



HAL
open science

Une décision collective ? Intervention des pharmaciens et reconfigurations de la prescription en psychiatrie

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Etienne Nouguez, Tonya Tartour

► To cite this version:

Camille Lancelevée, Delphine Moreau, Etienne Nouguez, Tonya Tartour. Une décision collective ? Intervention des pharmaciens et reconfigurations de la prescription en psychiatrie. Patrick Castel, Marie-Emmanuelle Chessel (dir.). A la recherche de la décision : Etudes de cas en sciences sociales, Presses Universitaires du Septentrion, pp.101-118, 2024, Le regard sociologique, 9782757440926. hal-04692293

HAL Id: hal-04692293

<https://sciencespo.hal.science/hal-04692293v1>

Submitted on 9 Sep 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

Chapitre 5. Une décision collective ? Intervention des pharmaciens et reconfigurations de la prescription en psychiatrie

Camille Lancelevée

SAGE (UMR 7363), Université de Strasbourg

Delphine Moreau

ARENES (UMR 6051), Université de Rennes/EHESP

Étienne Nouguez

Sciences Po, Centre de sociologie des organisations (CSO), CNRS

Tonya Tartour

Centre Émile Durkheim, Sciences Po Bordeaux

Les sociologues ont longtemps considéré la prescription de médicaments comme la décision individuelle d'un médecin s'inscrivant dans le « colloque singulier » qui le lierait à son patient (Parsons, 1951) et consistant en trois opérations de diagnostic, d'inférence et de traitement (Abbott, 1988, p.40-52). En rupture avec cette représentation, des travaux socio-anthropologiques plus récents se sont attachés à décrire la prescription comme une activité complexe à *trois niveaux*. Une première complexité concerne la chaîne d'acteurs qui, au-delà du colloque singulier, sont susceptibles d'intervenir sur la prescription. Les entreprises pharmaceutiques et les assurances tentent d'influer en amont sur les choix des prescripteurs (Hauray *et al.*, 2021) tandis que les pharmaciens¹ peuvent être amenés en

¹Nous faisons le choix d'une écriture épïcène très ciblée pour que le lecteur garde à l'esprit que les professions de santé ont connu une forte féminisation au cours des

aval modifier la prescription voire s’y opposer (Nouguez, 2009). Les autres médecins peuvent prescrire, represcrire ou déprescrire des médicaments en amont ou en aval du médecin considéré (Duprat, 2021). Les infirmiers et les proches du patient, lorsqu’ils ont en charge l’administration du traitement, peuvent accommoder les termes de la prescription. Bien sûr, les patients eux-mêmes, dans les informations qu’ils donnent aux médecins, peuvent orienter la prescription et déterminer s’ils prennent ou non les traitements prescrits (Fainzang, 2001, 2002). Une deuxième complexité concerne précisément la pluralité des prescriptions qui s’inscrit à la fois dans l’espace de l’ordonnance, où se côtoient souvent de multiples médicaments, et dans le temps, dès lors que certains traitements présents sur l’ordonnance sont prescrits régulièrement depuis parfois plusieurs années quand d’autres font l’objet d’une initiation (Vega, 2012 ; Duprat, 2021). Enfin, le triptyque diagnostic/inférence/traitement décrit par Abbott (1988) dans son analyse des professions a été particulièrement discuté dans le cas de la prescription médicale, car il pose la question des savoirs et valeurs mobilisés par les médecins dans la prescription. De nombreuses recherches analysent ainsi la question des déterminants cognitifs et sociaux de la prescription ; elles montrent les tensions qui existent entre les routines de prescription,

dernières décennies. L’ordre national des pharmaciens indique ainsi au 1^{er} janvier 2021 une proportion de 68 % de pharmaciennes parmi les 73 830 professionnel·les exerçant en France, avec une augmentation de 4,3 % au cours de la dernière décennie. Majoritaires dans toutes les filières (officine, industrie, etc.), elles représentent plus de 70 % des pharmaciens exerçant en établissement de santé. Cette féminisation concerne l’ensemble des professionnels de santé. Pour ne pas abuser du point médian, nous n’ajoutons cette désinence de façon systématique que pour qualifier le corps des pharmaciennes.

l'expertise clinique revendiquée par les prescripteurs et la médecine des preuves mise en avant par les recommandations de bonne pratique (Castel et Robelet, 2009), et, sur un autre plan, entre les dimensions somatiques, psychiques et sociales dans le diagnostic et le traitement de la maladie (Loretti, 2019 ; Eberhart, 2021 ; Duprat, 2021). Ces différentes recherches invitent ainsi à repenser la prescription comme une chaîne complexe d'acteurs, d'enjeux, de dispositifs et de décisions, et à déplacer l'interrogation des déterminants de la prescription vers les modalités d'articulation au sein de cette chaîne complexe. Que se passe-t-il quand l'équilibre de cette articulation est modifié et que les places des acteurs changent ?

Nous investiguons cette question à partir d'une enquête réalisée dans un hôpital psychiatrique d'Île-de-France entre 2018 et 2019². Au moment de l'enquête, le pôle de pharmacie de cet hôpital proposait depuis un peu moins de dix ans des activités dites de « pharmacie clinique » à certains services de soin. La pharmacie clinique s'est développée autour d'un triple objectif : renforcer la place des pharmaciennes dans les équipes/services de soin ; améliorer la cohérence, la pertinence et la sécurité des prescriptions ; et enfin, favoriser la coordination des différents intervenants (à l'hôpital et en ville) dans la prescription, la dispensation et l'administration des traitements. Pour porter ce projet, les pharmaciennes ont déployé différentes activités et outils, visant à accéder à l'information sur les données cliniques (entretiens pharmaceutiques, participation aux staffs, accès au dossier patient), approfondir le contrôle des prescriptions (analyse d'ordonnance, conciliation

²Cette recherche a reçu un financement du fonds FHF dans le cadre de l'appel à projet « Innovation organisationnelle 2017 ».

médicamenteuse), outiller les décisions (bilans, historiques médicamenteux) et échanger avec les médecins (logiciels, formations communes, participation aux staffs, échanges informels...) ou avec les patients (entretiens pharmaceutiques, éducation thérapeutique du patient). Mais en dépit de ces efforts et d'un soutien institutionnel, les pharmaciennes peinent à devenir des membres de l'équipe de soin à part entière et le déploiement de la pharmacie clinique repose fortement sur les relations interpersonnelles qui se nouent entre certain·e·s pharmaciennes et certains psychiatres (Lancelevée *et al.*, 2022) – rendant dès lors l'investigation empirique tout autant délicate que nécessaire.

Dans ce chapitre, nous analysons plus particulièrement deux situations qualifiées de « cas complexes » par les pharmaciennes et qui sont révélatrices de leur ambition de participer à la stratégie thérapeutique et donc, *in fine*, à la décision de prescrire. Ces deux situations se caractérisent par des impasses tant du point de vue des prescripteurs (les traitements somatiques diminuant l'efficacité des traitements psychiatriques ou les traitements psychiatriques renforçant les effets indésirables somatiques) que du point de vue des deux patientes dont l'état de santé est fortement dégradé à la fois sur le plan psychique et somatique, et pour lesquelles un risque vital est évoqué à plusieurs reprises. Nous montrons, à travers l'analyse de ces cas, que ces situations constituent un moment privilégié pour la reconfiguration des positions et prérogatives des pharmaciennes dans la prescription – sans pour autant remettre en cause radicalement la division du travail de décision et les responsabilités associées. En mettant à disposition leur expertise pharmacologique, en mobilisant des outils de pharmacie clinique, en organisant des réunions de concertation pluri-professionnelles et en

proposant des scénarios ou des protocoles visant à reformuler la prescription, les pharmaciennes s'efforcent d'instaurer une nouvelle forme d'articulation entre prescriptions et prescripteurs qui permette à la fois de sortir de l'impasse décisionnelle et de renforcer leur position dans la stratégie thérapeutique (Bergeron et Castel, 2010). L'analyse de ces situations montre comment la reconfiguration des places des acteurs dans la décision s'articule à un déplacement du centre de gravité des enjeux (ici, renforcement du souci somatique par rapport à la crise psychique) et des modalités de la prise de décision (mobilisation de formes de coordination et d'outils d'appui à la décision).

Reconstruire un cas ethnographique pour restituer les multiples scènes de prescription

Les données analysées sont issues d'une enquête collective menée au sein d'un établissement spécialisé en santé mentale de la région parisienne. Nous y avons réalisé près de cent journées d'observation et mené quarante entretiens semi-directifs auprès des pharmaciennes et préparatrices, des médecins (psychiatres et généralistes), des infirmiers et des membres de la direction de l'établissement.

Cette présence prolongée sur le terrain s'est révélée particulièrement heuristique pour analyser les enjeux organisationnels de la participation des pharmaciennes à la prescription. Nous avons en effet commencé par suivre les membres de l'équipe de pharmacie (titulaires, internes et externes, préparatrices) dans leurs activités quotidiennes : analyse d'ordonnances, conciliation médicamenteuse, dispensation et distribution de traitements, participation aux réunions de staff, réalisation d'historiques

médicamenteux ou de revues de littérature, éducation thérapeutique du patient... Ces observations nous ont permis de saisir l'énergie déployée par l'équipe pharmaceutique pour s'insérer dans les décisions de prescription. Nous avons ainsi pu mettre au jour la stratégie d'institutionnalisation des activités de pharmacie clinique voulue par le chef de service de pharmacie – stratégie à laquelle participe de toute évidence l'ouverture de ce terrain à des sociologues. Après avoir relevé ces nombreux efforts, nous avons été très surpris de constater lors de nos observations dans les unités de soins et de nos entretiens avec les psychiatres, la relative invisibilité de ces activités. Tout se passait comme si les tentatives d'insertion des pharmaciens ne produisaient que peu voire pas de changements dans l'organisation et les activités des équipes de soin ; les deux équipes semblant agir parallèlement sur la prescription. Nous avons interprété ce hiatus comme le résultat d'une stratégie des pharmaciens que nous avons qualifiée de diplomatie aux frontières (Lancelevée et al., 2024) et qui consiste à s'imposer dans la stratégie thérapeutique sans s'opposer frontalement aux médecins.

Toutefois, à quelques occasions, les médecins et les pharmaciens sont visibles ensemble sur le terrain de la prescription, dans des situations où ils sont amenés à collaborer de près. En se focalisant sur deux cas précis, nous sommes parvenus à détailler les caractéristiques des situations dans lesquelles la collaboration interprofessionnelle est devenue possible et à identifier les enjeux qui se dégagent de cette ouverture du cercle de la décision. Les deux cas que nous analysons dans cet article nous ont particulièrement intéressés parce qu'ils constituent des moments où les pharmaciens se sont avancés le plus fortement sur le terrain de la

prescription et où les médecins ont accepté voire cherché à recueillir leurs conseils. La reconstruction de ces cas s'appuie principalement sur nos observations menées, y compris au sein des unités de soins, principalement aux côtés des pharmaciennes. À l'instar des pharmaciennes que nous suivions dans leurs pérégrinations, nous n'avons pas été en mesure d'interroger certains professionnels de santé « hors-scène » : la neurologue intervenant dans l'hôpital de manière ponctuelle, les professionnels d'un service de soins où a été transférée une de patientes pour une courte durée mais où n'avaient pas été déployées les activités de pharmacie clinique, ou encore des médecins et pharmaciennes suivant les deux patientes en ville. De même, nous n'avons eu que peu accès au point de vue des patients et à la place qu'ils ont dans les décisions de prescription. Nous avons assisté à des entretiens pharmaceutiques, consistant principalement à un recueil d'information sur leurs traitements, et à quelques consultations psychiatriques au sein des unités observées - mais aucune concernant Mme E. et Mme A. dont il sera question dans ce chapitre. En outre, il faut noter que leur perspective est peu évoquée dans les échanges entre pharmaciens et psychiatres auxquels nous avons assisté. Ainsi, cette ethnographie, nécessairement située, a révélé, dans un même mouvement, les enjeux et les limites organisationnels de l'intervention des pharmaciennes sur la prescription. Elle met en évidence la multiplicité des scènes de la décision de prescription, auxquelles tous les acteurs n'ont pas un égal accès.

Quand l'intervention des pharmaciens·nes met en cause la pertinence de la prescription

Le rôle d'un service de pharmacie hospitalière est de procéder, en plus de la gestion des stocks et de la sécurisation du circuit du médicament, à la lecture et à la validation de toutes les ordonnances rédigées par les médecins de l'hôpital. Cette activité très routinière et relativement invisible en général, dans l'établissement étudié comme ailleurs, permet néanmoins aux pharmaciens·nes de proposer quelques conseils sur les ordonnances concernant les posologies, l'administration, les précautions d'emploi et les mises en garde, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise de médicaments). La revue systématique de toutes les ordonnances constitue un lieu privilégié pour les pharmaciens·nes pour identifier les cas dans lesquels ils pourraient proposer leur expertise, comme la participation aux « staffs », *i. e.* les réunions des services d'hospitalisation. D'ordinaire, ils se contentent d'adresser des messages courts (par écrit, par téléphone ou en personne) aux prescripteurs pour s'insérer dans la décision de prescription (Lancelevée *et al.*, 2022), mais en cas de risque ou d'événement indésirable grave lié au médicament, les pharmaciens·nes s'autorisent à rompre leur routine discrète en intervenant plus nettement sur le devant de la scène de la décision.

Le cas de Mme E. : la sécurité de la prescription en question

Mme E. est décrite comme une « patiente fil rouge » ou une « mascotte de l'hôpital » par différents membres de l'équipe de soins³. À moins de trente ans, elle a déjà connu de très nombreux, et parfois longs, séjours d'hospitalisation, et quasi-systématiquement en soins sans consentement ; elle a notamment été hospitalisée au moins une fois en Unité pour Malades Difficiles (un type de service qui accueille des patients considérés comme dangereux ou problématiques en services ordinaires, dont une plus grande proportion qu'en unité ordinaire sont décrits comme « résistants » au traitement). Chaque année, Mme E. passe plusieurs mois à l'hôpital. Dans son dossier médical, il est noté qu'elle est « psychotique » et les symptômes cliniques rapportés sont, outre l'entente de voix, un comportement décrit comme « incontrôlable » qui la pousse à commettre des actes « auto » et « hétéro-agressifs » (il est rapporté qu'elle « tape dans les murs » notamment). Elle est suivie par le Dr P., un psychiatre d'une cinquantaine d'années, en poste à mi-temps dans l'établissement depuis longtemps. Il lui prescrit plusieurs antipsychotiques à dose modérée ainsi qu'au moins un anxiolytique.

Elle est sortie depuis une semaine de sa dernière hospitalisation lorsqu'elle est réintégrée à l'hôpital psychiatrique, dans son secteur de référence, à la

³Les patientes sont désignées par une voyelle et les professionnel-le-s par des consonnes, choisies aléatoirement. Cette patiente a été observée sur le terrain à plusieurs reprises, dans le service et dans la salle d'audience du Juge des Libertés et de la Détention.

suite d'actes de violence identifiés comme relevant d'une nouvelle crise psychique. Le médecin décide alors de la mettre en chambre d'isolement pendant plusieurs jours. Cette situation, apparemment récurrente pour cette patiente, connaît une évolution différente cette fois car survient une complication somatique. À la suite d'une tachycardie (augmentation anormale du rythme cardiaque) importante, elle est vue par un cardiologue extérieur à l'hôpital psychiatrique qui lui diagnostique une cardiomyopathie⁴ inquiétante qui pourrait à terme entraîner son décès. Cette pathologie cardiaque est un effet secondaire possible de la prise de médicaments : les neuroleptiques sont une classe de médicaments connue pour présenter ce risque – celui-ci est d'ailleurs systématiquement cité parmi la liste de leurs effets secondaires lors des formations aux externes en pharmacie que nous avons observées.

L'incertitude du psychiatre, Dr P., porte sur ce qu'il peut « *mettre* à la patiente » pour ne pas augmenter les risques cardiaques tout en poursuivant un traitement efficace de ses symptômes psychiques. La pharmacienne en charge des prescriptions du secteur est sollicitée sur cette question à plusieurs reprises. Elle l'informe des risques cardiaques encourus par la patiente qui contre-indiquent notamment l'un des neuroleptiques et, fait rare, bloque la dispensation de ce neuroleptique qu'il souhaite prescrire. Cette situation est très inhabituelle dans l'établissement. À l'exception des cas où l'erreur du prescripteur est manifeste et résulte probablement d'une faute d'inattention,

⁴La cardiomyopathie désigne une malformation du myocarde causant des dysfonctionnements du muscle cardiaque. Cette malformation peut être liée à différentes pathologies dont l'origine peut être intrinsèque (héritée à la naissance) ou, comme ici, extrinsèque (consécutif à une autre maladie ou à un traitement).

les pharmaciennes commentent ou interrogent généralement la ligne de prescription considérée comme problématique mais dispensent tout de même le médicament à l'unité demandeuse. Sur fond de ce désaccord avec le psychiatre, la pharmacienne consulte les membres seniors du pôle de pharmacie en rassemblant les informations et les échanges relatifs à ce cas dans un mail récapitulatif.

Le Dr P., de son côté, estime se trouver sans solution convenable pour traiter sa patiente en l'absence du neuroleptique dont la dispensation a été empêchée. Il fait contacter le chef de la pharmacie par un interne en psychiatrie, qui suit Mme E. de manière intermittente du fait de l'activité à mi-temps du Dr P., pour demander s'il est autorisé à prescrire un autre neuroleptique⁵. Le chef de la pharmacie invite alors le pharmacologue⁶ de son service, détenteur d'une forte légitimité liée à son expertise, à proposer l'organisation d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour démêler cette situation d'indécision en présence des professionnels concernés.

La réunion a lieu la semaine suivante en présence du pharmacologue, d'un pharmacien, du psychiatre référent Dr P. et de l'interne en psychiatrie, ainsi que d'un interne de médecine générale. À l'issue de la RCP, il est décidé

5S'entremêlent ici des niveaux de hiérarchies croisées, à la fois inter- et intra-professionnelles ; ainsi que des éléments d'ordre organisationnel (temps de travail réduit du psychiatre référent) qui ajoutent à la complexité pharmaceutique une complexité organisationnelle, du point de vue des acteurs et des chercheurs qui cherchent à reconstruire le cas *a posteriori*.

6Un pharmacologue est un médecin ou un pharmacien (dans le cas considéré) spécialisé dans l'étude des effets de molécules chimiques sur les organismes.

d'introduire progressivement un neuroleptique dit de deuxième génération et présentant le moins de risques possibles avec une affection cardiaque, après un temps d'arrêt de tous les traitements neuroleptiques précédents où seule une faible dose d'anxiolytique est conservée.

Une impasse qui rouvre la configuration d'acteurs de la décision

La RCP représente un « procédé de coordination » (Dodier, 1993b, p. 67) peu utilisé en psychiatrie (au contraire d'autres spécialités comme la cancérologie ; cf. Castel, 2008 et chapitre 10 de cet ouvrage). Les parties prenantes arrivent sur la scène de la décision avec des représentations différentes, des intérêts divergents ainsi que des connaissances inégales au sujet de la résolution du problème qu'il va s'agir d'articuler en vue de la prise de décision. Les médecins psychiatres attendent de cette rencontre de sortir de l'impasse dans laquelle l'impossibilité d'administrer le neuroleptique habituel les a placés ; ils cherchent une solution médicamenteuse à la crise psychique de la patiente. Les membres de la pharmacie présents souhaitent diminuer les risques cardiaques en proposant la molécule la moins néfaste pour Mme E. tout en traitant les symptômes psychiques.

L'irruption du risque cardiaque encouru par la patiente rompt ainsi la routine de soins thérapeutiques qui avait été engagée par le psychiatre depuis plusieurs années. Elle inaugure également une hiérarchisation différente des enjeux de santé et en particulier de la place du risque psychique dans l'état de santé général de la patiente. La prise au sérieux du danger somatique auquel est exposée la patiente ne fait pas débat dans l'équipe qui la prend en charge. D'après le pharmacien (présent à la RCP), « le fait d'avoir quelque

chose comme ça qui peut potentiellement être létal pour la patiente, être dangereux », n'a pas été minimisé, notamment par le psychiatre qui est lui-même venu chercher de l'aide auprès des pharmaciennes, même si la résolution de la crise psychique reste son objectif principal. Mais les pharmaciennes participent activement à la mise en avant des enjeux somatiques, en imputant d'abord la cause de l'accident cardiaque aux neuroleptiques, puis en informant le médecin de la dégradation probable de l'état cardiaque dans le cas d'une prescription de neuroleptiques qu'ils n'auraient pas recommandés.

La symétrisation des enjeux permet aux pharmaciennes de prendre au sérieux les attentes du psychiatre (réduire la crise psychique), tout en faisant valoir d'autres enjeux des traitements (ne pas dégrader la santé cardiaque).

Elle leur permet également de gagner un droit de regard et d'intervention sur les pratiques de prescription de ce psychiatre qu'ils jugeaient déjà problématiques : « Il n'y a aucun de ses patients qui a une monothérapie de neuroleptique. C'est un peu un mec qui fait des potions avec les traitements. » D'après les pharmaciennes, ce psychiatre « empile » ou « saupoudre » les neuroleptiques, ce qui signifie qu'il multiplie les lignes de traitements neuroleptiques en les dosant faiblement plutôt que de se concentrer sur une molécule en essayant de trouver la juste posologie, ce qui est la recommandation courante des pharmaciennes. Les deux pharmaciennes insistent également sur le fait qu'ils commentent régulièrement ses ordonnances (pour Mme E. mais aussi pour les autres patients) avec des conseils d'« optimisation », mais ceux-ci ne sont jamais suivis : « On était tous un peu résignés en fait, cette ordonnance-là ça fait des années qu'on la voit

passer [...] et le Dr P. on avait du mal à lui faire comprendre qu'il y avait potentiellement des choses à optimiser ».

Pour faire reconnaître et accepter la norme pharmacologique de bonne prescription consistant à privilégier la monothérapie, le pharmacologue va alors mobiliser au sein de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire un *appui conventionnel* (Dodier, 1993b) qui permet de (re)formuler ce qui constitue, du point de vue des pharmaciennes, une règle générale dans cette réunion dédiée à l'analyse d'une situation singulière. Il propose, à partir d'une revue de littérature scientifique, une série de tableaux récapitulatifs des degrés de gravité des effets secondaires induits par les neuroleptiques et un tableau synthétique comportant trois colonnes : les neuroleptiques autorisés (une seule molécule) / ceux qui ne sont pas conseillés / ceux qui sont contre-indiqués. La seule décision recommandée par la littérature scientifique, dont le pharmacologue a fait la synthèse, serait d'introduire progressivement la seule molécule « autorisée » et de retirer tous les autres traitements. Ce classement des traitements par type de recommandation constitue ainsi un cadrage fort de la décision, laissant peu de marge de manœuvre au psychiatre référent, entre un risque présenté comme devant être conjuré absolument et une administration d'un état de la science qui sert de référence commune aux deux professions.

Ce cadrage strict du problème (les risques cardiaques doivent être diminués) et la présentation de l'unique solution acceptable qui en est issue (supprimer tous les traitements neuroleptiques et introduire progressivement la seule molécule autorisée) permettent d'aboutir à une décision qui apparaît comme consensuelle aux yeux de tous. Le pharmacien présent nous dit d'ailleurs au sujet de la RCP : « Dr P. avait l'air très content, il nous a même dit après la

réunion : “Vraiment c’est super ces réunions, il faudrait qu’on en fasse plus souvent [...]” et le fait d’inclure des pharmaciennes, et il nous l’a dit, “comme on est à plusieurs comme ça, au moins, c’est une responsabilité plus partagée”. Il nous l’a dit clairement ». Le pharmacien pointe ici combien ces situations d’impasses constituent une fenêtre d’opportunité pour les pharmaciennes qui peuvent montrer leur expertise et s’insérer, de manière durable, dans la stratégie thérapeutique médicamenteuse. La RCP n’a pas clos les échanges entre l’équipe de pharmacie et le psychiatre qui se sont prolongés après la tenue de la réunion : « Justement je voulais aller voir Dr P. là, pour en discuter, pour savoir un peu comment ça se passe ».

Ainsi, par l’intervention dans ce cas de prescription identifié comme complexe ou problématique, les pharmaciennes espèrent également « convaincre » les psychiatres de la pertinence d’une monothérapie et s’assurer une position de partenaire compétent dans la définition et le suivi d’une stratégie thérapeutique médicamenteuse. La mise en scène de leur expertise dans le cadre de la RCP, est pour eux « l’occasion de mettre un peu tout à plat [...] Notre idée c’était bien de dire : “on profite de cet événement indésirable-là pour essayer de les convaincre” » (pharmacien). Le second enjeu stratégique pour la pharmacie touche au dispositif RCP lui-même. En l’empruntant explicitement à la cancérologie, le chef de la pharmacie, qui n’est pas présent à la réunion mais suit de près les échanges à ce sujet, entend institutionnaliser le recours à ce dispositif formel pour toutes les situations complexes. Cette institutionnalisation soulève cependant un second enjeu : celui de la coordination de prescripteurs multiples.

Quand l'intervention des pharmaciens interroge la coordination des prescripteurs

À l'hôpital psychiatrique, les psychiatres ne sont pas les seuls prescripteurs. Ils interviennent dans des parcours de soin qui ont souvent débuté en amont de l'hospitalisation et qui se poursuivront en aval, et cohabitent ainsi avec les prescripteurs « de ville », absents de la scène hospitalière mais bien présents dans l'historique médicamenteux des patients. Au sein de l'hôpital interviennent par ailleurs des médecins généralistes et des spécialistes « somatiques » (ophtalmologues, neurologues, cardiologues, etc.) qui peuvent ajouter des spécialités médicamenteuses à l'ordonnance des patients hospitalisés.

La question de l'articulation de ces prescriptions au sein de l'hôpital est en théorie réglée par l'utilisation d'un logiciel unique de prescription. Elle soulève en pratique d'importants enjeux de division du travail et de coopération en raison des risques induits par l'interaction de plusieurs spécialités médicamenteuses, mais également des effets secondaires possibles des traitements : ainsi par exemple, psychiatres et médecins généralistes doivent s'accorder sur la question de savoir qui prescrira les traitements correcteurs, utilisés pour atténuer certains effets iatrogènes induits par les traitements psychotropes⁷. Si la prescription de ces correcteurs relève en principe du

⁷Certains traitements psychotropes occasionnent des effets indésirables neurologiques (tremblements, raideurs, mouvements anormaux des yeux, etc.), des vertiges (hypotension neurostatique) ou encore une importante sécheresse buccale et de la constipation. Ces effets secondaires peuvent être atténués par la prise d'un traitement correcteur.

médecin ayant prescrit le médicament qui induit ces effets indésirables, ça n'est pas toujours le cas, *a fortiori* quand l'effet indésirable met du temps à se manifester.

Dématérialisée, l'ordonnance hospitalière regroupe les prescriptions des différents médecins et donne aux pharmaciennes un regard panoptique sur tous les traitements prescrits aux patients. Les pharmaciennes sont ainsi témoins de l'ensemble des prescriptions réalisées à l'hôpital telles qu'elles apparaissent dans le logiciel de prescription. La perception panoptique peut s'étendre dans le temps et dans l'espace grâce aux diverses activités de pharmacie clinique : les *conciliations médicamenteuses* qui visent à s'assurer de la cohérence des traitements pris avant, pendant et après l'hospitalisation ; les *historiques médicamenteux* (ou *chimiogrammes*) retracent, sur une durée donnée, l'ensemble des traitements administrés au patient, auxquels sont associées les données cliniques recensées dans le dossier du patient, afin d'aider le psychiatre à réévaluer sa stratégie thérapeutique. Ces outils ne sont cependant pas systématiquement mobilisés en raison de leur caractère chronophage : la *conciliation médicamenteuse* n'est mise en œuvre que dans quelques services et réservée aux patients présentant des risques particuliers (en raison de leur âge, d'un traitement nécessitant un suivi particulier ou d'une pathologie somatique chronique), et les *historiques médicamenteux* ne concernent que des patients pour lesquels le psychiatre suspecte une possible résistance (biologique) à un traitement ou un effet indésirable induit par un ou plusieurs traitements.

Ainsi positionnés par leurs activités classiques et par ces nouvelles activités de pharmacie clinique, les pharmaciennes sont parfois les témoins de possibles défaillances dans la circulation d'informations entre médecins, qui peuvent se

traduire en erreurs potentielles dans les traitements administrés. Ce regard sur l'ensemble de la prescription médicamenteuse les place dans un rôle de tiers potentiel face aux éventuelles incohérences entre les stratégies des médecins. Ce rôle ne se réalise que très rarement en pratique et soulève pour les pharmaciennes des enjeux de pouvoir et de responsabilité, comme l'illustre le cas de Mme A.

Le cas de Mme A., des prescriptions sans coordination

Mme A. est une femme d'une cinquantaine d'années, suivie par le secteur depuis plusieurs années pour des « troubles bipolaires ». Elle est hospitalisée en soins libres en septembre 2019 à la suite d'une rupture de traitements qui l'amène à voir son état psychique se dégrader. Elle arrive à l'hôpital « décompensée », « agitée », « désorganisée » et « très angoissée » selon les observations consignées dans son dossier patient. Son traitement neuroleptique habituel est rétabli dès son hospitalisation. Cependant, à son arrivée dans le service, elle fait plusieurs crises convulsives, qui laissent suspecter l'apparition de troubles épileptiques. C'est un effet connu des neuroleptiques que « d'abaisser le seuil épileptogène »⁸. Consultée quelques jours plus tard, une neurologue qui réalise quelques vacations dans l'établissement, confirme le diagnostic d'épilepsie et prescrit un traitement antiépileptique à Mme A.

⁸Les troubles épileptiques désignent une particularité neurologique marquée par une activité électrique cérébrale anormale ; les crises épileptiques sont une manifestation aiguë de cette anomalie.

Un mois et demi après l'admission de Mme A., son état clinique se dégrade. Un externe de pharmacie, en stage dans le service depuis une semaine, fait part de la situation au pharmacien senior lors d'un échange informel : il lui décrit la « flambée maniaque » de Mme A. qui « ne dort plus » et « crie dans le service ». Pendant cet échange, le pharmacien senior, assis à son bureau, ouvre le logiciel de prescription et analyse rapidement le détail de son traitement. Il s'étonne : « Elle a (un traitement antiépileptique) depuis un mois ? À tous les coups, c'est l'interaction avec les neuroleptiques qui pose problème ». Il nous explique que cet antiépileptique est un « inducteur enzymatique », c'est-à-dire qu'il accélère l'élimination par le corps de certaines molécules et tout particulièrement des neuroleptiques, diminuant leur efficacité. Il suggère à l'externe de proposer un dosage plasmatique pour vérifier la concentration dans le sang des neuroleptiques. Il double cette recommandation d'un message adressé aux psychiatres par le biais du logiciel de prescription. Cette recommandation reste sans effet pendant quelques jours.

Dans le service, un neuroleptique est ajouté aux deux précédents pour tenter de sédaté Mme A., mais ce traitement cause un effet indésirable (un globe vésical, c'est-à-dire une rétention aiguë d'urine) et est rapidement interrompu. Fin octobre, le pharmacien senior participe, comme toutes les semaines, à la réunion hebdomadaire du service. Lorsque vient le moment de parler du cas de Mme A., le pharmacien présente son hypothèse concernant l'effet « inducteur » du traitement antiépileptique. Le médecin généraliste suggère d'attendre les résultats du dosage plasmatique, qui a finalement été demandé, avant de solliciter de nouveau la neurologue, qui est très rarement présente dans l'établissement. Le pharmacien commente discrètement : « On

peut attendre, mais l' [antiépileptique], en général, ça ne rate pas ! ». Lors de nos observations aux côtés de l'externe de pharmacie et des pharmaciennes seniors qui interviennent dans le service, nous constatons que ces explications sont renouvelées à plusieurs reprises au moment des transmissions médicales du matin ou des réunions hebdomadaires.

Début novembre, les résultats du dosage plasmatique confirment l'hypothèse du pharmacien : malgré sa prescription selon la posologie habituelle, le traitement neuroleptique est sous-dosé dans le sang de la patiente et donc inefficace. Résoudre le problème ne va cependant pas de soi : arrêter le traitement antiépileptique pourrait déclencher une crise ; augmenter le traitement neuroleptique fait courir le risque d'un surdosage et éventuellement d'un coma, si la patiente interrompait la prise d'antiépileptique – comme elle l'a déjà fait par le passé pour d'autres traitements. Sollicitée, la neurologue ne fournit pas de solution alternative pour gérer le risque épileptique sans interagir avec les traitements neuroleptiques⁹. L'état psychique de Mme A. reste « dégradé » pendant encore plusieurs semaines, jusqu'à ce que les psychiatres décident de passer outre la prescription de la neurologue, et de s'adresser directement au pharmacien pour un avis concernant une modification du traitement antiépileptique. Après quelques recherches, celui-ci suggère un antiépileptique alternatif. Ce changement de traitement (ou « *switch* ») est

⁹Si les pharmaciennes n'ont bien sûr pas de pouvoir hiérarchique sur les médecins exerçant dans le même hôpital, le statut extérieur de vacataire de la neurologue lorsqu'elle intervient dans l'établissement rend d'autant plus ténu l'ascendant que peuvent avoir sur elle les pharmaciennes puisqu'elle n'est pas amenée à collaborer fréquemment avec le service de pharmacie.

cependant jugé particulièrement complexe par le pharmacien (qui a pris conseil auprès du pharmacologue et du laboratoire produisant l'antiépileptique). Il suppose en effet un arrêt des précédents traitements et une introduction des nouveaux par paliers successifs. Le pharmacien envoie à la psychiatre les indications nécessaires pour qu'elle réalise elle-même cette transition. Il profite de cette intervention auprès de la psychiatre pour proposer également l'arrêt d'un des neuroleptiques qui, selon lui, n'agit plus sur la patiente tant il est sous-dosé.

Celle-ci adopte ce nouveau traitement et laisse une note dans le dossier patient précisant que le « switch » est mis en place « suite au protocole établi par les pharmaciens ». Le pharmacien, gêné de ce commentaire, nous explique : « Je comprends, ils se couvrent, mais au final, c'est quand même à eux d'assumer la responsabilité de la prescription ! ». Dans les semaines qui suivent, le pharmacien suit avec attention l'évolution des posologies et contacte à plusieurs reprises la psychiatre la plus présente dans le service (qui n'est pas la psychiatre référente de la patiente) pour lui rappeler les préconisations et lui renvoyer le protocole de switch. L'état clinique de la patiente s'améliore rapidement et il est donc question de répondre favorablement à son souhait, toujours plus pressant, de quitter l'hôpital. Le pharmacien intervient à nouveau pour suggérer, en raison de la complexité du changement de molécule, de garder la patiente jusqu'à la stabilisation de ses nouveaux traitements. (Le message est doublé de l'intervention orale de l'assistante en pharmacie et de l'externe, qui participent aux transmissions médicales du service). Il craint que l'équilibre du nouveau traitement soit difficile à trouver car, selon lui, il y a toujours « un peu de flottement car entre la théorie et la pratique, d'un point de vue physiologique, les patients ne

réagissent pas tous pareil ». Le service accepte de la garder un peu plus longtemps.

Or, quelques jours plus tard, l'état de la patiente se dégrade une nouvelle fois. Elle devient « ingérable » et il est décidé de la placer en chambre d'isolement. Cependant, il n'y a pas de chambre libre dans le service dans lequel elle se trouve, elle est donc placée dans un autre service de l'hôpital, où aucune activité de pharmacie clinique n'est déployée. La patiente est désormais prise en charge par un tout autre psychiatre, qui n'est pas en contact avec l'équipe du service précédent et qui décide d'augmenter les posologies, de remettre le traitement neuroleptique qui avait été arrêté et d'en ajouter un autre « si besoin ». Une pharmacienne (assistante) voit passer l'ordonnance de Mme A. dans son activité routinière d'analyse d'ordonnance et envoie un message par l'interface informatique à la psychiatre : « Confirmez-vous l'ajout du neuroleptique et l'augmentation de l'autre neuroleptique ? Arrêt récent de l'antiépileptique qui a pu déstabiliser le traitement. » Le médecin répond de façon ambiguë : « Oui, merci ». Mme A. revient quelques jours plus tard dans son service d'origine. Elle est décrite comme « très sédatisée », « confuse ». Les pharmaciennes suggèrent aux médecins de procéder à un nouveau dosage plasmatique pour mesurer la concentration en neuroleptique et constatent un surdosage. Le traitement est diminué par les psychiatres, et l'état clinique de la patiente s'améliore. Au moment où cessent nos observations, sa sortie se profile à l'horizon, environ huit mois après son entrée à l'hôpital.

Le pharmacien : coordinateur de la stratégie thérapeutique médicamenteuse malgré lui ?

Le cas de Mme A. est une situation d'indécision liée à un problème de coordination entre prescripteurs exerçant pourtant au sein du même établissement. Il vient mettre en lumière de façon exacerbée les logiques organisationnelles et les stratégies d'acteurs. La situation est exceptionnelle et le pharmacien qui suit le dossier nous l'avoue lors d'un entretien rétrospectif sur ce cas en juin 2019 : « On n'en a pas 50 000 des Mme A. comme ça. Des cas comme ça, moi je n'en ai pas en tête ». Le « cas » est exceptionnel à trois titres au moins : en raison des difficultés successives auxquelles la patiente est confrontée (interaction médicamenteuse puis effets secondaires) ; en raison de la coordination particulièrement défailante de sa prise en charge par les médecins ; mais aussi, en raison de la durée très longue (plusieurs mois) de l'intervention des pharmacien·nes, qui sont plus habitués à intervenir ponctuellement auprès des prescripteurs. Cette dernière caractéristique explique sans doute d'une part la profusion de détails que nous avons pu récolter aux côtés des pharmacien·nes et d'autre part le qualificatif de « complexe » accolé au cas dans les comptes-rendus.

Cependant, la complexité ne résulte pas tellement de la technicité déployée autour de Mme A. : les interactions médicamenteuses sont fréquentes et l'élaboration de « switchs » ne suppose pas de compétences spécifiques pour les pharmacien·nes hospitaliers qui suivent ici à la lettre les recommandations du laboratoire pharmaceutique. Quelques dosages plasmatiques sont réalisés pour vérifier la concentration de substance active dans le sang de la patiente, mais il n'est pas question d'entreprendre des explorations plus techniques (de pharmacogénétique par exemple). Si le cas de Mme A. est qualifié de « cas

complexe », c'est parce que sa gestion remet en cause la division habituelle du travail de prescription, et place les pharmaciennes dans un rôle de coordination, voire de *captation* (Bergeron et Castel, 2010) de la stratégie thérapeutique médicamenteuse.

Réticents à se substituer aux prescripteurs, les pharmaciennes peinent par ailleurs à imposer leur stratégie thérapeutique. Ils doivent ainsi continuer d'intervenir auprès des prescripteurs du premier service pour s'assurer du respect de leur protocole lorsque l'équipe soignante envisage la sortie de la patiente. Ils sont cantonnés à nouveau à leur rôle de dispensation de traitements lorsque la patiente change de service : leur expertise n'est alors plus reconnue et leur stratégie thérapeutique tout simplement ignorée. Ces deux moments de flottement témoignent de la fragilité de cette *captation*, toujours susceptible d'être remise en cause tant elle contrevient à la hiérarchie symbolique de l'hôpital. Les pharmaciennes ne cherchent d'ailleurs pas à renverser cette hiérarchie symbolique : ils se contentent d'approfondir, en usant d'une constante *diplomatie aux frontières*¹⁰, la coopération avec le premier service dans lequel ils ont développé depuis de longs mois et au moyen des activités de pharmacie clinique une présence régulière ; ils acceptent avec résignation l'indifférence du second service à l'égard du travail qu'ils ont réalisé.

¹⁰Cette notion, que nous développons dans un autre article (Lancelevée *et al*, 2024), décrit la stratégie et les manières de faire déployées par les pharmaciennes pour négocier avec les médecins les nouvelles limites de leur territoire professionnel résultant de la mise en place des activités de pharmacie clinique.

Le cas de Mme A. révèle donc en creux la façon dont les pharmaciennes tentent de renégocier leur rôle autour de la prescription : il ne s'agit nullement de se substituer aux prescripteurs mais de participer à la stratégie thérapeutique. Mais cette *captation* temporaire met en lumière une tension possible au cœur de cette coopération renforcée autour des priorités à donner à cette stratégie thérapeutique : attentifs à la dimension pharmacologique de cette stratégie thérapeutique, les pharmaciennes tendent à déplacer son centre de gravité d'un objectif de stabilisation de l'état psychique du patient à un objectif de stabilisation du traitement prenant en considération les enjeux somatiques.

Conclusion

L'idée d'un « colloque singulier » dans lequel la prescription découlerait, selon l'adage, de la seule « rencontre d'une conscience (médicale) et d'une confiance (du patient) » ne permet donc pas de décrire les nombreuses interactions conduisant à cette prescription – ou en résultant. Pour autant, l'analyse des activités de pharmacie clinique dans un hôpital psychiatrique met en lumière les nombreuses difficultés rencontrées par les autres professionnels de santé (ici les pharmaciennes mais une analyse similaire pourrait être menée avec les infirmières) dès lors qu'ils entendent intervenir sur l'ordonnance. Le déploiement de ces activités a supposé de la part des pharmaciennes un art de la diplomatie, tant celles-ci mettent à l'épreuve les savoirs et les définitions du *bon soin*, les légitimités professionnelles et la division du travail, et enfin les responsabilités engagées par la prise de décision et sa mise en œuvre (Lancelevée *et al.*, 2022 ; 2024). De ce point de vue, les deux cas que nous avons analysés sont « exemplaires » par les

dynamiques qu'ils donnent à voir tout autant que par leur rareté, signalée d'ailleurs par les pharmaciens.

Dans les deux cas, si les médecins recourent aux pharmaciens, c'est d'une part parce qu'ils y ont intérêt (face à des situations d'incertitude, alors que les états de santé sont très fortement affectés) et d'autre part parce que ces derniers ont longuement préparé le terrain en amont, se rendant (plus) visibles et disponibles par le développement des activités de pharmacie clinique dans quelques services, ce qui permet une certaine reconnaissance (certes inégale) de leur expertise. Dans l'établissement étudié, les pharmaciens ont progressivement aménagé un accès privilégié à certaines unités de soin par le déploiement des activités de pharmacie clinique, ce qui leur permet de mieux appréhender les situations cliniques et les stratégies de prescription des médecins, et d'adapter les expertises mises à disposition. Cette position leur donne l'occasion d'intervenir dans des situations qui mettent particulièrement les prescripteurs dans l'embarras et font apparaître de manière paroxystique les défaillances de la division du travail/coordination entre professionnels à l'hôpital¹¹ : c'est parce qu'on est reconnu comme ayant pris ou aidé à prendre une bonne décision que l'on est à nouveau sollicité à prendre part à une nouvelle. Pour autant, ces situations marquent encore la fragilité d'une position des pharmaciens qui reste très dépendante des relations interpersonnelles établies.

¹¹L'activité de coordination des prescriptions effectuée par les pharmaciens s'attache également à mettre plus de cohérence entre les prescriptions hospitalières et celles de ville, notamment à travers la conciliation médicamenteuse, ce que nous ne développons pas ici.

De plus, lorsque le cercle des acteurs de la décision s'entrouvre, se pose également l'enjeu d'un certain partage du risque et de la responsabilité afférents à la prescription médicamenteuse : cela peut être recherché par un médecin quand il s'agit par exemple de changer le traitement prescrit par un autre médecin, ou au contraire craint par les pharmaciennes quand il est mentionné qu'ils sont à l'origine d'un protocole. Les pharmaciennes ne souhaitent pas nécessairement endosser une partie de la responsabilité qui échoit réglementairement et moralement au médecin prescripteur. Ils saisissent pourtant ces situations comme des opportunités de mettre en avant leur expertise. Un dispositif tel que la RCP apparaît comme un outil capable de dissiper l'embarras associé à cette nouvelle place des pharmaciennes dans la définition de stratégies médicamenteuses. En effet, la formalisation d'un processus collégial permet, au moins dans la perception des acteurs, de construire une responsabilité partagée de la décision. L'institutionnalisation progressive de ce type de dispositif, voulue par le chef de la pharmacie, permettrait de pérenniser la participation des pharmaciennes à l'élaboration et au ré-examen des stratégies thérapeutiques médicamenteuses sans mettre à mal la hiérarchie professionnelle.

Les situations que nous décrivons s'inscrivent dans une configuration qui valorise les compétences techniques et l'expertise des pharmaciennes. Mais ces activités bénéficient également d'un contexte institutionnel favorable marqué par l'exigence croissante des pouvoirs publics quant à l'amélioration de la continuité, de la sécurité et de la qualité des soins à travers notamment une concertation pluriprofessionnelle. La pharmacie clinique s'inscrit effectivement dans une transformation de la division du travail de

prescription et du parcours de soin médicamenteux, où les pharmaciens sont appelés à jouer des rôles nouveaux à l'hôpital et en ville, mais également dans l'articulation ville-hôpital et plus largement dans les « parcours de soins », pour assurer, non plus seulement la délivrance, mais aussi la sécurité et la cohérence des prescriptions. Les pharmaciens revendiquent de plus en plus des missions qui les constituent en « relais prescriptifs » (Denis, 2007) des dispositions réglementaires et des recommandations de bonnes pratiques (développement de la pharmacovigilance, de guides de bonnes pratiques, d'indicateurs de qualité, etc.). Réglementations nationales et initiatives locales semblent donc concourir pour faire des pharmaciens des acteurs susceptibles de jouer un rôle plus important dans la prescription de médicaments.

Bibliographie

ABBOTT A., 1988, *The System of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.

BERGERON H., CASTEL P., 2010, « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, 52, 4, p. 441-460.

CASTEL P., 2008, « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et Santé*, 26, 1, p. 9-32.

- CASTEL P., ROBELET M., 2009, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, 27, 3, p. 98-115.
- DENIS J., 2007, « La prescription ordinaire. Circulation et énonciation des règles au travail », *Sociologie du Travail*, 49, 4, p. 496-513.
- DODIER N., 1993b, « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux. Communication – Technologie – Société*, 11, 62, p. 63-85.
- DUPRAT L., 2021, *Soigner les personnes âgées : pour une sociologie de la prescription médicale*, thèse de doctorat de sociologie, EHESS.
- EBERHART J., 2021, « Antalgiques et psychotropes : si loin... si proches ? Des antidouleurs qui se spécialisent aux généralistes qui les prescrivent. Intérêts et limites de l'ambiguïté pharmaceutique », *Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement*, 22, 5, p. 236-244.
- FAINZANG S., 2001, *Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF.
- FAINZANG S., 2002, « Les médicaments : des prescriptions aux usages », introduction au dossier, *Sciences Sociales et Santé*, 20, 1, p. 5-11.
- HAURAY B., BOULLIER H., GAUDILLIÈRE J.-P., MICHEL H. (eds), 2021, *Conflict of interest and medicine. Knowledge, practices, and mobilizations*, Routledge, London.
- LANCELEVEE C., MOREAU D., NOUGUEZ E., TARTOUR T., 2022, « Quand le pharmacien s'intéresse à la clinique : savoirs, coordination et responsabilité dans les activités de prescription », in T. DENISE, S. DIVAY,

- M. DOS SANTOS, C. FOURNIER, L. GIRARD, A. LUNEAU (dir.), *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, Éditions de l'IRDES, p. 252-261.
- LANCELEVEE C., MOREAU D., NOUGUEZ E., TARTOUR T., 2024, « S'imposer sans s'opposer : diplomatie à la frontière dans le déploiement de la pharmacie clinique en psychiatrie », *Sociologie du travail*, à paraître.
- LORETTI A., 2019, « Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures », *Sciences sociales et santé*, 37, 4, p. 37-62.
- NOUGUEZ E., 2009, « Le médicament générique et la relation de soin. Sociologie d'un quiproquo », *Sociologie du travail*, 51, 1, p. 46-53.
- PARSONS T., 1951, « Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice », in *The Social System*, New York, Free Press, p. 428-479.
- VEGA A., 2012, « Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », *Sciences sociales et santé*, 30, 3, p. 71-102.