la pharmacie clinique (partie 2). Pour comprendre le déploiement des activités de pharmacie clinique, il faut déplacer son regard vers une deuxième forme de diplomatie, que nous avons qualifiée d'« institutionnelle ». Cette diplomatie institutionnelle est essentiellement déployée par le chef de la pharmacie, que nous qualifions de « pharmacien organisateur » — par homologie avec les « médecins organisateurs » décrits par Patrick Castel (2022) —, dans le cadre de différentes instances et groupes de travail hospitaliers, et vise à négocier avec les médecins dirigeant les pôles de soin et avec l'administration les conditions institutionnelles de possibilité des activités de pharmacie clinique (partie 3).

Terrain et Méthodes

Cet article est le fruit d'une recherche collective financée par la Fédération hospitalière de France (FHF) à partir d'un terrain ethnographique mené pendant plus d'une année dans un groupe hospitalier de santé mentale. Cet établissement est doté de plus de 500 lits, dont environ 200 ont été progressivement « couverts » par les activités de pharmacie clinique *via* la signature de contrats entre le pôle de pharmacie et certains pôles de psychiatrie depuis l'année 2012. Nous avons effectué 92 journées d'observation, principalement auprès de la pharmacie à usage intérieur et dans deux pôles de soin comprenant plusieurs unités d'hospitalisation, ainsi que 41 entretiens avec des professionnel·les de l'établissement, en particulier des pharmaciennes, des psychiatres et des médecins généralistes, mais aussi d'autres professionnel·les, afin de documenter la diffusion de la pratique dans les services et au niveau institutionnel (préparateurs et préparatrices en pharmacie, cadres de santé, direction).

L'entrée sur ce terrain a été facilitée par le chef de pôle de la pharmacie à usage intérieur (PUI), engagé dans une entreprise de légitimation des activités de pharmacie clinique et convaincu que l'intervention d'une équipe de sociologues, dans le cadre d'un projet financé par la FHF, ne pourrait que contribuer à cette reconnaissance. Cela s'inscrivait dans une stratégie de promotion de la pharmacie clinique tant à l'extérieur, grâce aux éventuelles publications espérées, qu'à l'intérieur de l'établissement. Au sein de l'établissement, il s'agissait de pouvoir mettre en valeur ces pratiques, et d'obtenir à terme des financements pour les étendre à l'ensemble des services de l'hôpital, le chef de pôle s'opposant à l'extension de l'activité à moyens constants.

Le soutien du pôle de pharmacie et de la direction de l'hôpital ont facilité l'entrée sur un terrain réputé difficile d'accès, mais il nous a obligé·es à développer une réflexivité et une vigilance à l'égard du rôle qui nous était conféré.

Cette entrée nous a ouvert les portes du pôle de pharmacie, dont nous avons pu suivre l'activité des différent·es professionnel·les (pharmacien·nes titulaires et étudiant·es, préparateurs et préparatrices, cadres) ; elle a facilité l'obtention d'entretiens avec la direction et avec le pôle transversal de médecine générale et l'accès aux unités d'hospitalisation, avec cependant un accueil plus réservé dans les services où la pharmacie clinique n'était pas déployée, malgré l'intérêt affiché de certain·es professionnel·les pour ces pratiques.

Nous avons cependant cherché à nous décentrer de cette première entrée par le pôle de pharmacie, en demandant l'autorisation de mener nos observations au sein des services de soin *sans* accompagner les professionnel·les de la pharmacie. Nous avons alors pu constater l'écart entre les efforts de promotion mis en place par les pharmacien·nes et les niveaux très disparates de connaissance et de mobilisation de la pharmacie clinique dans les unités d'hospitalisation. Alors que le déploiement de ces activités est tenu pour acquis par les équipes de pharmacie, elles restent relativement invisibles ou marginales pour une partie importante des autres professionnel·les de santé.

La réalisation de cette enquête s'est cependant heurtée à quelques limites.

D'abord, nous n'avons pas été en mesure de rencontrer des patient·es en dehors de l'observation d'entretiens pharmaceutiques ou d'ateliers d'éducation thérapeutique. Nous avons également l'intention d'analyser les pratiques de prescription *via* le logiciel dédié, mais nous avons fait face à un refus des équipes de soin au nom de la protection des données. Enfin, nous avons prévu d'explorer les effets de la pharmacie clinique en dehors des murs de l'hôpital (dans les centres médico-psychologiques et auprès des professionnel·les libérales et libéraux), mais nous avons manqué de temps et nous sommes heurté·es à la faible articulation entre ville et hôpital, malgré la volonté de l'équipe de pharmacie de développer ces liens.

Tout en échangeant régulièrement avec les professionnel·les du pôle pharmacie, nous avons maintenu une certaine distance avec leurs objectifs internes et avons finalement été peu sollicité·es en aval de la recherche, même si nous avons effectué deux restitutions devant les équipes et une devant la commission médicale d'établissement.

Tableau 1. Description des entretiens semi-directifs et observations ethnographiques réalisées au cours de l'enquête

	Entretiens	Observations
Pôle de pharmacie	<p>N = 11 Sexe : 4 hommes, 4 femmes – certaines interrogées plusieurs fois Statut : 1 pharmacien professeur des universités-praticien hospitalier et chef de pôle ; 3 pharmaciennes praticiennes hospitalières ; 2 pharmaciennes assistantes ; 1 préparatrice cadre de santé ; 1 préparatrice.</p>	<p>40 journées d'observation et échanges informels avec des professionnel·les tous statuts confondus (praticien·nes hospitalier·es, internes, externes, préparateurs et préparatrices) et 4 réunions institutionnelles.</p>
Pôle de soins 1 (Unités d'hospitalisation 1 à 3)	<p>N = 6 Sexe : 4 femmes, 2 hommes Statut : 6 psychiatres praticien·nes hospitalier·es dont 1 cheffe de pôle, 2 cheffes de services et 1 cheffe d'unité.</p>	<p>26 journées d'observation et échanges informels avec des professionnel·les de statuts variés (infirmier·es, aides-soignant·es, externes, internes, psychiatres, etc.).</p>
Pôle de soins 2 (Unités d'hospitalisation 4 à 6)	<p>N = 7 Sexe : 5 femmes, 2 hommes Statut : 5 psychiatres praticien·nes hospitalier·es dont 1 cheffe de pôle et 2 cheffes de services ; 1 assistante spécialisée de psychiatrie ; 1 interne de psychiatrie.</p>	<p>25 journées d'observation et échanges informels avec des professionnel·les de statuts variés (infirmier·es, aides-soignant·es, externes, internes, psychiatres, etc.).</p>
Pôle transversal de médecine générale	<p>N = 6 Sexe : 3 hommes, 3 femmes Statut : 3 médecins généralistes praticien·nes hospitalier·es ; 1 médecin généraliste assistant ; 1 cadre infirmière supérieure ; 1 infirmier.</p>	<p>2 observations de réunions d'équipe du pôle.</p>
Unité de soin spécifique	<p>N = 2 Sexe : 1 homme, 1 femme Statut : 2 psychiatres praticien·nes hospitalier·es, dont 1 chef de service.</p>	<p>7 observations de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP).</p>
Service transversal d'addictologie	<p>N = 1 Sexe : 1 femme Statut : 1 addictologue, cheffe de service.</p>	<p>2 observations de réunions d'équipe du pôle.</p>

Direction hospitalière	N =9 Sexe : 5 hommes, 4 femmes Statut : 3 directeurs ou directrices d'hôpital ; 2 cadres infirmières supérieures ; 1 médecin de santé publique ; 1 ingénieur qualité ; 1 contrôleur de gestion.	
-----------------------------------	--	--

1. Une extension du territoire des pharmaciens·nes à l'hôpital : la pharmacie clinique

- 5 La pharmacie clinique est définie par la Société française de pharmacie clinique (SFPC) comme « une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soin » (<https://sfpc.eu/presentation/>)³. Comme l'adjectif « clinique » l'indique (étymologiquement « au lit du patient »), elle opère un déplacement des pharmaciens·nes de l'objet « médicament » vers les services de soin et, *in fine*, vers les patient·es. Ce déplacement prend des formes variées, depuis la réalisation d'« entretiens pharmaceutiques » visant à « recueillir des informations et [...] renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation » jusqu'à des « interventions pharmaceutiques » basées sur les données cliniques ou encore l'élaboration de « plans pharmaceutiques personnalisés » visant à améliorer « l'efficacité, la tolérance, l'adhésion médicamenteuse » des patient·es (Allenet *et al.*, 2021).
- 6 Apparues en Amérique du Nord dans les années 1960, les activités de pharmacie clinique émergent en réponse aux transformations structurelles du métier de pharmacien·ne. Placées dans un rôle d'« *over-educated distributors* » (Mesler, 1989, p. 312), en raison d'une part de l'industrialisation de la production de médicaments et d'autre part de l'émergence de technicien·nes suffisamment formés pour assurer les tâches de distribution des traitements, les pharmaciens·nes trouvent de nouvelles opportunités professionnelles valorisantes dans ce rapprochement de la clinique. Ces activités bénéficient en outre, dans le contexte nord-américain, d'une reconnaissance de la communauté médicale, soucieuse de « sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patient·es et ainsi éviter de coûteux procès » (Tanty *et al.*, 2021). Ce soutien permet une institutionnalisation rapide de la « *clinical pharmacy* », sous la forme de revues spécialisées comme le *Journal of Clinical Pharmacology* (créé en 1961), d'une société savante fondée en 1969 et d'enseignements dispensés dans les écoles de pharmacie.
- 7 En France, la diffusion débute dans les années 1980 et progresse bien plus lentement. Elle est soutenue par des pharmaciens·nes souhaitant importer ce qu'ils observent aux États-Unis et au Canada. Après un premier congrès organisé en France en 1983, une société savante émerge en 1984 (la SFPC) et les activités de pharmacie clinique sont inscrites au programme des études de pharmacie lors de leur réforme en 1985 (Ordre national des pharmaciens, 2018). Mais il faudra attendre une ordonnance de 2016 pour voir formulée une esquisse de définition, encore floue, dans le Code de la santé publique. Selon ce texte réglementaire, les pharmacies des centres hospitaliers, dites pharmacies à usage intérieur (PUI), sont tenues :

« De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé [...] et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins [...] et en y associant le patient » (Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033616692>).

- 8 Bien qu'elle s'inscrive dans des objectifs prioritaires de santé publique (diminution des effets secondaires graves et contrôle des interactions médicamenteuses, soutien à l'observance des patient·es, diminution des coûts de santé en évitant la sur-prescription et les conséquences de la iatrogénie médicamenteuse), la pharmacie clinique s'est développée lentement et inégalement selon les établissements, en fonction des ressources organisationnelles et financières et des compétences mobilisables. Certes, selon une étude de la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé réalisée en 2015, 98 % des établissements interrogés déclaraient réaliser des analyses d'ordonnances (de tous niveaux), 47 % avaient des modules d'éducation thérapeutique des patient·es et 22 % indiquaient organiser des conciliations médicamenteuses (Ordre national des pharmaciens, 2018). Mais des pharmaciennes regrettaient toujours en 2021 que « l'intégration du pharmacien clinicien reste encore expérimentale dans quelques hôpitaux vus comme privilégiés par leurs moyens dédiés » (Tanty *et al.*, 2021), en écho au constat de leurs collègues, qui déploraient une décennie plus tôt que la pharmacie clinique « balbutie encore dans sa forme hospitalière » (Calop *et al.*, 2009).
- 9 Cette implantation à géométrie variable rend difficile toute tentative de cartographier l'offre de pharmacie clinique dans les hôpitaux français et de connaître avec précision les services plus particulièrement concernés par le déploiement de ces activités. Si l'on en croit le périmètre des groupes de travail mis en place à partir de 2018 par la SFPC et à laquelle participent des pharmaciennes de différents hôpitaux français⁴, ces activités ont vocation à se déployer dans l'ensemble des sphères thérapeutiques mais trouvent leur terrain de prédilection dans les services qui manient des produits pharmaceutiques multiples et complexes, susceptibles d'entraîner des interactions médicamenteuses ou des effets secondaires graves et qui traitent des populations fragiles. C'est tout particulièrement le cas dans les services de gériatrie et de pédiatrie, où les traitements doivent être adaptés aux caractéristiques des patient·es (polymédication, dosages spécifiques...). La psychiatrie est devenue plus récemment un terrain d'expression de la pharmacie clinique, qui soulève des enjeux spécifiques de coordination entre des traitements « somatiques » et « psychotropes » dans un univers médical où le rapport aux traitements médicamenteux est marqué par une forte incertitude (Legrand, 2020)⁵.
- 10 Dans l'établissement psychiatrique que nous avons observé, le développement d'activités de pharmacie clinique suit une trajectoire qui correspond à celle que nous avons décrite pour le cas français. Le déplacement vers la clinique se manifeste d'abord par des initiatives portées par certaines pharmaciennes, particulièrement soucieux et soucieuses de déplacer le centre de gravité de la pharmacie pour mieux ajuster la réponse médicamenteuse aux spécificités de chaque patient·e. C'est ainsi que le chef de pôle de la pharmacie à usage intérieur, présent dans l'établissement depuis une trentaine d'années, décrit son propre intérêt pour la clinique. Particulièrement impliqué dans le champ de ce que l'on qualifiait alors de « toxicomanie », il a été marqué par les pratiques de « santé communautaire » qui se développaient alors autour de la prévention des risques. Comme il l'explique au cours de l'un de nos entretiens, il

est convaincu que le pharmacien peut participer à la « co-construction d'outils avec les personnes concernées » et rétablir ainsi une certaine « symétrie avec le patient »⁶. Ce projet général reste un horizon lointain, mais quelques actions pharmacologiques se mettent en place, qui seront ultérieurement requalifiées comme activités de pharmacie clinique. L'historique médicamenteux⁷ est ainsi introduit dès le milieu des années 1990, à la demande d'un psychiatre exerçant au sein d'une unité pour malades difficiles (UMD), qui souhaitait disposer d'« un graphique sur dix années de traitement » pour pouvoir mieux ajuster la stratégie thérapeutique.

- 11 Il faut ensuite attendre l'ouverture, en 2012, d'un nouveau site de l'hôpital et l'arrivée d'une pharmacienne assistante ayant séjourné au Québec, pour que de nouvelles activités de pharmacie clinique soient mises en œuvre :

« L'assistante spécialiste que je rencontre pour le recrutement me dit : "J'arrive du Québec où on développe des activités de pharmacie clinique ; si ça vous intéresse, moi je peux les développer à [nom du site]". Je lui dis : "Écoutez, ça m'intéresse, mais ce qui m'intéresse, c'est que vous le fassiez de manière à ce qu'on s'assure que, 1. on acquière des compétences, 2. il y ait une transmission à votre successeur, et donc des éléments de pérennisation". Donc elle a lancé la *conciliation médicamenteuse d'entrée*⁸, qu'elle avait apprise au Québec, ensuite la *conciliation médicamenteuse de sortie*, etc. Au fur et à mesure, on a rajouté des activités : *éducation thérapeutique, conciliation, historique médicamenteux*, tout ce qui était recommandé. C'était pas compliqué, il fallait juste apprendre à faire, soit en lisant sur Internet, soit en regardant des vidéos, soit en appelant nos copains du Québec, en disant : "passe-moi les documents" » (Pharmacien 1, chef de pôle, 55-60 ans, février 2018).

- 12 Au moment de l'enquête, soit moins de dix ans après l'ouverture de ce nouveau site, la pharmacie clinique se décline selon des activités et outils visant à accéder à l'information sur les données cliniques (entretien pharmaceutique, participation aux staffs, accès au dossier patient), à approfondir le contrôle des prescriptions (analyse avancée d'ordonnance⁹, conciliation médicamenteuse), à outiller les décisions (bilans, historiques médicamenteux) et à échanger avec les médecins (logiciels, formations communes, participation aux staffs, échanges informels...) ou avec les patient·es (entretiens cliniques, éducation thérapeutique). Le « panier d'activités » se stabilise dans certains services, et le chef de la pharmacie à usage intérieur s'interroge sur la façon dont l'équipe peut réussir à accompagner une patient·e « du début de l'hospitalisation jusqu'à la fin de l'hospitalisation avec différentes activités qui sont en cohérence les unes avec les autres »¹⁰.
- 13 Si les sociétés professionnelles regrettent la lenteur de l'institutionnalisation de la pharmacie clinique (Calop *et al.*, 2009 ; Tanty *et al.*, 2021), elles font rarement état des réactions suscitées par ce déplacement des frontières professionnelles : tant les résistances que la relative indifférence des prescripteurs à l'égard de ces nouvelles activités restent peu documentées. À travers les notions de diplomatie interactionnelle et de diplomatie institutionnelle, nous allons tenter de saisir les conditions et les limites de cette institutionnalisation.

2. Une diplomatie interactionnelle : déployer la pharmacie clinique dans les relations professionnelles

- 14 Dans la lignée d'Anselm Strauss, Mark Mesler (1989) étudie les modalités d'institutionnalisation de la pharmacie clinique dans deux hôpitaux américains dans les

années 1980. Ses observations mettent au jour un ensemble de stratégies interactionnelles déployées par les pharmaciennes pour s'introduire dans les équipes. Nous proposons de regrouper ces stratégies sous le concept de diplomatie interactionnelle et de compléter la typologie proposée par Mark Mesler en prenant en considération les jeux autour du cadre informel des interactions entre professionnel·les. Cette diplomatie interactionnelle infuse les pratiques des pharmaciennes pour désamorcer de possibles conflits autour de la prescription, mais aussi pour produire des opportunités de coopération avec les équipes de soin et tout particulièrement avec les médecins (psychiatres et somaticien·nes).

2.1. Se rendre utile sans être utilisé·e : un service sur mesure

- 15 Les promoteurs de la pharmacie clinique décrivent en termes mélioratifs l'intégration des pharmaciennes aux équipes de soins, et la « complémentarité culturelle » des pharmaciennes et médecins (Allenet *et al.*, 2019), sans insister sur les potentielles tensions ou tout simplement sur l'indifférence ou l'impréparation des autres professionnel·les face à cette nouvelle proposition. Pourtant, les deux groupes professionnels développent des perspectives différentes sur l'objet qu'ils ont en commun : le médicament. La formation initiale des pharmaciennes les amène à aborder l'objet médicament à partir de ses propriétés pharmacologiques, alors que les études médicales favorisent le raisonnement clinique — c'est-à-dire l'adéquation d'un traitement avec un objectif thérapeutique en relation avec l'établissement d'un diagnostic. Ainsi, les prescripteurs jugent souvent l'expertise des pharmaciennes trop détachée de l'expérience réelle de la clinique :

« L'activité du pharmacien, elle est pharmacologique. Lui, il ne prescrit pas et il ne voit pas les patients. Lui, il est sur une prescription, il analyse la prescription, les médicaments, les interactions, le temps, la durée. Et il a les recommandations et il y a toute une littérature autour des médicaments, qui est très utile et qui est légitime, enfin qui est valable. À côté de ça, on a, nous, des éléments cliniques qui parlent aussi. Donc, on compose avec les deux » (Psychiatre 1, PH, homme, 50-55 ans, juillet 2018).

- 16 Par la distinction tranchée qu'il propose entre les rôles, ce psychiatre ignore — ou minimise — les efforts déployés par ses collègues pharmaciennes pour prendre en compte la réalité clinique dans leur analyse. Réciproquement, les pharmaciennes insistent sur le peu d'intérêt que porteraient les psychiatres aux effets secondaires des psychotropes :

« [Les psychiatres] ne connaissent pas trop les traitements, mais ils ont la science infuse. Ils disent : “[le pharmacien] est bien gentil avec les dosages, les interactions, tout ça, mais il y a la clinique”. Ils ne regardent pas les électrocardiogrammes, ils se fichent des effets indésirables qui ne se voient pas ou se développent à bas bruit » (Pharmacien 2, PH, 40-45 ans, juillet 2018).

- 17 Les termes de « potions », « empilement » ou « saupoudrage » sont souvent utilisés par les pharmaciennes pour décrire certaines prescriptions médicales. Au-delà de la critique sur la compétence de certains prescripteurs, ces expressions renvoient à la volonté des pharmaciennes de rendre compte de leur travail comme une rationalisation de l'activité de prescription, mobilisant recommandations et références scientifiques. La promotion de l'intérêt de ces activités pour les équipes de soin, et tout

particulièrement pour les médecins, constitue l'une des dimensions essentielles de la diplomatie interactionnelle développée par les pharmaciennes au niveau local.

- 18 Loin d'être monolithique, comme le discours des pharmaciennes peut parfois le laisser entendre, le rapport aux traitements médicamenteux varie grandement parmi les psychiatres (Jacqueline, 2006 ; Legrand, 2020) : certaines revendiquent une aisance technique dans le maniement des traitements et des recommandations de bonnes pratiques, quand d'autres manifestent un intérêt limité en la matière et s'appuient sur leur expérience clinique sans pour autant affirmer, ou rarement, un inconfort en matière de prescription. Ces deux attitudes sont souvent rapportées par nos interlocuteurs, tant pharmaciennes que médecins, aux orientations théoriques des psychiatres (plutôt « biologique » pour les unes, plutôt « psychanalytique » pour les autres), mais également aux « générations » de médecins, les jeunes médecins étant jugées mieux formées à la pharmacologie que les plus anciennes. Cependant, ces postures de principe sont peu prédictives de la volonté des psychiatres de collaborer avec le pôle de pharmacie. Ce qui apparaît déterminant pour susciter l'intérêt chez les médecins touche davantage à leurs besoins et à leurs attentes quant à l'aide que pourrait leur apporter la pharmacie clinique, en particulier dans la résolution de cas ponctuels (voir Lancelevée *et al.*, 2024).
- 19 Les pharmaciennes sont par exemple parvenues à « s'implanter » tout particulièrement dans l'UMD où sont soignées les malades dont les traitements sont réputés avoir peu d'effets sur elles et eux et sont de ce fait davantage prescrits à hautes doses ou cumulés, et par là susceptibles d'entraîner des effets secondaires graves. L'équipe de cette unité a mesuré très rapidement l'intérêt d'une expertise pharmacologique pour éclairer et prendre en charge les cas cliniques dits complexes. La coopération avec l'UMD est souvent citée en exemple d'un partage des rôles optimal entre prescripteur et pharmacienne :
- Lors d'une formation dispensée aux externes en pharmacie sur « l'optimisation thérapeutique médicamenteuse », le pharmacologue de l'équipe (pharmacien 3, pharmacologue, 30-35 ans), très impliqué dans la coopération avec l'UMD, prend comme exemple le cas clinique d'un patient de 53 ans, hospitalisé déjà huit fois, qui « délire » toujours et est décrit comme « chimio-résistant » [le traitement chimique ne produit pas l'effet escompté sur le patient]. Une analyse biologique permet de confirmer ce qu'observent les cliniciens : il a un « métabolisme rapide » [son corps élimine la molécule rapidement] pour la plupart des neuroleptiques, et il recommence donc à « délirer » avant la nouvelle prise prévue du traitement. Grâce à un génotypage, le pharmacologue est en mesure de proposer un autre neuroleptique. L'introduction de ce nouveau traitement, avec une répartition des prises sur la journée, permet « d'améliorer nettement le patient » (Journal de terrain, novembre 2018).
- 20 Bien qu'il mette en scène son rôle décisif dans la prise en charge du patient, le pharmacologue présente ici un modèle irénique de juridiction partagée (Van Effenterre *et al.*, 2012). L'optimisation thérapeutique médicamenteuse est ainsi décrite comme un « circuit d'actions » qui entrelace les savoirs et savoir-faire du pharmacien et du psychiatre.
- 21 La diplomatie déployée par les pharmaciennes consiste ainsi à identifier dans les interactions formelles et informelles avec ces médecins leur approche des médicaments, mais également à adapter leur offre de services à ces besoins. Mark Mesler (1989) qualifie de « socialisation tactique » cette stratégie consistant à tenter de modifier les rôles des médecins et des pharmaciennes autour de cette nouvelle division

du travail. Cette socialisation tactique place les pharmaciennes face à une double contrainte : il s'agit pour elles et eux de montrer l'intérêt de leurs activités pour les médecins, sans pour autant être réduites au simple rôle de prestataires de service.

- 22 Lorsque leur rôle de conseil est identifié par les médecins, les pharmaciennes sont parfois contactées directement pour répondre à des demandes précises. Celles-ci concernent souvent des recherches bibliographiques sur des cas particuliers, économisant aux médecins un temps précieux de revue de littérature. Mais les services demandés ne sont pas toujours jugés pertinents par les pharmaciennes, notamment lorsque la requête provient de prescripteurs dont iels remettent en cause les compétences techniques :

De retour de sa matinée de stage, l'externe en immersion dans l'un des pavillons couverts par la pharmacie clinique « débriefe » ses observations avec le pharmacien senior (pharmacien 2) qui l'encadre. Ce matin, un psychiatre lui a demandé de réaliser un historique médicamenteux pour une patiente du service qui présenterait une biorésistance. Le pharmacien senior l'interrompt : « Attention, il faut éviter de parler trop vite de biorésistance ! La résistance, c'est quand tous les traitements ont été essayés dans le cadre des bonnes pratiques ! Et ça n'est presque jamais le cas ! [...] Demain tu pourras en rediscuter avec le psychiatre, essayer d'affiner sa demande ? » (Journal de terrain, octobre 2018).

- 23 Dans cette situation, les réserves du pharmacien portent sur la capacité de certains psychiatres à respecter les bonnes pratiques en matière de prescription. Il entend préserver la pharmacie — et l'externe — d'un travail qu'il juge inutile et surtout très chronophage. De plus, il s'agit pour le pharmacien de faire valoir, auprès des externes d'abord, des prescripteurs ensuite, la définition pharmacienne de la « biorésistance », différente de l'acception qu'en auraient les médecins. Il invite ainsi également l'externe à repenser les termes de la division du travail entre professionnel·les, pour passer d'une relation de prestation à un partenariat qui reconnaisse l'expertise des pharmaciennes.

2.2. Euphémiser le contrôle autour de l'ordonnance avec tact et déférence

- 24 Au-delà de l'indifférence ou de l'instrumentalisation, le risque principal encouru par les pharmaciennes dans le déploiement des activités de pharmacie clinique réside dans la conflictualité que leur intrusion pourrait engendrer dans les relations interprofessionnelles. Cette conflictualité existait déjà dans les relations entre les médecins et les pharmaciennes autour du contrôle de l'ordonnance, qui relève des prérogatives légales des pharmaciennes (Barraud de Lagerie, 2004 ; Nouguez, 2009). Pour minimiser ces risques inhérents au déploiement de la pharmacie clinique, les pharmaciennes mobilisent le registre diplomatique « du tact et de la déférence » déjà identifié par les recherches sur les relations entre les professions paramédicales et les médecins (Barley, 1986 ; Mesler, 1989 ; Allen, 1997).
- 25 Ce tact ressort tout particulièrement dans les activités de contrôle des ordonnances, qu'il s'agisse de la conciliation médicamenteuse d'entrée ou de l'analyse avancée d'ordonnance. Grâce à la mobilisation d'informations cliniques, les pharmaciennes sont en position d'émettre des recommandations sur la stratégie thérapeutique engagée, ce qu'iels désignent comme des *interventions pharmaceutiques*. Ces interventions peuvent être source de tensions importantes, dès lors qu'elles semblent mettre en cause la liberté de prescription ou la compétence du médecin :

« C'est vrai que certains psychiatres peuvent mal réagir, parfois. Ils n'ont pas l'habitude d'être soumis à des protocoles, à des réglementations. Ils acceptent mal quand on leur dit : "Non, vous ne pouvez pas faire ça !". [...] Alors évidemment, les pharmaciens, on passe pour des gens rigides, mais c'est pas ça ! » (Pharmacienne 4, assistante, 25-30 ans, septembre 2018).

- 26 Conscient·es des tensions que provoque cette surveillance des ordonnances, les pharmaciennes déploient d'importants efforts pour changer les pratiques de prescription sans « braquer » les psychiatres. Les pharmaciennes déterminent ainsi avec soin le mode de transmission de leur commentaire parmi une variété de canaux de transmission possibles. La voie la plus souvent empruntée est celle du logiciel de prescription dématérialisée, dans lequel les médecins inscrivent les traitements de chaque patient·e en vue de leur dispensation par la pharmacie centrale. Lorsqu'ils écrivent des commentaires dans le logiciel de prescription, les pharmaciennes les enrobent de formules de politesse (par exemple : « Bonjour, merci de revoir la posologie de tel médicament, cdlt »), tandis que les réponses des médecins sont généralement bien plus lapidaires (« ok », « vu ») voire absentes. Dans le cas d'une prescription qui ne respecte pas les indications du médicament ou les recommandations de bonne pratique, des formules types reviennent régulièrement : « La posologie recommandée pour tel médicament est la suivante [...]. Vous avez prescrit une autre posologie, confirmez-vous ? ». Cet usage des « appuis conventionnels » (Dodier, 1993) que sont les consignes de prescription fournies par les laboratoires fabricants et les recommandations professionnelles permet d'euphémiser et de dépersonnaliser l'accusation de *mauvaise prescription*. La demande de *confirmation* par le ou la médecin permet d'attirer l'attention du prescripteur sur l'anomalie d'une ligne thérapeutique, tout en amoindrissant l'effet de rappel à l'ordre effectué par le ou la pharmacienne. La question « confirmez-vous ? » permet de dissocier l'*autonomie de réflexion*, dans laquelle les pharmaciennes proposent d'accompagner les prescripteurs, de l'*autonomie de décision* (Champy, 2009), qui demeure intacte à la fin du processus de prescription. C'est en quelque sorte ce qu'illustre cette psychiatre dans l'extrait d'entretien suivant :

« Psychiatre 2 : Avec la Clozapine, ils nous font faire des dosages régulièrement de Clozapine dans le sang. Il y a une zone dite "thérapeutique" qui est définie par le laboratoire, en général. Donc, on dépassait la zone thérapeutique avec la dose qu'on avait, mais on savait qu'en dessous de cette dose-là, la symptomatologie revenait. Donc, on a maintenu notre dose malgré le dosage. Effectivement, le pharmacien sur le coup était un peu outré, mais bon, il a fini par admettre que, cliniquement...

— Enquêtrice : Dans ce cas, il refuse l'ordonnance ?

— Psychiatre : Non, non, il ne refuse pas. Non, il nous le signale, il vient discuter avec nous. Il nous fournit la littérature éventuellement.

— Enquêtrice : Il essaye de vous convaincre.

— Psychiatre : Oui, il essaye de nous convaincre, c'est bien d'ailleurs. Mais ça s'arrête là » (Psychiatre 2, cheffe de service, 55-60 ans, décembre 2018).

- 27 La psychiatre décrit ici les étapes de la stratégie diplomatique des pharmaciennes : signaler l'anomalie sans pour autant refuser la dispensation du traitement, échanger sur le cas particulier avec le ou la psychiatre qui a prescrit et mettre à sa disposition les preuves scientifiques qui justifient l'avis pharmaceutique. Cette démarche est acceptable pour la psychiatre puisqu'elle n'aboutit pas à une injonction à changer le traitement, sauvegardant ainsi l'autonomie de décision du médecin.

- 28 Les pharmaciennes sont également particulièrement attentives et attentifs à respecter les hiérarchies des deux groupes professionnels pour éviter, par exemple, que les prescriptions d'une médecin senior ne soient mises en cause par une jeune externe ou interne en pharmacie. Un pharmacien explique en entretien à ce sujet que les étudiant-es se montrent parfois trop offensifs ou offensives envers les médecins :
- « Quand ils vont voir les médecins en service pour leur dire de changer les prescriptions, bah... ça *clash*e un peu. J'ai déjà reçu des coups de fil de médecins qui me disent : "Là, ton externe ou ton interne, il ne rentre plus dans mon service" » (Pharmacien 2, septembre 2018).
- 29 Pour limiter ces risques de conflits, la formation délivrée aux internes et externes qui rejoignent (temporairement) le pôle de pharmacie place en son cœur l'enseignement de cet ethos diplomatique, fait de tact et de déférence.
- L'assistante (pharmacienne 4) explique aux externes : « Il faut faire attention, certains messages peuvent être mal pris, voire même enflammer les rapports avec les médecins. Il est nécessaire parfois de le faire de vive voix, au moment des staffs cliniques. [...] Surtout, dans toutes les interactions, faites bien attention de ne pas vous positionner en donneur de leçon ! » (Journal de terrain, octobre 2018).
- 30 Sur le terrain, on observe en effet que la transmission des règles de communication et de *savoir-être* des pharmaciennes envers les médecins fait partie intégrante de la formation délivrée aux étudiant-es-stagiaires du pôle pharmacie, démontrant la centralité de cette compétence dans le déploiement des activités de pharmacie clinique.

2.3. Se glisser dans les interstices des activités formelles

- 31 Ces deux dimensions de « service sur mesure » et de « tact et déférence » impliquent la troisième dimension de cette diplomatie interactionnelle, qui consiste en un appui sur les relations informelles et personnelles. En se glissant dans les interstices de l'activité des équipes de soin et en nouant des liens de proximité avec les médecins et les infirmier-es, les pharmaciennes peuvent en effet mieux adapter leur rôle au degré d'ouverture d'une médecin et à ses attentes et atténuer les possibles tensions liées à leur intervention sur la prescription.
- 32 Une part importante des activités de pharmacie clinique se déploie ainsi dans les interstices informels des activités de travail, par exemple par des échanges à l'occasion des repas au *self*, des pauses dans l'activité ou des gardes de nuit. Ces moments informels se caractérisent principalement par un effacement relatif des statuts et par des échanges plus décontractés que lors des réunions qui rythment la vie des services (transmissions, staff, etc.) où les identités statutaires sont davantage mises en scène. Le recours à des échanges de face à face dans les couloirs ou les bureaux permet également d'affaiblir le potentiel conflictuel des remarques inscrites par les pharmaciennes sur le logiciel de prescription, en particulier lorsqu'elles concernent une mise en cause majeure de la pertinence de la prescription. Nous avons pu observer ce « contournement » du logiciel lorsqu'une pharmacienne, qui nous en expliquait le fonctionnement, a constaté un problème avec une prescription, et a commencé par décrocher son combiné, avant d'aller voir dans le couloir si le psychiatre concerné n'était pas dans son bureau, situé à proximité :
- « Je vais les voir. Les médecins sont hyper durs à avoir par téléphone, je vais dans le service. L'avantage, c'est que les bureaux de [tel service] sont juste à côté » (Pharmacienne 4, juillet 2018).

- 33 Ce recours à des interactions de face à face permet aux pharmaciennes de clarifier les tenants et les aboutissants de cette prescription et de s'assurer que le médecin prenne en compte leurs commentaires, tout en évitant une mise en cause écrite et plus impersonnelle de la prescription. Le caractère informel de l'échange et l'usage du métalangage permettent de désamorcer en partie l'effet de jugement négatif impliqué par leur intervention, tout en contribuant à nouer des relations personnelles avec leurs interlocuteurs. Les médecins affirment, en entretien, être sensibles à cet égard pris par les pharmaciennes, qui facilite leur coopération :
- « Oui, c'est plus dans les échanges informels de couloir. Tant qu'on avait un pharmacien ici présent, il était au bout du couloir, on lui demandait conseil assez fréquemment sur les interactions, quand il y a des choses un peu plus pointues. C'était une source très précieuse, même » (Psychiatre 2, décembre 2018).
- 34 En se déplaçant pour rencontrer directement le prescripteur, le pharmacien lui offre également la possibilité de modifier sa prescription en évitant que la trace du changement n'apparaisse sur le logiciel. Notons toutefois que si les pharmaciennes préfèrent parfois passer par l'informel plutôt que d'écrire un message sur le logiciel d'aide à la prescription, ils ne peuvent avoir recours à cette stratégie de manière systématique ou trop régulière puisque la compilation des messages envoyés sur le logiciel permet au pôle de pharmacie de décompter et de valoriser dans son rapport d'activité annuel le nombre d'interventions pharmaceutiques effectuées (voir *infra*).
- 35 Enfin, le cas évoqué précédemment met en lumière l'importance des relations personnelles dans le déploiement de la pharmacie clinique. Ainsi, les pharmaciennes reconnaissent avoir tendance à produire des commentaires plus fournis ou à proposer une modification plus poussée de la stratégie thérapeutique aux prescripteurs avec lesquels ils ont l'habitude de travailler, suivant une logique d'appariement classique dans les réseaux de soins (Bergeron et Castel, 2010). Réciproquement, le « recrutement » de nouveaux prescripteurs réceptifs aux activités de pharmacie clinique s'effectue surtout en montrant, en acte, aux médecins l'intérêt de l'expertise pharmaceutique sur leurs stratégies thérapeutiques, à l'occasion par exemple de la gestion d'une situation complexe (Lancelevée *et al.*, 2024).
- 36 Reposant donc sur des stratégies de socialisation tactique, de tact et de déférence et jouant des relations informelles et interpersonnelles nouées avec les médecins, la diplomatie interactionnelle mise en œuvre apparaît comme un ingrédient majeur du déploiement de la pharmacie clinique, comme le notait déjà Mark Mesler (1989) dans le cas américain. Mais elle ne constitue qu'une des dimensions du travail d'institutionnalisation des activités de pharmacie clinique déployé par les pharmaciennes, car elle reste dépendante des relations personnelles nouées entre les professionnel·les. Or, les équipes sont confrontées à un important *turn-over* des professionnel·les, tout particulièrement au sein des équipes pharmaceutiques. Le départ d'un pharmacien responsable de l'une des structures d'hospitalisation a ainsi largement mis à mal l'écologie des relations qu'il avait nouées avec les équipes de soin et a conduit à un recul des activités de pharmacie clinique dans ce pôle. De plus, une part importante des activités de pharmacie clinique repose sur les externes et internes en pharmacie qui ne restent respectivement que trois et six mois en stage dans la structure. Pour pérenniser les activités de pharmacie clinique, les pharmaciennes à la tête du pôle de pharmacie ont donc cherché à accompagner et encadrer cette diplomatie interactionnelle, ou déploiement par le bas, par une diplomatie

institutionnelle, ou déploiement par le haut, qui vise à agir sur le cadre institutionnel des activités médicales et pharmaceutiques.

3. Une diplomatie institutionnelle : déployer la pharmacie clinique dans les dispositifs organisationnels

- 37 En suivant l'activité des pharmaciennes, nous nous sommes intéressées, par-delà leurs interventions et interactions dans les services, à leur participation à une série de dispositifs organisationnels. L'attention à la dimension d'« ordre négocié » développée par Anselm Strauss et son équipe (Strauss *et al.*, 1963 ; Strauss, 1992) ne doit en effet pas conduire à se centrer exclusivement sur les modalités de négociation quotidiennes au détriment des conditions d'ordonnement de l'ordre local (Champy, 2009, chapitre 2), sur laquelle les pharmaciennes se sont également efforcées d'agir. Nous proposons ainsi de considérer le travail de diplomatie institutionnelle, c'est-à-dire les stratégies de déplacement et de reconfiguration des frontières qui se déploient également à un niveau institutionnel, dans des dispositifs sociotechniques de cadrage des interactions ou encore dans des instances de gouvernance de l'organisation hospitalière. À l'instar des « médecins organisateurs » étudiés par Patrick Castel (2022), le chef du pôle de pharmacie (pharmacien 1) agit en *pharmacien-organisateur*, en cherchant stratégiquement à déployer les membres de son équipe en dehors de la pharmacie — dans les services, auprès des patientes et des équipes de soins, dans l'espace administratif, et plus largement dans le paramétrage des outils de prescription.

3.1. Établir une juridiction partagée : investir l'espace de la clinique

- 38 La pharmacie clinique constitue, on l'a dit, un déplacement vers la clinique, c'est-à-dire, étymologiquement, vers le lit du patient (*clinê*). Concrètement, il s'agit d'aller vers les services de soins ou, *a minima*, vers les informations relatives à l'état clinique des patientes. Ce déplacement, indispensable aux activités de pharmacie clinique, est soumis à l'approbation des psychiatres, *gatekeepers* du territoire de la clinique dans leurs services. La négociation nécessaire pour accéder à ces territoires révèle en effet, à l'image des autorisations successives que doivent obtenir les chercheurs et chercheuses pour accéder à leur terrain, les « lignes d'autorité qui structurent [ce dernier] » (Darmon, 2005, p. 99).
- 39 Le chef de pôle de la pharmacie s'évertue ainsi à identifier les services de psychiatrie qui pourraient accueillir favorablement les activités de pharmacie clinique. L'engagement de ces services est formalisé par la signature de « contrats inter-pôles », des contrats bipartites rédigés par le pôle de pharmacie et co-signés avec les services de soin. Ces contrats préparent le déploiement des activités de pharmacie clinique et autorisent formellement l'accès des pharmaciennes aux espaces de soin et aux échanges entre professions médicales et paramédicales au sein des réunions auxquelles ils ne sont traditionnellement pas invités : « transmissions infirmières », « réunions cliniques » quotidiennes et « staffs » hebdomadaires. L'un des enjeux pour la pharmacie est d'obtenir un droit de participation dans les lieux où se discutent les situations individuelles, afin de pouvoir intervenir directement sur les stratégies thérapeutiques. Également, et comme souvent dans les processus de contractualisation (Berrivin et

Musselin, 1996 ; Gaudin, 2007), l'espace-temps de la négociation est crucial pour la pharmacie, puisqu'au-delà de la signature des accords, il offre aux pharmaciennes l'opportunité d'échanger avec les professionnelles d'un service de psychiatrie en leur présentant leurs activités pour rechercher leur soutien. Il s'agit enfin, par ces contrats, de formaliser des activités dont la définition légale est imprécise et de leur donner un cadre administratif.

40 Concrètement, sur le site « historique » de l'hôpital qui compte environ 400 lits, ces activités sont déployées, au moment de l'enquête, dans deux des six services de psychiatrie générale, ainsi que dans deux services spécifiques : l'unité pour malades difficiles (UMD), évoquée précédemment, et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)⁴¹. Le second site de cet hôpital, établi dans une ville voisine, abrite aujourd'hui un peu plus de 100 lits. Comme nous l'avons mentionné plus haut, sa création a constitué une fenêtre d'opportunité pour l'implication du pôle de pharmacie dans la préparation du projet thérapeutique, organisationnel et architectural de ce nouveau lieu. La PUI a ainsi été installée au deuxième étage du bâtiment — et non en dehors ou au sous-sol comme cela est fréquent dans les bâtiments hospitaliers —, ce qui permet des interactions quotidiennes entre l'équipe de la pharmacie et les soignantes de ce pôle dont tous les services sont « couverts » par la pharmacie clinique.

41 Cette délimitation spatiale entre services « couverts » et services « non couverts » par la pharmacie clinique a pour conséquence de cadrer de façon implicite les efforts de socialisation tactique décrits plus haut :

Attablée dans la petite cantine des médecins et des pharmaciennes de l'hôpital, une partie de l'équipe de pharmacie déjeune. Une psychiatre s'installe à la table et se présente. Elle est arrivée il y a quelques mois dans l'établissement. Profitant des échanges suivant une présentation d'un pharmacien (pharmacien 3) sur la résistance thérapeutique, elle évoque le cas d'un patient « qui est en phase maniaque et qui ne redescend pas, alors qu'il a un traitement lourd avec des neuroleptiques et des thymorégulateurs ». Le pharmacien présent (pharmacien 2) répond de façon laconique que « l'empilement des traitements n'aide pas toujours à discerner leur effet propre », comme s'il cherchait à esquiver la discussion. Il ne se renseigne ni sur le détail des traitements ni sur le nom du patient et ne propose pas d'intervention pharmaceutique. Sur le chemin du retour, il explique : « Je ne connais pas cette psychiatre, elle a l'air bien, mais elle est tombée dans un service dans lequel il n'y a aucune adhésion à la pharmacie clinique et globalement pas de contact avec nous. Moi je n'ai pas le temps de créer de nouveaux partenariats — surtout pas en ce moment ! » (Journal de terrain, juin 2019).

42 Au cours de cet échange, la déférence habituelle se mue en un agacement larvé, bien peu conforme à la diplomatie interactionnelle décrite dans la première partie. Loin de saisir la demande de la psychiatre comme une opportunité d'expansion de la pharmacie clinique, le pharmacien botte en touche pour éviter de disperser les efforts d'une équipe qui fonctionne avec des ressources limitées et incertaines et fait face à un important *turnover*. Plutôt que de répondre au gré des demandes ponctuelles des prescripteurs, il s'agit donc de concentrer les interventions sur certains services, quitte à contribuer de la sorte à l'accroissement des inégalités de prise en charge entre secteurs de psychiatrie, problématique récurrente de l'organisation des soins de santé mentale (Coldefy et Gandré, 2020). Il s'agit également de mettre en évidence, par la négative, les apports de la pharmacie clinique et la nécessité d'associer les moyens — par la création de postes notamment — pour son déploiement plus large.

- 43 Pour faire exister cette juridiction partagée que la pharmacie clinique appelle de ses vœux, il faut donc faire œuvre de diplomatie dans la négociation d'un accès à l'information et à la décision, tout en délimitant l'espace-temps d'intervention pour ne pas disperser ses forces. Cela permet de concentrer les efforts des pharmaciennes au sein d'espaces délimités, dans lesquels le niveau des prestations peut se stabiliser tandis que s'affine l'interconnaissance des équipes et la compréhension clinique des situations.
- 44 C'est au sein de ces espaces que les interventions pharmaceutiques sont les plus conséquentes. Elles peuvent aller jusqu'à l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) lorsqu'un ou plusieurs prescripteurs semblent confrontés à une situation « d'impasse décisionnelle » et qu'ils ne savent plus quoi prescrire à une patiente pour améliorer son état psychique sans dégrader son état de santé général. Bien que ces RCP reprennent un format de collaboration déjà institutionnalisé dans de nombreux services hospitaliers, notamment en cancérologie (Derbez et Haggège, 2022), elles innovent par le fait qu'elles ne concernent pas exclusivement les médecins (spécialistes et généralistes) mais qu'elles sont un moyen pour les pharmaciennes de s'insérer dans ces échanges comme expertes (de la pharmacologie) et partenaires des délibérations collectives, même si le dernier mot revient *in fine* à la ou au psychiatre traitant. À ce titre, elles s'inspirent également des réunions de concertation pluriprofessionnelles qui se sont développées ces dernières années dans le secteur ambulatoire et qui visent à coordonner les différentes professions médicales et médico-sociales autour de la prise en charge d'une patiente. Comme l'ont souligné les chercheurs et chercheuses qui ont travaillé sur ces dispositifs pluriprofessionnels, l'égalité formelle recherchée se heurte dans les faits aux hiérarchies statutaires, qu'il s'agisse de mobiliser les médecins pour participer aux réunions ou de faire valoir l'expertise des professions paramédicales dans les délibérations (Hénaut, 2019 ; Ramond-Roquin *et al.*, 2020). Bien qu'un très faible nombre de ces réunions aient été organisées au moment de notre enquête, le chef du pôle de pharmacie souhaitait les systématiser en les appliquant aux cas complexes identifiés dans les réunions de staff.

3.2. Encadrer les pratiques à distance : paramétrages sociotechniques et soft power institutionnel

- 45 Au-delà de l'accès à l'espace de la clinique qui permet d'affiner l'expertise du pharmacien ou de la pharmacienne et de modifier son rôle dans la division du travail, d'autres stratégies sont déployées pour renforcer et stabiliser cette influence au niveau de l'organisation hospitalière en encadrant en amont les pratiques de prescription.
- 46 Chargées d'animer le Comité du médicament (le Comedim), une instance qui réunit principalement des médecins et des pharmaciennes autour de la pharmacovigilance et de la gestion du livret du médicament (c'est-à-dire la liste des traitements accessibles dans cet hôpital), les pharmaciennes saisissent cette réunion institutionnelle pour mettre en scène l'alliance entre pharmaciennes et psychiatres :

Le chef de pôle de la pharmacie (pharmacien 1) a mis au programme du Comedim l'introduction d'une nouvelle gamme de Baclofène, utilisé pour le traitement de la dépendance à l'alcool, au livret du médicament. Il commence par présenter les caractéristiques pharmacologiques et l'histoire de ce traitement, longtemps utilisé en dehors des indications officielles de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Il en profite pour saluer avec beaucoup de déférence le travail d'un psychiatre du

centre hospitalier (psychiatre 3, 60-65 ans, chef de service), qui a ouvert l'une des premières consultations « Baclofène » :

« Nous, à [nom de l'hôpital], on n'a rien contre l'utilisation de traitements hors AMM, car je vous rappelle que ça a souvent été le moyen de découvrir de nouveaux traitements en psychiatrie ».

Il donne ensuite la parole au psychiatre, qui revient sur les études réalisées pour mettre en évidence l'efficacité et la supériorité du Baclofène pour le traitement de l'alcoolisme. Les deux hommes échangent sur les effets secondaires du traitement avant de faire voter l'assemblée : l'introduction de la nouvelle gamme est admise (Journal de terrain, décembre 2018).

- 47 L'intervention croisée d'un pharmacien et d'un psychiatre tout autant que l'utilisation d'un « nous » regroupant l'ensemble de la communauté (pharmacienne et médicale) de l'hôpital témoigne de la volonté de faire exister cette coopération renforcée entre pharmaciennes et médecins.
- 48 En fixant la liste des produits inscrits au livret du médicament, le Comedim joue un rôle non négligeable d'encadrement des pratiques de prescription. Mais ce rôle est encore plus flagrant lorsqu'on se penche sur un outil sociotechnique particulièrement crucial pour le travail hospitalier : le logiciel d'aide à la prescription. Ce logiciel constitue un outil de travail incontournable pour les acteurs impliqués dans la chaîne du médicament puisqu'il s'agit de l'interface qui articule les activités de prescription (médecins), de dispensation (préparateurs et préparatrices, pharmaciennes) et d'administration des traitements (infirmières).

Lorsque nous débutons les observations de terrain, l'établissement est en train de changer de logiciel. Une pharmacienne de l'équipe (pharmacienne 5, senior, 40-45 ans) participe au groupe projet chargé de piloter la migration informatique. Formée au rôle d'administratrice du logiciel au même titre que quelques médecins, elle répond aux demandes des prescripteurs et assure leur formation. Cet après-midi, elle présente le logiciel à sept internes en psychiatrie. Elle les aide à prendre en main l'onglet « prescription » du logiciel et en profite pour glisser de nombreux conseils : « n'oubliez pas d'indiquer clairement la durée du traitement, c'est une recommandation du CLIN [Comité de lutte contre les infections nosocomiales] » ; « je vous rappelle qu'un traitement antibiotique se réévalue sous 48 à 72 heures » ; « faites évidemment attention aux interactions médicamenteuses, par exemple vous savez que le Seroplex avec du Tercian ou de l'Atarax, c'est une contre-indication totale ». Elle ironise : « Vous pouvez laisser des messages au pharmacien via le logiciel [rires]. Enfin surtout, vous pouvez y répondre ! » (Journal de terrain, novembre 2018).

- 49 Profitant peut-être ici de son ascendant statutaire, la pharmacienne invite les jeunes prescripteurs à se conformer à diverses recommandations de bonnes pratiques. Mais le logiciel permet également de paramétrer l'environnement de travail des médecins en cadrant leurs choix. Grâce à des rappels automatisés, les normes de posologie s'affichent automatiquement sur l'écran lorsque les prescripteurs ne les respectent pas, obligeant ces derniers à confirmer leur décision de prescrire en dehors des recommandations. Nous avons pu observer les réticences vives que ces rappels suscitent chez les médecins parce qu'ils freinent leur travail et constituent un contrôle qu'ils jugent excessif, voire une atteinte à leur autonomie de prescription. Mais ces rappels illustrent très bien la stratégie d'intervention préventive des pharmaciennes sur les prescriptions.
- 50 Une autre intervention, mieux accueillie par les prescripteurs, consiste en la création de « protocoles de prescription ». Le logiciel d'aide à la prescription offre en effet la

possibilité d'automatiser un certain nombre de commandes. En juillet 2018, un pharmacien profitait du calme estival pour finaliser la constitution d'un « protocole sommeil » conçu dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui préconisait de remplacer la prescription d'hypnotiques par de la mélatonine (qui présente moins de risques de dépendance) à côté d'autres recommandations non médicamenteuses à destination des équipes soignantes dans les unités¹². La configuration de ce protocole consiste à créer un outil « clic-bouton » qui permet aux médecins de prescrire facilement ce traitement à l'aide d'une suggestion automatisée. Le travail de conception du protocole offre aux pharmaciennes une occasion tangible de collaborer activement avec les médecins et ainsi de faire (re)connaître leur action au sein de l'établissement. Leurs efforts d'information montrent que la modification des prescriptions médicamenteuses passe également par la formation des équipes soignantes. Les infirmier-es peuvent ainsi être placées en position d'allié objectif de la pharmacie en accomplissant les tâches recommandées par les pharmaciennes¹³ — alors que la hiérarchie hospitalière traditionnelle place *de facto* les infirmier-es sous la direction des médecins (Freidson, 1984 ; Mougeot, 2019). Enfin, la mise en place de protocoles automatisés permet aux pharmaciennes de « cadrer » les prescriptions des médecins sans avoir à intervenir directement et individuellement auprès d'eux (Callon, 1999), allant dans le sens d'un « gouvernement des conduites par les instruments » (Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Dubuisson-Quellier, 2016).

- 51 Les pharmaciennes expriment des réticences à l'idée de généraliser le recours aux protocoles automatisés pour un trop grand nombre d'actes de prescription :
- « Si on nous appelle pour savoir comment faire un *switch* [passage d'un traitement à un autre ou d'une forme orale à une forme injectable], on leur donne le protocole à suivre. Je sais qu'il y a des endroits où les pharmaciens intègrent dans les logiciels des modules pour faire des propositions au médecin [...]. Mais nous on ne fait pas ça, c'est pas l'idée. C'est le médecin qui prescrit » (Pharmacien 2, septembre 2018).
- 52 En rappelant que « c'est le médecin qui prescrit », le pharmacien témoigne de son souci de ne pas concurrencer l'autorité du médecin sur le choix de la stratégie thérapeutique et refuse dans le même temps de s'en voir déléguer la responsabilité. Ne pas tout « protocoliser » permet par ailleurs aux pharmaciennes de rester identifiées comme source de l'information distribuée et ainsi de ne pas voir leur propre expertise court-circuitée. Cet échange permet de préciser un paradoxe de la diplomatie institutionnelle lorsqu'elle investit les instruments : pour être bien acceptée, l'intervention ne doit pas être perçue comme un rappel à l'ordre et doit donc être discrète, mais elle doit également être perçue comme utile par les médecins et pouvoir être mise au crédit des pharmaciennes.

3.3. Élargir les horizons : promouvoir la pharmacie clinique au-delà des médecins

- 53 L'enjeu de l'approbation des médecins est capital pour les activités de pharmacie clinique, puisque ces professionnel·les conservent la main sur la décision de prescription et sont en outre les premier-es concernées par les réaménagements de l'ordre négocié que propose cette offre. Mais ce face-à-face présente quelques fragilités pour les pharmaciennes, car les médecins sont toujours susceptibles de compromettre l'accès aux espaces de la clinique, de ne pas reconnaître le travail de paramétrage réalisé ou encore de ne pas intégrer les conseils des pharmaciennes à leur pratique.

Une autre forme prise par la diplomatie institutionnelle a ainsi consisté pour les pharmaciennes à sortir de l'espace de la clinique pour légitimer leurs activités de pharmacie clinique dans des espaces plus larges sur lesquels les médecins ont moins de prise.

- 54 Les transformations des modes de gouvernement de l'activité psychiatrique hospitalière (Tartour, 2021) ont ouvert de nouveaux espaces d'action dans lesquels les pharmaciennes observées ont fortement investi. Répondant à la demande institutionnelle de production d'indicateurs de performance, l'équipe de pharmacie s'est ainsi affairée à optimiser le suivi des activités de pharmacie clinique en produisant et en faisant circuler auprès de la direction hospitalière un tableau de suivi agrégé des activités de pharmacie clinique dans lequel sont quantifiées les activités d'analyse d'ordonnances, de conciliations d'entrée et de sortie, de séances d'éducation thérapeutique, etc., par an et par service, réalisées par le pôle de pharmacie.
- 55 Cette opération de « *reporting* » vise tant à attester la quantité d'activités de pharmacie clinique déployées sur l'établissement qu'à insister sur la contribution des pharmaciennes à la « qualité des soins », domaine d'action publique en plein essor dans le champ de la santé mentale. Les pharmaciennes se présentent d'ailleurs comme les bonnes élèves de la « qualité des soins ». Iels investissent pour cela assidûment les différentes instances visant à améliorer et évaluer les pratiques professionnelles (revues de mortalité et de morbidité, retours d'expériences, évaluation des pratiques professionnelles, etc.) :

Dans le cadre d'une EPP, une pharmacienne (pharmacienne 4) et un psychiatre (psychiatre 4, 35-40 ans, chef de service) se retrouvent pour faire le point sur les prescriptions aux personnes âgées à l'échelle de l'établissement. Les ordonnances de toutes les patientes de 65 ans et plus hospitalisées au 31 juillet 2018 ont été analysées par une équipe composée d'un psychiatre, d'un médecin généraliste et de cinq pharmaciennes, à partir d'indicateurs construits sur la base des recommandations de la société française de gériatrie et de gérontologie. Les deux participantes à la réunion s'auto-congratulent : les plaquettes d'information conçues et distribuées dans l'établissement depuis 2016 semblent avoir eu un impact sur les pratiques de prescription. « Il y a environ deux lignes de prescription en moins par patient depuis 2016 », constate le psychiatre, qui note une diminution importante de la consommation d'hypnotiques, peu recommandés pour cette classe d'âge. « C'était un travail fastidieux mais c'est déjà pas mal d'avoir pu nettoyer un peu les ordonnances », se réjouit la pharmacienne (Journal de terrain, novembre 2018).

- 56 Cette évaluation des pratiques professionnelles, qui a été accompagnée par la publication d'une plaquette d'information, permettra à l'établissement de conserver sa note excellente (A) à la « certification personnes âgées » établie par la Haute Autorité de Santé. Bien que reposant sur un « travail fastidieux », tout particulièrement pour l'équipe de pharmacie qui porte bien souvent les initiatives relatives à la qualité des soins, il positionne les pharmaciennes dans un rôle de relais prescriptifs (Denis, 2007) des bonnes pratiques médicamenteuses auprès de l'administration hospitalière et des services de soins. Ces différentes activités de *reporting* sont autant d'occasions pour les pharmaciennes d'exercer sur l'écologie hospitalière un discret pouvoir d'influence, qui contribue à les rendre incontournables. Ce travail peut en outre être valorisé à travers des publications, comme le montre l'exemple d'un article qui propose d'« analyser l'activité de médecins hospitaliers pour concevoir la formation » (Grass *et al.*, 2007).

57 Le pouvoir d'influence se nourrit aussi des efforts importants pour occuper une place dans le paysage académique national. L'équipe de pharmacie entend ainsi contribuer à l'émergence d'une « identité professionnelle de pharmacien clinique » (Tanty *et al.*, 2021), en participant activement à la constitution d'un réseau national des équipes de pharmacie clinique en psychiatrie. Elle saisit les différents réseaux professionnels (comme par exemple le réseau « Psychiatrie Information Communication ») pour s'informer sur les initiatives développées ailleurs, mais également pour faire connaître le travail réalisé au sein de l'hôpital ; elle coordonne et rédige ainsi un dossier très complet sur la pharmacologie des neuroleptiques dans le cadre des troubles schizophréniques. Ce souci d'exister dans l'espace académique est également à l'origine de ce projet de recherche déposé avec des sociologues auprès de la FHF qui, au-delà de son intérêt académique, promeut l'hôpital psychiatrique (seul lauréat à ne pas être Centre Hospitalo-Universitaire) et son pôle de pharmacie comme un lieu d'innovation et de recherche mais renforce également la légitimité des interventions pharmaceutiques auprès des autres professionnel·les de l'hôpital.

4. Conclusion

58 Avec les activités de pharmacie clinique, les pharmacien·nes de l'hôpital psychiatrique étudié tentent d'ajouter au rôle traditionnel de *contrôleur* des prescriptions, censé éviter ou réparer les erreurs de prescription et assurer le bon fonctionnement du « circuit du médicament », un rôle nouveau de *partenaire* de la stratégie thérapeutique, s'appuyant d'une part sur leur expertise sur les traitements et d'autre part sur leur accès aux données cliniques pour conseiller les médecins dans leurs choix de traitement. Cet empiètement sur le territoire des prescripteurs s'accompagne d'une intense diplomatie interactionnelle et institutionnelle, deux niveaux qui se conditionnent l'un l'autre : pour que les interactions survivent à leurs acteurs, elles ont besoin de trouver un prolongement dans des règles institutionnelles ; pour que celles-ci s'actualisent dans la pratique, elles doivent être portées et incarnées par les acteurs. *Sans s'opposer* aux médecins, la pharmacie clinique *s'impose* ou plus exactement gagne lentement du terrain. Cette lenteur s'explique à la fois par le manque de ressources humaines et financières et par les précautions diplomatiques qui entourent ce déploiement.

59 Au-delà du cas des pharmacien·nes, la notion de diplomatie à la frontière que nous développons dans cet article constitue un modèle utile pour penser la façon dont des professions ou des segments professionnels dominés cherchent à s'inviter dans la juridiction de la profession dominante, sans remettre en cause ouvertement son autorité sur cette juridiction. Au sein du monde médical, les pharmacien·nes sont loin d'être les seul·es professionnel·les à tenter de s'inviter dans la juridiction de la profession dominante, et cette notion de diplomatie à la frontière apparaît intéressante pour penser les enjeux rencontrés par exemple par les professionnel·les de la qualité à l'hôpital, qui tentent d'enrôler les médecins dans leur démarche pour « rationaliser en douceur » les activités hospitalières (Bertillot, 2016). Les mêmes enjeux se dessinent pour les infirmier·es en pratique avancée (Suchier *et al.*, 2021 ; Divay et Jovic, 2022 ; Luan *et al.*, 2023) ou encore pour les sages-femmes (Borel, 2022 ; Jacques, 2022) dans leurs tentatives respectives de faire accepter et reconnaître de nouvelles compétences et responsabilités, sans toutefois se trouver piégées dans une nouvelle relation de

subordination et de dépendance vis-à-vis du « bon-vouloir » des médecins. À l'instar des pharmaciennes étudiées ici, ces professionnel·les disposent d'une marge diplomatique étroite : ils doivent trouver et maintenir un équilibre délicat entre les tensions que pourrait provoquer un empiétement affirmé sur le territoire des médecins et le risque d'être invisibles s'ils déploient leurs activités avec une trop grande discrétion.

- 60 Néanmoins, si cet article constitue une contribution au champ de recherche émergent sur les pratiques de coopération en santé (Denise *et al.*, 2022), il invite à ne pas en rester au niveau des relations de travail mais à analyser également le rôle des dispositifs institutionnels et du travail organisationnel (Castel, 2022) dans la mise en œuvre et la pérennisation de ces pratiques. Bien que ces dernières années aient vu se multiplier les injonctions à la pluriprofessionnalité et les revendications des professions paramédicales dans les contextes hospitaliers et ambulatoires, le degré et les modalités de redéfinition et de partage de ces juridictions semblent varier fortement en fonction des contextes. De ce point de vue, il serait intéressant de comparer les formes prises par cette diplomatie à la frontière dans différents services hospitaliers, mais également dans les réseaux de soin de ville ou les maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans ces négociations pour construire et pérenniser une nouvelle juridiction, les mots d'ordre des politiques contemporaines de santé — la nécessaire *coopération* visant, pour le bien du patient, à améliorer la *qualité des soins* à partir de recommandations de *bonnes pratiques* fondées sur des *preuves* — constituent autant d'appuis normatifs mobilisables pour remettre en cause ou déplacer des hiérarchies et ordres établis.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A., 1988, *The System of Professions: An Essay on the Expert Division of Labor*, University of Chicago Press, Chicago.

Allen, D., 1997, « The nursing-medical boundary: A negotiated order? », *Sociology of Health & Illness*, vol. 19, n° 4, p. 498-520.

Allet, B., Roux-Marson, C., Juste, M., Honoré, S., 2021, « Lexique de la Pharmacie Clinique », *Le Pharmacien hospitalier et clinicien*, vol. 56, n° 2, p. 119-123.

Allet, B., Juste, M., Mouchoux, C., Collomp, R., Pourrat, X., Varin, R., Honoré, S., 2019, « De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique », *Le Pharmacien hospitalier et clinicien*, vol. 54, n° 1, p. 56-63.

Barley, S. R., 1986, « Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments », *Administrative Science Quarterly*, vol. 31, n° 1, p. 78-108.

Barraud de Lagerie, P., 2004, « Le pharmacien d'officine et les prescriptions médicales. Réflexions autour d'une expertise », Mémoire pour l'obtention du DEA, Institut d'études politiques de Paris.

- Bergeron, H., Castel, P., 2010, « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, vol. 52, n° 4, p. 441-460.
- Berrivin, R., Musselin, C., 1996, « Les politiques de contractualisation entre centralisation et décentralisation : les cas de l'équipement et de l'enseignement supérieur », *Sociologie du travail*, vol. 38, n° 4, p. 575-596.
- Bertillot, H., 2016, « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur », *Sociologie du travail*, vol. 58, n° 3, p. 227-252.
- Bloch, M-A., Hénaut, L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris.
- Borel, M., 2022, « Impact du dispositif abortif médicamenteux dans le marché des services en orthogénie : renforcement des pratiques coopératives ou délégitimation du sale boulot pour les sages-femmes ? », in Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., Luneau, A. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Éditions de l'Irdes, Paris, p. 263-276.
- Callon, M., 1999, « La sociologie peut-elle enrichir l'analyse économique des externalités ? Essai sur la notion de cadrage-débordement », in Foray, D., Mairesse, J. (dir.), *Innovations et performances. Approches interdisciplinaires*, Éditions de l'EHESS, Paris, p. 399-431.
- Calop, J., Baudrant, M., Bedouch, P., Allenet, B., 2009, « La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux », *Pharmactuel*, n° 42, p. 34-39.
- Castel, P., 2022, « Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels », in Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., Luneau, A. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Éditions de l'Irdes, Paris, p. 339-352.
- Champy, F., 2009, *La sociologie des professions*, Presses universitaires de France, Paris.
- Coldefy, M., Gandré, C., 2020, *Atlas de la santé mentale en France*, Éditions de l'Irdes, Paris.
- Collectif Contrast, Eyraud, B., Velpy, L., Doron, C.-O., Lancelevée, C., Litzler, A., Protais, C., Saetta, S., 2015, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviante et société*, vol. 39, n° 4, p. 429-453.
- Cresson, G., Drulhe, M., Schweyer, F-X. (dir.), 2003, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Éditions de l'École nationale de la santé publique, Rennes.
- Darmon, M., 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, n° 58, p. 98-112.
- Denis, J., 2007, « La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail », *Sociologie du travail*, vol. 49, n° 4, p. 496-513.
- Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., Luneau, A. (dir.), 2022, *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Éditions de l'Irdes, Paris.
- Derbez, B., Hagège, M., 2022, « "Est-ce que tu ferais ça à ta mère ?" Délibération, standardisation et décision médicale en réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie », *Sciences sociales et santé*, vol. 40, n° 2, p. 5-29.
- Divay, S., Jovic, L., 2022, « Infirmière en pratique avancée : une voie pour sortir de l'auxiliarat et aller vers la coopération ? », in Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., Luneau, A. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Éditions de l'Irdes, Paris, p. 221-236.

- Dodier, N., 1993, « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n° 62, p. 63-85.
- Dubuisson-Quellier, S., 2016, *Gouverner les conduites*, Presses de Sciences Po, Paris.
- Faure, O., 2021, « Les pharmaciens et le médicament », in Faure, O., *Aux marges de la médecine : Santé et souci de soi, France (XIXe siècle)*, Presses universitaires de Provence, Aix-en-Provence, p. 51-69.
- Freidson, E., 1984, *La Profession médicale*, Payot, Paris.
- Gaudin, J.-P., 2007, *Gouverner par contrat*, Deuxième édition, Presses de Sciences Po, Paris.
- Grass, A., Grangeat, M., Allenet, B., 2007, « Analyser l'activité de médecins hospitaliers pour concevoir la formation : le cas de la prescription de neuroleptiques », *Activités*, vol. 4, n° 1, en ligne : <https://journals.openedition.org/activites/1380>.
- Hénaut, L., 2019, « Le travail pluri-professionnel. Retour d'enquêtes sur la transformation des soins primaires en France et en Angleterre », in Bergeron, H., Moyal, A. (dir.), *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire Santé de Sciences Po*, p. 40-46, en ligne : <https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/quel-avenir-pour-lorganisation-des-soins-primaires-en-france-1.html>.
- Hughes, E. C., 1996 [1951] « Des erreurs dans le travail », in Hughes, E. C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Éditions de l'EHESS, p. 87-97.
- Jacqueline, S., 2006, « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Politix*, n° 73, p. 83-108.
- Jacques, B., 2022, « Élargissement des compétences des sages-femmes et reconfiguration des frontières professionnelles dans le champ du dépistage », in Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., Luneau, A. (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Éditions de l'Irdes, Paris, p. 277-288.
- Lancelevée, C., Moreau, D., Nouguez, E., Tartour, T., 2024, « Une décision collective ? Intervention des pharmaciennes et reconfigurations de la prescription en psychiatrie », in Castel, P., Chessel, M.-E. (dir.), *À la recherche de la décision : études de cas en sciences sociales*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, p. 101-118.
- Lascombes, P., Le Galès, P. (dir.), 2004, *Gouverner par les instruments*, Presses Science Po, Paris.
- Legrand, J., 2020, « L'incertitude psychiatrique. Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique », Thèse de doctorat, Université Paris 8.
- Luan, L., Fournier, C., Afrite, A., 2023, « Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile », *Questions d'économie de la santé*, n° 277, p. 1-8.
- Mesler, M. A., 1989, « Negotiated order and the clinical pharmacist: The ongoing process of structure », *Symbolic Interaction*, vol. 12, n° 1, p. 139-157.
- Mesler, M. A., 1991, « Boundary encroachment and task delegation: Clinical pharmacists on the medical team », *Sociology of Health & Illness*, vol. 13, n° 3, p. 310-331.
- Mougeot, F., 2019, *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Érès, Toulouse.
- Nouguez, É., 2009, « Le médicament générique et la relation de soin. Sociologie d'un quiproquo », *Sociologie du travail*, vol. 51, n° 1, p. 46-63.

- Ordre national des pharmaciens, 2018, « La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement », *Les Cahiers de l'ordre national des pharmaciens*, n° 13, décembre 2018.
- Ramond-Roquin, A., Allory, E., Fiquet, L., 2020, « La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 125-141.
- Schlegel, V., 2021, « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail*, vol. 63, n° 3, p. 1-25.
- Starr, P., 2017, *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Deuxième édition, Basic Books, New York.
- Strauss, A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R., Sabshin, M., 1963, « The Hospital and its Negotiated Order », in Freidson, E. (dir.), *The Hospital in Modern Society*, Free Press, New-York, p. 147-169.
- Suchier, M., Michel, L., Fournier, C., 2021, « Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires », *Questions d'économie de la santé*, n° 263, p. 1-9.
- Tanty, A., Dantigny, R., Bardet, J.-D., Chanoine, S., Bedouch, P., Allenet, B., 2021, « La pharmacie clinique hospitalière française : une crise identitaire ? », *Annales pharmaceutiques françaises*, vol. 79, n° 4, p. 431-439.
- Tartour, T., 2021, « L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980 », Thèse de doctorat, Institut d'études politiques de Paris.
- Van Effenterre, A., Azoulay, M., Briffault, X., Champion, F., 2012, « Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 88, n° 4, p. 305-313.

ANNEXES

Liste des sigles utilisés dans l'article

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales (instance nationale)

Comedim : Comité du médicament (instance interne à l'hôpital étudié)

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

FHF : Fédération hospitalière de France

PH : Praticien hospitalier

PUI : Pharmacie à usage intérieur

RCP : Réunion de concertation disciplinaire

SFPC : Société française de pharmacie clinique

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

NOTES

1. Nous utilisons l'écriture inclusive dans cet article portant sur des professions largement féminisées (pharmacien·nes, infirmier·es), mais conservons le terme générique « médecins », la forme féminine étant (encore) réservée à la désignation de la discipline et non à celle de la profession. Notons toutefois que la proportion de femmes psychiatres a dépassé en 2018 celle d'hommes psychiatres. Le groupe des « médecins psychiatres » dont il est question dans cet article est un groupe composé majoritairement de femmes. Lorsque l'usage du point médian n'est pas possible, nous dédoublons les termes ; c'est alors un accord de proximité qui est utilisé. Enfin, pour éviter d'alourdir trop le texte, quelques termes génériques se rapportant à des rôles plutôt qu'à des personnes et groupes professionnels sont conservés dans leur forme masculine usuelle, comme « les prescripteurs », « les promoteurs », « les acteurs » ou « nos interlocuteurs ».
2. Une hiérarchie propre au groupe professionnel des pharmacien·nes existe cependant avec les préparateurs et préparatrices en pharmacie qui exécutent les commandes validées par les pharmacien·nes.
3. Tous les sigles définis dans l'article sont définis à leur première occurrence. On en trouvera également la liste récapitulative en annexe.
4. Voir le site de la SFPC : https://sfpc.eu/groupe_de_travail_sfpc/.
5. Il est à noter qu'un groupe de travail s'intéresse plus spécifiquement au développement des activités de pharmacie clinique en officine, où de nouvelles missions de suivi des traitements ont été confiées aux pharmacien·nes par les pouvoirs publics depuis les années 2010.
6. Chef de service, février 2018.
7. Les historiques médicamenteux consistent à retracer l'historique des traitements pris par la patiente ou le patient avant son hospitalisation sur une durée longue, pour identifier d'éventuelles résistances et des alternatives thérapeutiques.
8. La conciliation médicamenteuse d'entrée consiste en une vérification de la continuité des traitements prescrits avant et pendant l'hospitalisation, *via* un entretien avec le patient ou la patiente et éventuellement l'appel de son médecin traitant, de sa pharmacie habituelle, etc., en s'assurant que tout changement de prescription est volontaire. L'enjeu principal consiste à ne pas laisser de côté un traitement nécessaire mais qui ne serait pas en rapport direct avec l'affection qui a amené la personne à l'hôpital. La conciliation médicamenteuse de sortie consiste à s'assurer que le traitement établi à l'hôpital est bien poursuivi en ville ; elle consiste à contacter les médecin et pharmacien·ne traitant·es pour vérifier qu'ils ont bien pris connaissance de la nouvelle ordonnance.
9. L'analyse d'ordonnance consiste à évaluer la prescription sur la base des effets indésirables et des interactions médicamenteuses, mais également, dans le cas de la pharmacie clinique, des données biologiques et cliniques contenues dans le dossier médical d'une patient·e.
10. Pharmacien 1, février 2018.
11. Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires et nécessitant une hospitalisation en psychiatrie (Collectif Contrast, 2015).
12. Éviter que les patient·es ne restent trop longtemps au lit dans la journée, mettre en place un environnement apaisant avant le coucher, retirer les écrans (ordinateurs, télévisions, téléphones) des chambres individuelles la nuit et proposer des tisanes de valériane (fournies par la pharmacie).
13. Des alliances initiées par des infirmières et infirmiers libéraux avec les pharmacien·nes pour agir sur la prescription médicale ont d'ailleurs pu être observées dans d'autres recherches (Vilbrod, 2003).

RÉSUMÉS

L'article a pour objet le déploiement d'activités dites de pharmacie clinique dans un établissement spécialisé en psychiatrie. Ces activités, qui visent l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions en favorisant l'intégration des pharmaciennes hospitalières au sein des équipes de soin, constituent un empiètement potentiel du territoire du pharmacien sur celui du médecin prescripteur. L'article montre comment les pharmaciennes accompagnent ce déploiement par des activités de diplomatie qu'elles mènent à la frontière de leur juridiction avec celle des médecins, et ce afin d'éviter d'éventuelles tensions et favoriser leur réception. Nous définissons cette diplomatie comme une manière de s'imposer dans les équipes de soin, en mettant en avant sa plus-value dans la décision clinique, sans s'opposer frontalement à la prééminence des médecins dans ces équipes, en déminant les sources potentielles de conflits de juridiction ou d'autorité. Nous montrons que cette diplomatie se déploie à la fois dans les interactions de face à face entre les professionnelles de santé et dans des dispositifs institutionnels qui encadrent et pérennisent ces activités.

The purpose of this article is to describe the implementation of clinical pharmacy activities in a psychiatric hospital. These activities, which aim to improve the quality and safety of prescriptions by encouraging the integration of hospital pharmacists into the healthcare teams, present a potential encroachment of the pharmacist's territory on the terrain of the prescribing physician. The article shows how pharmacists accompany this implementation through diplomatic activities at the boundary between their jurisdiction and that of physicians, in order to avoid possible tensions and to favour their reception. We define this diplomacy as a way of asserting oneself within the healthcare teams, by putting forward one's added value during the clinical decision-making, and avoiding any head-on confrontation with pre-eminence of the doctors in these teams, by defusing the potential sources of conflicts relating to jurisdiction or authority. We show that this diplomacy is played out both in the face-to-face interactions between healthcare professionals and in the institutional arrangements that frame and perpetuate these activities.

INDEX

Mots-clés : Pharmacie clinique, Psychiatrie, Médicaments, Médecins, Diplomatie, Luites juridictionnelles, Coopération professionnelle

Keywords : Clinical Pharmacy, Medical Doctors, Psychiatry, Medicines, Diplomacy, Cooperation, Jurisdictional Boundaries

AUTEURS

CAMILLE LANCELEVÉE

Laboratoire SAGE (UMR 7363 : CNRS et Université de Strasbourg)
5, allée du Général Rouvillois – CS 50008 – 67083 Strasbourg Cedex, France
lancelevee[at]unistra.fr

DELPHINE MOREAU

Laboratoire ARENES (UMR 6051 : Université de Rennes, EHESP, CNRS)
15, avenue du Professeur-Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes Cedex, France
delphine.moreau[at]ehesp.fr

ÉTIENNE NOUGUEZ

Centre de sociologie des organisations (UMR 7116 : CNRS et Sciences-Po)
1, Place Saint Thomas d'Aquin, 75007 Paris, France
etienne.nouguez[at]sciencespo.fr

TONYA TARTOUR

Centre Émile Durkheim (UMR 5116 : CNRS, Sciences Po Bordeaux, Université de Bordeaux)
11, allée Ausone, 33600 Pessac, France
t.tartour[at]sciencespobordeaux.fr