

# Le pharmacien du futur, de nouvelles compétences pour une nouvelle légitimité ?

## The pharmacist of the future, new skills for new legitimacy

Marc Frachette<sup>1</sup>, Alexis Roche<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consultant-chercheur, Président SAS Cap O2, Docteur en sciences de gestion, Université de Lyon, UJML3, Iaelyon School of Management, Magellan, ISEOR, Lyon, France

<sup>2</sup> Maître de Conférences, Université de Lyon, UJML3, Iaelyon School of Management, Magellan. Responsable de programme, ISEOR, Lyon, France

**Résumé.** Le monde pharmaceutique n'échappe pas à la mutation de l'environnement de la santé, de ses aspects réglementaire et technologique qui viennent percuter son fonctionnement. Dans ce contexte, le pharmacien doit développer de nouvelles compétences. Cet article reprend des cas de recherches-interventions en milieu hospitalier afin d'apporter une dynamique prospective au management des compétences pharmaceutiques ; la démarche de changement socio-économique et l'utilisation de grilles de compétences contribuent à prioriser les activités historiques à déléguer ou conserver et les activités futures à valeur ajoutée qu'il faudra sans doute développer.

**Mots clés :** compétences, management, socio-économique, légitimité, reconnaissance, changement, coopération

**Abstract.** The pharmaceutical world is facing the changing health environment, its regulatory and technological aspects that come to affect its operation. In this context, the pharmacist must develop new skills. This article presents cases of intervention research in hospitals in order to bring a prospective dynamic to the management of pharmaceutical skills. The socio-economic approach to manage combined with the use of skills grids contribute to prioritizing the activities to be delegated or retained and the future value-added activities that will probably have to be developed.

**Key words:** skills, management, socio-economic, legitimacy, recognition, change, cooperation

Ce ne sera une découverte pour personne que les systèmes de santé et les activités pharmaceutiques sont fortement impactés par les évolutions du monde. L'accélération réglementaire, numérique et technologique voit la création, l'évolution et la disparition de certains métiers. La mutation des activités pharmaceutiques tend à accroître le besoin de coordination et de conseil à destination des usagers comme des autres professionnels de santé.

Le développement des structures a amplifié les cloisonnements hospitaliers et a pu créer un isolement

des acteurs dans leurs expertises ; ceux-ci doivent aujourd'hui arriver à renforcer de nouveau leur cohésion au service de l'utilisateur. Le management avec des lignes hiérarchiques bien distinctes est encore fortement influencé par des conceptions désuètes issues de l'interprétation exagérée des écoles classiques que les membres du laboratoire ISEOR (Institut socio-économique des entreprises et des organisations) appellent le virus TFW (Taylorisme, Fayolisme, Weberisme) : c'est l'hyperspécialisation au détriment de la polyvalence, la déshumanisation au profit d'une vision par le poste et l'approche bureaucratique qui s'auto-entretient. Ce virus TFW est à l'origine de nombreux coûts sociaux et économiques.

Dans ce cadre, le système de santé est en train de vivre un changement de paradigme. Il passe d'une vision des

**Correspondance :** M. Frachette  
<marc.frachette@cap-o2.com>

soins effectués en des lieux différents et par des acteurs différents à une prise en charge des patients à travers un parcours de soin qui gère l'usager où qu'il soit. Le monde « Taylorisé » [1] différenciant clairement les domaines d'actions de chacun est en train de voler en éclats, que ce soit dans le monde de la santé, comme dans la société en général. La gouvernance sanitaire technocratique est peu à peu en train de céder la place à un mode de gouvernance clinique [2] centré autour du patient.

La vision, développée dans notre travail, cherche ainsi à rassembler les acteurs plutôt qu'à les séparer, autour d'un management plus constructif et socio-économique [3]. Notre approche est ainsi systémique plutôt qu'analytique. Dans ce contexte, les critères de légitimité du pharmacien [4] évoluent de l'expertise vers de nouvelles dimensions de gestion humaine et managériale.

Les remarques développées dans cet article ont pour cadre d'analyse la pratique pharmaceutique hospitalière. Pour autant, il nous semble que certaines d'entre elles, notamment les nouveaux rôles et compétences attendues du pharmacien et de son équipe, sont également mobilisables pour les pharmaciens libéraux qui agissent au sein de leur officine.

Comme d'autres domaines d'activités, l'activité pharmaceutique est soumise à de nombreuses normes. De plus, l'organisation du système de santé est dirigée par la loi et le budget. Le pharmacien est soumis à des contraintes juridiques en matière de sécurité, notamment du point de vue du circuit du médicament et de leur administration aux patients. Il est également soumis à d'autres types de normes telles que les normes sociales, qui régissent l'interaction avec d'autres professions, avec les familles et avec les patients. Le concept de tétranormalisation [5-7] peut éclairer des enjeux auxquels sont et vont être soumis les pharmaciens. Il existe quatre grandes typologies de normes : les normes comptables et financières, les normes commerciales, les normes sociales et les normes qualité et environnementales (dont font partie les certifications et réglementations pharmaceutiques).

Les principes de la tétranormalisation sont que :

- les organisations sont soumises à un accroissement constant des normes et des institutions créant les normes ;
- l'accumulation de normes fait qu'elles finissent par être contradictoires entre elles, ce qui est source de nombreux coûts ;
- il devient nécessaire de négocier et d'arbitrer entre les normes pour effectuer le travail ;
- les normes peuvent être des fonds de commerce puisqu'elles peuvent être vues comme des « produits vendus » ou qui nécessitent des personnes nécessaires à leur entretien.

Les normes sont donc à « apprivoiser » par le pharmacien dans les années à venir. Pour cela, il doit

développer ses capacités managériales, de négociation et d'arbitrage.

Le pharmacien a des missions historiques régies par le code de la santé. Au-delà de la charte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1946), le code de la santé publique français garantit un large accès aux soins et aux thérapeutiques (article L1110-3 CSP). L'activité pharmaceutique, en plus d'être fortement réglementée, a longtemps été représentée comme essentiellement logistique. Elle est aujourd'hui en train d'évoluer rapidement vers une prise en charge du patient à toutes les étapes de son parcours, que ce soit au sein des services hospitaliers, comme du retour auprès de son pharmacien en ville. Pour innover au service des patients et coopérer efficacement entre acteurs de santé, le monde pharmaceutique doit sortir de ces schémas très réglementaires et logistiques.

Ainsi, le rôle du pharmacien a évolué ces dernières années. Des missions émergentes apparaissent notamment sur la pharmacie clinique. En effet, non seulement il dispense les produits de santé, mais sa mission de prestation de conseil et d'accompagnement des patients se développe afin d'améliorer les résultats des traitements. Cela rejoint la notion de soins pharmaceutiques [8].

Par ailleurs, au sein de l'hôpital l'arrêté du 6 avril 2011 (JORF, 16 avril 2011) a représenté un virage en termes de management de la prise en charge médicamenteuse, avec la nomination d'un responsable dédié à la sécurisation du circuit du médicament.

Les nouvelles interactions entre les rôles technique, réglementaire et clinique traditionnels pourraient s'enrichir de rôles managériaux afin de stimuler les coopérations au sein d'un système complexe d'acteurs. Le développement de l'automatisation au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI) est susceptible d'être délégué à des ingénieurs et logisticiens. Ce mouvement doit être une opportunité de redéploiement des ressources pharmaceutiques vers les acteurs du soin et le conseil aux patients. Prenons l'exemple d'un CHU au sein duquel nous sommes intervenus : nous avons pu montrer que l'investissement en temps pharmaceutique au sein d'unités de soins en dotation globale permettait de redonner du temps aux soignants, à charge pour eux de le réorienter vers des activités au plus près des patients [9, 10]. Ainsi, 4 heures de temps pharmaceutique investi a permis de redonner 11 heures de temps aux soignants. L'expertise ainsi déployée par la pharmacie au plus près de leurs collègues soignants représente une valeur ajoutée forte et désormais mesurable. Ces résultats sont des éléments de négociation en faveur de temps pharmaceutique déployé stratégiquement au sein d'un établissement de santé.

Citons un autre exemple avec le parcours en chimiothérapie lors d'une autre intervention : nous avons pu évaluer la valeur ajoutée du pharmacien en termes de management du parcours des patients en hôpital de jour

[4]. Ainsi, en six mois, le temps d'attente entre l'admission et la perfusion de la chimiothérapie est passé de 2h42 à 1h56 en moyenne, grâce, notamment à l'amélioration du processus « OK chimio » anticipé entre le service de pharmacie et l'hôpital de jour.

Ces exemples illustrent que des leviers d'actions sont possibles et incitent le pharmacien à mieux comprendre son positionnement et ses apports : son rôle aux interfaces, au sein des processus et parcours, sa compréhension de ses clients internes et externes ainsi que de ses fournisseurs. Une meilleure maîtrise de l'organisation pharmaceutique a des impacts très importants sur divers items de la performance hospitalière.

Cela amène une réflexion sur les temps déployés pour chacune des activités de la pharmacie et la valeur ajoutée de chacune. Il est souvent énoncé des manques de moyens en temps notamment pour les activités cliniques mais des leviers sont possibles pour se réorganiser : 30 % du temps au sein des organisations est directement gaspillé [3]. Cela constitue de fabuleux gisements de performances pour se fixer de nouvelles priorités et anticiper les changements à venir. Outre une posture d'expert, nécessaire, le développement d'une vision renouvelée de la position de la pharmacie au sein des établissements de santé (et au-delà) serait très utile au fonctionnement du système de santé.

La légitimité repose classiquement sur la notion de règles et d'autorité [11]. Cette notion est percutée par la nécessaire qualité de la coopération [12] : plus cette dernière est élevée, plus les conditions de la légitimité de celui qui en est à l'origine va être importante. Ainsi, si la légitimité traditionnelle du pharmacien et de son équipe est représentée de manière simpliste par ses aspects logistiques voire règlementaires, la mise en œuvre de coopérations efficaces va permettre d'atteindre des niveaux de légitimité supérieurs [4] et d'augmenter la reconnaissance que les acteurs se portent entre eux pour agir en véritable équipe [13, 14]. De nouvelles compétences sont à développer en termes de mise en relation et d'organisation permettant de passer d'une « posture de prestataire à celle d'un partenaire ».

Ce positionnement se rapproche du cœur du réseau humain de l'organisation plutôt que dans une posture d'expert d'une branche qui serait la pharmacie. Il s'agit ainsi d'une vision plus stratégique qui peut aboutir à un sentiment d'épanouissement personnel supérieur par le sens que chacun peut donner à son métier et à sa vie.

Dans cet article, nous proposons l'analyse d'outils pour éclairer les compétences traditionnelles et l'évolution des compétences possibles des pharmaciens et de leurs équipes. Les données collectées pour proposer l'outil « grille de compétences » [3] présent dans cet article sont issues de recherches-interventions [15, 16] au sein de pharmacies hospitalières.

## Méthodologie

Dix grilles de compétences ont été analysées pour créer la grille de compétences génériques proposée. Une réflexion a également été portée par les chercheurs sur l'évolution du métier de pharmacien pour compléter les compétences futures à partir de l'expérience de nombreuses recherches-interventions dans divers types d'organisations menés au sein de l'Institut de socio-économie des entreprises et des organisations (ISEOR) et des théories en sciences de gestion. Ces recherches-interventions s'inscrivent dans des démarches de changement qui dépassent la simple élaboration d'une grille de compétences mais cherchent à transformer les modalités de travail. Toutefois, l'article se centre sur l'analyse des compétences actuelles et futures de l'équipe pharmaceutique. Cette recherche est de nature qualitative à visée exploratoire dans une perspective prospective, c'est-à-dire de projection vers le futur. Un point a également été effectué sur les compétences managériales dont nous estimons que la mobilisation dans le futur développerait la légitimité du pharmacien et sa reconnaissance d'utilité sociale [4, 15]. Nous ne cherchons pas à imposer une vision des compétences pharmaceutiques, mais plutôt une base de travail, de réflexion et de discussion pour les pharmaciens.

## Résultats

Comme nous l'avons vu dans les cas exposés précédemment, le pharmacien pourrait libérer du temps (grâce à la technologie ou de nouveaux modes d'organisation de ses priorités) et transférer à son équipe des activités à plus forte valeur ajoutée. Les recherches-interventions que nous pratiquons s'appuient sur des dispositifs et des outils qui permettent la remise en cause de l'organisation existante pour la modifier en profondeur. Nous faisons notamment travailler les acteurs sur leurs compétences à travers l'outil « grille de compétences ».

La grille prospective présentée en *figure 1* est constituée, dans la première colonne, des acteurs concernés qui dans un cas réel est la liste nominative des personnes de l'équipe. En haut de chaque colonne, au-dessus des opérations définies avec l'équipe, nous avons identifié 7 grands thèmes : maintenance, réglementaire, logistique, production, pharmacie clinique, recherche et management ; le thème management regroupe les activités de formation-intégration, d'animation d'équipe, de pilotage des instances et de conduite de projets. Les items en dessous de ces thèmes sont les compétences que nous définissons par des activités concrètes effectuées. À l'intersection entre les activités effectuées et les personnes, chacun peut s'évaluer et évaluer son équipe : un carré noir pour la maîtrise de la compétence par son exécution régulière, en qualité, dans un temps adapté, en autonomie



et dans les délais ; en cas de manque de l'un de ces critères, un carré semi-noir. Enfin s'il n'y a pas de pratique et simplement des bases théoriques, un carré blanc et s'il n'y a ni pratique ni bases théoriques, un simple tiret. De cette évaluation, le manager peut créer son propre plan de formation à six mois glissants et celui de ses collaborateurs, en entourant d'un cercle la case à l'intersection de la personne concernée et de l'activité à développer. Par exemple, si une seule personne maîtrise certaines compétences que faire en cas d'absence ou de vacances ? Quel est l'impact d'un départ ? Quel besoin nécessite un recrutement ou une formation ? La grille permet une vision synoptique de l'équipe, de ses forces et de ses vulnérabilités mais aussi une discussion avec son équipe lors des entretiens annuels. Ces évaluations permettent d'observer en ligne la polyvalence des acteurs et en colonne la vulnérabilité de la compétence.

Dans la grille (figure 1), reconstituée pour l'exercice, nous pouvons constater que le nombre de personnes pratiquant les différentes activités varie : cela est normal en fonction des activités et des responsabilités, il existe d'importantes marges de performances si l'on veut bien sortir quelque peu de la définition statutaire des métiers, faire évoluer les collaborateurs et ainsi développer un projet collectif.

Le pharmacien doit selon nous s'interroger, avec le cadre de son service, sur l'apport de l'équipe pour l'institution et les différentes parties prenantes et en quoi son rôle pourrait être modifié dans le futur. Il peut chercher aussi à mieux répondre à des besoins actuels, qu'ils soient externes (patients, familles, tutelles, fournisseurs) ou internes (collaborateurs directs, services environnants, direction). Nous avons fait des hypothèses dans la grille sur les opérations et compétences liées qui sont à renforcer ou à développer. Nous souhaitons également faire réfléchir sur celles qui pourraient être amenés à être déléguées ou à disparaître.

Comme pour toute profession, seule la pratique peut permettre de faire évoluer les compétences. Le pharmacien doit donc anticiper les tendances pour imaginer ce que la pratique pharmaceutique sera dans les années à venir afin d'y préparer son organisation. Notre hypothèse est que ce sont les compétences managériales et relationnelles, notamment de conseil, qui vont être développées et valorisées dans le futur pour répondre à un besoin d'expertise ne pouvant être remplacé par la robotisation et la délégation vers d'autres métiers. En s'interrogeant dès maintenant sur les pratiques à conserver, celles à améliorer, nous suggérons que le pharmacien prépare l'avenir et enrichisse les métiers de la pharmacie en créant une plus forte valeur ajoutée. Le toilettage régulier de l'organisation, de son fonctionnement et des coopérations avec les autres entités, l'animation de l'équipe pharmaceutique et la définition

des délégations de compétences, le développement des activités au plus près des patients et le développement des activités stratégique et de pilotage figurent parmi les mutations attendues. Dans ce cadre, il pourrait effectuer des formations et des accompagnements à la transformation de son service.

## Conclusion

La légitimité pharmaceutique aujourd'hui n'est sans doute pas celle de demain. La légitimité et la valeur ajoutée du pharmacien de demain pourraient se réarticuler autour d'une vision plus stratégique et globale ainsi qu'une posture managériale d'animation de projet, d'équipe et de conseil pour les patients, les familles et les partenaires professionnels. Il est sans doute temps de développer de nouvelles formations à la fois initiales pour les nouveaux pharmaciens et en formation continue pour l'évolution des professionnels déjà actifs prenant en compte des dimensions managériales et relationnelles.

*Liens d'intérêts* : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

## Références

1. Mintzberg H, Gouberman S. Managing the care of health and the cure of disease. *Health Care Management Review* 2001 ; 26(1) : 56-9.
2. Hatchuel A. Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective ? In : Heurgon E, Landrieu J, (eds). *Perspective pour une gouvernance démocratique*. Paris : Editions de l'Aube, 2000.
3. Savall H, Zardet V. *Maîtriser les coûts et performances cachés*. Paris : Economica, 1987.
4. Frachette M. *Le pilotage médico-pharmaceutique : vers une plus grande légitimité de la pharmacie hospitalière par la coopération avec les services cliniques : cas de recherches-interventions en hôpital public*. Thèse de doctorat en Science de gestion, Lyon, 1<sup>er</sup> juillet 2014.
5. Savall H, Zardet V. *Tétranormalisation. Défis et dynamiques*. Paris : Economica, 2005.
6. Bessire D, Cappelletti L, Pigé B (eds). *Normes : origines et conséquences des crises*. Paris : Economica, 2010.
7. Cappelletti L, Pigé B, Zardet V (eds). *Dynamique normative. Arbitrer et négocier la place de la norme dans l'organisation*. Paris : EMS, 2015.
8. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990 ; 47 : 533-43.
9. Zardet V, Frachette M, Dussossoy E, Leboucher G. Améliorer la présence pharmaceutique auprès des unités de soins sur la gestion des dotations de médicaments : apports de la recherche-intervention socio-économique. CALASS, Liège, septembre 2017.
10. Frachette M, Zardet V. Comment le pharmacien peut-il prendre l'initiative pour coopérer avec les services cliniques ? *Journal de Pharmacie Clinique* 2017 ; 36(2) : 81-7.
11. Weber M. *The theory of social and economic organization*. Cambridge : The Free Press, 1964.

- 12.** Reynaud J-D. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. 1re édition 1989*. Paris : Armand Colin, 1998.
- 13.** Roche A. *Reconnaissance et performance : proposition du concept de reconnaissance activatrice et d'un modèle intégrateur*. Thèse de doctorat en Science de gestion, Lyon, 12 mars 2013.
- 14.** Roche A. Définition de deux systèmes dialectiques de reconnaissance présents au sein des organisations. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise* 2015 ; 3 (17) : 20-44.
- 15.** David A. La recherche-intervention : cadre général pour la recherche en management ? In : David A, Hatchuel A, Laufer R (eds.). *Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Eléments d'épistémologie pour les sciences du management*. Paris : Vuibert, 2000.
- 16.** Plane JM. *Méthodes de recherche-intervention en management*. Paris : L'Harmattan, 2000.