AD

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE
LA MAITRISE EN GESTION DE PROJET (M.Sc.)

PAR
JEAN-FRANÇOIS BOISSEAU

REGARD CRITIQUE DE LA PRATIQUE DE LA GESTION DE PROJET : QU'EST-CE QUE LA STRUCTURATION DE LA PHARMACIE PEUT NOUS APPRENDRE SUR LA GESTION DE PROJET?

PRINTEMPS 2010

Université du Québec
en Outaouais
15 JUIN 2010
Bibliothèque

Regard critique de la pratique de la gestion de projet : Qu'est-ce que la structuration de la pharmacie peut nous apprendre sur la gestion de projet.

Résumé

Inscrivant cette recherche dans le sillon de la perspective critique en gestion de projet, un regard différent est posé sur la pratique de la gestion de projet, éprouvant actuellement les limites de ses approches trop formelles. À ce jour, l'analyse sociologique des pratiques professionnelles met l'accent soit sur la structure soit sur l'agent. Voulant dépasser ce dualisme offrant une compréhension partielle de la pratique de la gestion de projet, nous proposons la théorie de la structuration d'Anthony Giddens comme modèle théorique utile à la compréhension, d'un coté, de la pratique de la pharmacie, comme projet thérapeutique, à travers l'étude de cas unique, dégageant d'un autre coté, plusieurs similarités, parallélismes et liens avec la pratique de la gestion de projet.

Par cette étude de cas unique, à l'aide d'entrevues et d'observations d'agents en laboratoire d'une pharmacie communautaire en sol québécois, nous recomposons d'abord : (1) ses lieux « régionalisés » comme *a priori* à toute interaction; (2) une typologie des différents agents co-présents dans lesdits lieux et (3) la pratique quotidienne de la pharmacie desdits agents.

Suite de cette recomposition, nous démontrons que certains types d'agents fréquentent davantage certaines régions du laboratoire, en tant que contextualités en co-présence, y prisant alors des règles et ressources spécifiques qu'ils modalisent. Par ces dernières, en tant que conditions et contraintes aux interactions quotidiennes qu'ils souhaitent mener, les agents reproduiront les propriétés structurelles du système social et certains éléments de leur propre personnalité.

Enfin, l'étude de cette régionalisation de la pratique de la pharmacie permet l'exploration de la pratique de la gestion de projet, notamment, la conception du projet en termes d'un *espace émergent de narrations multiples*, constitué et formé à travers l'accomplissement quotidien de la pratique sociale lors du travail sur tout projet.

REMERCIEMENTS

Il est évident qu'un mémoire de maîtrise s'étant étendu sur plusieurs années a été imprégné, en trame de fond, de ma vie personnelle. Cette dernière poursuivait aussi ses propres projets : de famille, de carrière. Comme le dit si bien la chanson : « *Je ne l'ai pas choisi, c'est ma vie, c'est elle qui m'a choisi* ». Eh bien, rien de plus faux! On est tous maîtres de notre destinée, ma maîtrise l'aura prouvé!

Avec mon directeur d'études, Jacques-Bernard Gauthier, comme partenaire de vie académique, mais aussi comme soutien moral à mes épreuves personnelles, j'ai réussi à relever le plus grand défi de ma vie. Jamais je n'aurais autant donné de haute voltige intellectuelle à mes contributions académiques sans la rigueur, l'honnêteté intellectuelle, et le soutien dont fait preuve CONSTAMMENT cet homme. Un gros merci du fond du cœur, cher Jacques-Bernard, et que notre amitié demeure pour toujours!

J'offre aussi toute ma gratitude à Alain Beaufils et Martine Mayrand Leclerc. Ils se sont intéressés à mon sujet de mémoire avec en engagement inconditionnel. La rigueur dont ils ont fait preuve en étant transparents et constructifs, autant lors de mon évaluation écrite que lors de la présentation publique de mon mémoire, mérite d'être soulignée ici. Je remercie la vie de vous avoir placés sur ma route! Avoir des gens d'esprit dans son comité de mémoire est nécessaire; avoir des gens de coeur et d'esprit est rassurant!

Un dernier remerciement va évidemment à ma famille, qui reçoit ici toute ma gratitude pour sa patience à voir seulement *« le dos de papa devant l'ordi »* toutes ces années durant. Choisir de s'investir dans une démarche académique exhaustive signifie de renoncer aussi à autre chose. Entre autres, à des loisirs et moments familiaux qui ne reviendront jamais. Toutefois, l'Être Humain que je suis devenu au travers de ces longues années ne peut qu'être un héritage inestimable dans vos vies. Je vous ai prouvé hors de tout doute qu'il est possible de croire en soi! Je vous embrasse très très fort et merci d'être encore là.

Une pensée, finalement pour mon père, qui nous a quitté avant de constater le long travail accompli et surtout ma réalisation personnelle comme Homme. Puisses-tu de là-haut apprécier ce que je suis devenu.

Table des matières..... ii
Liste des tableaux..... iv
Liste des figures..... v
Prolégomènes..... vi
Tisser un lien entre la pratique de la gestion de projet et la pratique de la pharmacie : les leçons à tirer..... 1
La construction sociale des professions..... 1
La profession de pharmacie : Qu'y-a-t-il à y apprendre pour une mise en œuvre réelle de la profession de gestion de projet?..... 3
Remise en question du statut professionnel de la gestion de projet, à la lumière du questionnement du statut professionnel de la pharmacie..... 7
Problème général de la recherche : L'histoire de la pharmacie comme cas de figure de l'historicité d'une profession..... 14
La pharmacie en France..... 16
La pharmacie en Grande-Bretagne..... 17
La pharmacie au Québec..... 19
Question générale de la présente recherche : Remise en question des méthodologies d'application de la pratique de la pharmacie et de la gestion de projet : apport théorique nécessaire..... 29
La théorie en recherche en pratique de la pharmacie : un apport de la sociologie..... 32
Problème spécifique de la recherche : Pour une sociologie générale de la pharmacie : recension de théories sociologiques en recherche en pratique de la pharmacie..... 34
Le fonctionnalisme en sociologie et la recherche en pratique de la pharmacie 34
Le marxisme en sociologie et la recherche en pratique de la pharmacie..... 38
La sociologie interactionniste en recherche en pratique de la pharmacie..... 40
Question spécifique de la recherche : La recherche positiviste en pratique de la pharmacie et la perspective fonctionnaliste en sociologie : vers un questionnement sur les connaissances en sciences sociales..... 44
Processus d'objectivation des connaissances en sciences sociales : questionnement épistémologique nécessaire..... 47
Cadre conceptuel..... 52
Les dualismes et la culture de l'ambivalence en sociologie : une réconciliation des opposés par la dualité, grâce à la théorie de la structuration..... 53
La théorie de la structuration..... 55
Premier thème : l'agent, ses actions et le pouvoir..... 55
Deuxième thème : structure et structuration..... 57
Troisième thème : la dualité du structurel..... 59
Quatrième thème : temps, espace et rencontre..... 61
Une figure synthèse : principaux éléments et explications..... 64
Sous-questions de recherche (sous-objectifs)..... 69
Méthodologie de recherche : l'étude de cas unique d'une pharmacie communautaire comme canevas de la recherche 73
Présentation de la pharmacie étudiée..... 73
Collecte de données 74

Résultats..... 80
Descriptions des lieux..... 80
Réponses aux sous-questions de recherche 83
Première sous-question de recherche..... 83
Deuxième sous-question de recherche 93
Troisième sous-question de recherche 95
Réponse à la question spécifique de recherche : « comment imaginer la pratique de la pharmacie comme un système social comportant une dualité entre l'action et la structure et qui se réinvente? » 102
Réponse à la question générale de la recherche : remise en question des méthodologies d'application de la pratique de la pharmacie et de la gestion de projet : apport théorique nécessaire. 105
Discussion..... 108
Conclusion..... 119
Références 122

Tableau		
1	Répartitions des agents-laboratoire selon leur groupe d'appartenance.....	133
2	Tableau des acronymes des codes de codification des verbatimes	134
3	Description de la fixité des aires de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges.....	142
4	Description de la fixité des aires délimités de la zone de facturation	151
5	Observations des actions de J2, pharmacienne.....	154
6	Observations des actions de J1, technicienne	155
7	Observations des actions de P, commis-technicien	156
8	Observations des actions de S, commis-caissière.....	158
9	Comparaison entre le projet architectural et le « soin du malade »	163
10	Comparaison moderne des méthodologies de la gestion de projet et de la pratique de la pharmacie.....	164
11	description de la fixité des aires délimitées de la zone de facturation	165

Figure		
1	Figure-synthèse de la théorie de la structuration d'Anthony Giddens.....	126
2	Plan typique d'une pharmacie communautaire : la pharmacie Omega.....	127
3	Plan de pharmacie, vue d'oiseau.....	132
4	Sentier spatio-temporel des actions de J2, pharmacienne ...	159
5	Sentier spatio-temporel des actions de J1, technicienne	160
6	Sentier spatio-temporel des actions de P, commis-technicien....	161
7	Sentier spatio-temporel des actions de S, commis-caissière	162

Prolégomènes

À partir du programme de recherche intitulé « Rethinking Project Management », se consolide, depuis 5 ans, la perspective critique en gestion de projet. Celle-ci prend appui sur l'école de Francfort et le courant critique en théorie des organisations (Cicmil et Hodgson, 2006). Ainsi, contrairement aux instigateurs postmodernes qui abandonnent les différentes entreprises issues de la modernité, des protagonistes, voire les *critters*, estiment que les écueils rencontrés par le courant traditionnel (le *mainstream)* sont explicables par le caractère inachevé de l'entreprise moderne. Or, en considérant différents aspects de sorte à examiner autrement le projet et sa gestion, les *critters* souhaitent participer à la consolidation du programme moderne.

Inscrivant notre démarche dans ce même sillon, nous souhaitons ici qu'un regard différent soit posé sur la pratique de la gestion de projet. À cet égard, nous ne sommes pas les seuls à poser un tel regard. Entre autre, Cicmil (2006) s'est penché sur l'interprétation que font les gestionnaires de projet de leurs propres pratiques. Ainsi, dans le présent mémoire, nous proposons de réfléchir différemment sur la pratique en gestion de projet. Et c'est sur la base de la structuration de pratiques dans le champ de la pharmacie, que nous espérons repérer des dynamiques qui pourraient échapper aux études et aux réflexions intra-disciplinaires en gestion de projet.

Tisser un lien entre la pratique de la gestion de projet et la pratique de la pharmacie : les leçons à tirer

Le 14 juin 2002, la nouvelle Loi 90 sur la pharmacie, sanctionnée par l'Assemblée nationale du Québec, modifiait de façon substantielle le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Ces modifications s'avéraient nécessaires pour la mise en place de rapports interprofessionnels basés sur l'interdisciplinarité et la complémentarité, en simplifiant le système professionnel. Cette loi donne en fait aujourd'hui une reconnaissance du rôle du pharmacien pour ce qui a trait à sa mission de prodiguer des soins et services pharmaceutiques, notamment en le laissant s'impliquer davantage, légalement, pour surveiller la pharmacothérapie des patients (Bureau de l'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ), 2004)[1].

La construction sociale des professions

Indéniablement, en rapport avec la nouvelle Loi 90, qui reconnaît aujourd'hui le rôle professionnel essentiel du pharmacien, notamment en le laissant s'impliquer davantage pour surveiller la pharmacothérapie des patients, la pharmacie québécoise vit un autre moment historique, quoiqu'il serait plus prudent de parler ici de période historique, voire de processus historique. En effet, comme nous le verrons plus loin à la lumière de l'histoire de la pharmacie au Québec, c'est par des aléas, des conjonctures et des combats, pour la protection de leur juridiction de pratique, que les pharmaciens ont peu à peu pris leur place en tant que professionnels.

---

[1] Par de nouvelles dispositions et définitions en rapport avec le champ d'exercice de la pharmacie, on cherchera à favoriser une meilleure surveillance de la pharmacothérapie, notamment par une nouvelle « activité réservée » au pharmacien : initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées. La nouvelle Loi 90 accorde au pharmacien des « activités réservées » qui constituent en quelque sorte des applications concrètes de son champ d'exercice professionnel. Lesdites activités sont « réservées », mais non « exclusives », si elles peuvent être exécutées par d'autres professions, dans le cadre de leur nouveau champ d'exercice professionnel. Par exemple, le pharmacien peut vendre des médicaments comme activité professionnelle « exclusive », mais a comme activité « réservée » l'administration des médicaments, qu'il partage avec les infirmières.

Sous ce rapport, il serait plus sage de parler ici d'historicité, qui désigne, au sein d'une société donnée, nous dirons ici au sein des professions, les conditions de production, la séparation des pouvoirs et la dynamique des rapports sociaux (Ferréol, Cauche, Duprez, Gadrey et Simon, 2002). D'ailleurs, Collin (1995) nous sensibilise justement au fait que les professions ont trop souvent été regardées de l'intérieur, d'un œil *a*historique, avec une vague impression d'évidence et de pérennité, qui se dégage du discours que tiennent les professions sur elles-mêmes.

À cet égard, les professions sont assurément des constructions sociales. Lesdites constructions sont plutôt ancrées dans le temps et dans l'espace, et l'évolution professionnelle doit être vue historiquement dans la perspective de ses rapports dans un contexte plus large, en lien avec les développements économiques, politiques, sociaux et culturels d'une société, à une époque donnée (Collin, 1995).

En fait, les professions sont engagées dans un combat incessant pour l'acquisition ou la préservation de leur juridiction de pratique. Menacées, d'une part, par les empiriques et les charlatans qui bataillent sur le même terrain, elles participent, d'autre part, par des luttes de territorialité, à la redéfinition constante des frontières qui séparent leur propre monopole d'exercice de celui des autres professions reconnues.

Pour gagner ces batailles, il n'y a pas de recette. C'est le fragile équilibre des forces et des pouvoirs, la conjonction des évolutions particulières qui agit. Une chose cependant, toujours la même, est nécessaire : la mise en œuvre d'un important jeu de représentations politiques et sociales où chaque groupe professionnel doit convaincre l'État et la société qu'il mérite la place réclamée, place qu'il doit défendre par la suite.

C'est le long processus de regroupement, d'inclusion et d'exclusion, dont il est le produit et le travail social de définition et de délimitation qui a accompagné la formation du groupe qui contribue à le faire être sur le mode du cela-va-de-soi (Collin, 1995, p. 25-26).

La profession de pharmacie : Qui y a-t-il à y apprendre pour une mise en œuvre réel de la profession de gestion de projet ?

À la lumière de la profession de pharmacien, considérant que ce *produit* est davantage l'aboutissement d'une historicité, en tant que construction sociale, nous voulons introduire ici une nouvelle compréhension de la profession de gestion de projet, mise à l'étude à plusieurs reprises par ses propres représentants, dans l'espoir bien entendu, d'en avoir une meilleure connaissance, voire une meilleure définition et compréhension de sa mise en œuvre réelle au-delà de l'illusion d'une identité collective homogène et non mouvante. C'est que la profession de gestion de projet dégage un parallélisme évident avec celle de la pharmacie, à plusieurs égards.

La pharmacie s'est d'abord définie autour des *techniques* de préparation de la *substance,* qu'est le médicament, ceci, dès les premières pharmacopées officielles européennes à partir du 15^{e} siècle, jusque dans la formation universitaire d'avant la Deuxième Guerre Mondiale où, avant la venue de l'industrie pharmaceutique d'envergure internationale, les pharmaciens recevaient encore une formation universitaire axée sur les propriétés thérapeutiques des substances, ainsi que leur mélange : cours de matière médicale, de chimie organique, de pharmacie galénique, de pharmacie magistrale, etc., comme nous le verrons plus loin.

De la même manière, la gestion de projet s'est définie au départ autour des *techniques* de planification, plus récemment dans l'histoire bien sûr, en amont et en aval de la Deuxième Guerre Mondiale, par l'utilisation de techniques comme le PERT (*Program Evaluation and Review Technique*), le CPM (*Critical Path Method)* ou autres techniques semblables de planification[2] (Garel, 2003; Packendorff, 1995; Soderlund, 2004).

---

[2] Essentiellement, ces techniques de visualisation graphique forment la base de la planification et de la prédiction des événements, tâches ou activités à réaliser dans un projet donné, favorisant ainsi une meilleure utilisation des ressources, afin bien sûr d'atteindre le but dudit projet, dans des limites de temps et de coûts imparties au départ.

Ensuite, comme nous le montrera l'histoire de la pharmacie plus loin, les pharmaciens se sont regroupés en diverses associations professionnelles, autant en Europe aux 16e et 17e siècles qu'ici au Québec au tournant du 19e, cela, pour défendre leur nouveau champ de pratique professionnelle, en se différenciant autant des activités commerciales que de la profession médicale. Et s'ils se différencièrent alors des autres professions et métiers, c'est en questionnant en concomitance leur curriculum de formation, à plusieurs reprises : des années quarante, où ils se formèrent à la biochimie, la chimie organique et la physiologie, aux années quatre-vingts et quatre-vingt-dix, orientant la profession vers les *soins pharmaceutiques,* en passant par la *pharmacie clinique* des années soixante, une étape nécessaire au difficile passage d'une profession orientée vers la *technique* à une profession orientée vers le *processus décisionnel* en matière d'optimisation de la pharmacothérapie.

Pareillement, les gestionnaires de projet, tentant de différencier leur expertise reliée aux projets de la gestion traditionnelle des affaires, mais aussi des ingénieurs à l'origine des premières techniques de planification, se sont regroupés en associations professionnelles, au cours des années soixante et soixante-dix, par exemple, en créant le *International Project Management Association (IPMA)* ou le *Project Management Institute (PMI)*, cherchant à édicter des standards de formation et d'accréditation.

De même, cette profession a aussi, ces dernières années, questionné en concomitance son curriculum de formation et sa compétence dans le domaine de la gestion de projet, d'une part, en revisitant son corpus de connaissances reconnues, libellé ici comme le *BOK,* pour *Body of Knowledge,* ce dernier consistant en l'identification des sujets et domaines de connaissances[3] que tout bon praticien de la gestion de projet Nord Américain devrait connaître, comprendre et utiliser comme leviers, dans le but de remplir sa mission (Morris, Patel & Wearne, 2000) et, d'autre part, en questionnant la compétence de ces mêmes gestionnaires de projet, justement en relation avec ces standards pré-établis de connaissances et de pratique

[3] Par exemple, des connaissances sur les objectifs de projet, les éléments de contrôle de projet, les définitions techniques de projet, les réalités commerciales en rapport avec les projets, le management des ressources humaines, etc.

professionnelle, à la fois valorisés par les praticiens de la gestion de projet et par les programmes de formation et d'accréditation existants (Crawford, 2005).

Plus encore, c'est au cours de leur développement historique respectif, qu'à la fois la profession de pharmacie et la profession de gestion de projet ont essayé de circonscrire chacune une définition de leur propre activité professionnelle individuelle, par une définition générale et générique de leur champ d'expertise, c'est-à-dire, leur champ de compétence exclusif.

En effet, comme nous le verrons plus en détails, la pharmacie a été définie ici au Québec, par la loi de pharmacie de 1973, stipulant deux volets particulier à l'exercice de la pharmacie : celui de préparer ou vendre des médicaments et celui de communiquer des renseignements sur leur bon usage, notamment en établissant un dossier pour chaque client et en procédant à son analyse pharmacologique.

La gestion de projet, quant à elle, a été souvent définie en des termes génériques contenus dans la définition suivante, adoptée par le PMI en 1987 :

> Project management is the art of directing and coordinating human and material resources through-out the life of a project by using modern management techniques to achieve predetermined objective of scope, cost, time, quality and participant satisfaction (Packendorff, 1995).

En dernier lieu, fait intéressant illustrant le parallélisme évident entre la pharmacie et la gestion de projet, dans leur définition générale de pratique professionnelle, chacune des deux professions a dû opérationnaliser une méthodologie d'utilisation, voire un concept d'applicabilité de leur expertise professionnelle.

Pour les pharmaciens, ce fût le concept du *pharmaceutical care* qui a pris naissance aux Etats-Unis en 1990, grâce à Hepler et Strand, avant d'être repris ici au Québec par Ducharme (1995), ce dernier définissant alors les soins pharmaceutiques comme « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin

d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative ». (p. 12)

En fait, les Etats-Unis ayant été plus loin dans ses tentatives de mise en application du concept du *pharmaceutical care,* selon Kelly (2002), cette mise en application est rendue possible en respectant, d'une part, six *principes généraux* ou *éléments d'applicabilité*[4] et, d'autre part, un *processus de réalisation standard* en onze étapes[5], allant de l'établissement du premier contact relationnel avec le patient à la facturation finale des services professionnels réalisés à son égard.

Pour la gestion de projet, le *cycle de vie de projet* est sans aucun doute le *processus de réalisation standard* qui fût probablement le plus étudié et décortiqué, au cours des dernières décennies. Packendorff (1995) nous décrit bien les tenants et aboutissants de ce processus idéal de réalisation de projet, comme logique interne ou séquence d'étapes de réalisation, identifiée ici comme LE modèle traditionnel de gestion de projet, un modèle fait de trois grandes étapes de cycle de vie de projet : (1) le développement de projet; (2) l'implantation de projet et (3) la terminaison de projet. Le développement étant décortiqué ici en conceptualisation et en planification de projet.

---

[4] (1) Être responsable de la dispensation des soins pharmaceutiques; (2) effectuer leurs prestation directement aux patients; (3) développer l'attitude (la vertu) de « prendre soins », notamment, en faisant de la formation continue, en développant des habiletés de recherche d'information pharmaceutique et en développant des habiletés de communication; (4) en réalisant des résultats positifs grâce aux médicaments, c'est-à-dire, soigner la maladie, éliminer les symptômes, prévenir la maladie, etc.; (5) améliorer la qualité de vie des patients et, bien évidemment, (6) résoudre les problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP), par exemple, le besoin d'une thérapie médicamenteuse, l'arrêt d'un médicament inutile ou indésirable, le dosage trop élevé ou trop faible d'un médicament ou la survenue d'un effet secondaire à un médicament ou d'une interaction médicamenteuse reliée à ce dernier (Kelly, 2002).

[5] Ces étapes sont : (1) l'établissement d'une relation pharmacien-patient; (2) la collection et l'organisation de l'information à propos du patient; (3) l'établissement d'une liste des problèmes reliés aux médicaments, ainsi que leur priorité; (4) après échange avec le patient, l'établissement d'un résultat désiré pour chacun de ces problèmes; (5) la détermination de solutions réalistes (faisables) pour chacun de ses problèmes; (6) le choix de la meilleur solution pour chacun de ses problèmes; (7) la discussion et la négociation d'un plan avec le médecin, au besoin; (8) l'éducation du patient sur le plan d'intervention et la dispensation, au patient, de conseils sur sa médication; (9) le design et l'implantation d'un plan effectif de monitorage (suivi); (10) le suivi, la mesure et la documentation de l'évolution et (11) la facturation des services professionnels réalisés à l'égard du patient (Kelly, 2002).

Et de façon identique, la gestion de projet d'y aller de l'exploration et la description de *principes généraux* ou *éléments d'applicabilité*, soit en traitant du corpus de connaissances nécessaires à la gestion de projet (le fameux *BOK*), soit en traitant des compétences qu'un gestionnaire de projet devrait développer.

On se souvient, les compétences des gestionnaires de projet furent explorées par Crawford (2005), s'intéressant à la relation entre la performance au niveau de certains standards pré-établis et la compétence en gestion de projet, tandis que le corpus de connaissances en gestion de projet fût exploré, entre autre, par Morris, et al. (2000), une mise en valeur qu'ils résument très bien par une phrase de leur article:

> Defining the scope, cost, and time targets properly is half the battle; ensuring that the technical, commercial, business, environmental, and other factors are effectively aligned with organisational and control issues is generally fundamental to ensuring an optimum outcome. (p. 156)

Remise en question du statut professionnel de la gestion de projet,
à la lumière du questionnement du statut professionnel de la pharmacie.

À la lumière de Collin (1995), nous avons mentionné plus tôt que les professions ont trop souvent été regardées de l'intérieur, d'un œil *a*historique, avec une vague impression d'évidence et de pérennité, qui se dégage du discours que tiennent les professions sur elles-mêmes.

Du reste, Morris *et al.*, (2000) tiennent justement, concernant la gestion de projet, un discours d'évidence et de pérennité dans leur article. Ils parlent de la gestion de projet comme d'une profession, où un professionnel est quelqu'un qui est considéré, notamment par la société et son corps professionnel, comme étant compétent à pratiquer d'une façon autonome selon des critères d'inclusion professionnelle[6].

---

[6] Ces critères sont : (1) la nécessité d'avoir un corpus de connaissances; (2) le besoin de posséder une expérience appropriée; (3) l'obligation d'être accrédité pour pratiquer avec compétence; (4) le besoin de maintenir ses compétences à jour et, finalement, (5) l'obligation de souscrire à un code d'éthique.

Or, si les diverses associations professionnelles de la gestion de projet veulent bien discourir en toute quiétude sur le statut professionnel de la profession de la gestion de projet, un domaine d'expertise tout de même récent et qui n'a pas encore de reconnaissance juridique dans le système professionnel traditionnel actuel[7], il en va tout autrement pour la profession de pharmacien qui, même si elle est légalement reconnue comme faisant partie intégrante dudit système professionnel traditionnel actuel, se permet de questionner sérieusement son propre discours de légitimation, à travers notamment les théories des professions, ce même discours théorique que nous utiliserons ici pour questionner la gestion de projet, continuant notre parallélisme entre ce dernier champ de compétence et la profession de pharmacie.

À ce propos, les écrits sur les théories des professions, et particulièrement ceux en rapport avec la profession de pharmacien, furent explorés par Traulsen & Bissel (2004). Ces auteurs ont remarqué au départ que les perspectives sociologiques sur les professions sont les domaines de la vie sociale les moins théorisées et au sein desquels il y a eu peu de recherches d'effectuées.

Alors, le concept de profession a largement été pris pour acquis et peu de pensée systématique, à propos des professions, est née avant l'expansion de la sociologie après la guerre de 1939-45. C'est Talcott Parsons, un théoricien américain, qui a le premier questionné le rôle des professions en termes théoriques. La profession médicale ayant été, à cet égard, l'exemple de choix utilisé dans les théories sociologiques à propos des professions (Traulsen *et al.*, 2004).

Au demeurant, c'est depuis les années quatre-vingts que les théories professionnelles ont été modifiées et mises en lien direct avec les changements dans la division du travail, particulièrement dans les soins de santé. Peu à peu, des groupes comme les pharmaciens et les infirmières ont commencé à apparaître dans la documentation sur les professions (Traulsen *et al.*, 2004).

---

[7] Ici au Québec, l'Office des professions.

Aussi, une des grandes perspectives, qui furent utilisées pour expliquer et décrire les professions au sein de la société, est la perspective des professions vues comme un système fonctionnel[8] d'expertise. Il est intéressant, pour notre intérêt ici, de questionner la profession de la gestion de projet à la lumière du cas de figure de la pharmacie, particulièrement via cette perspective fonctionnelle.

Ainsi, dans cette perspective, les professions sont vues comme remplissant des fonctions sociales utiles et nécessaires, et où les professions représentent des groupes d'experts distincts qui appliquent une connaissance scientifique et rationnelle à des cas particuliers et, au travers des mécanismes de contrôle social, contrôlent l'asymétrie inhérente à la relation expert-client. (Traulsen *et al.*, 2004).

Au surplus, d'autres écrits, dans cette dernière tradition, ont mis l'accent sur les traits fonctionnels des professions, comme l'altruisme et l'obligation de service. On y a adapté ce qui est reconnu comme l'approche des « traits professionnels » (*traits approach to the professions),* dégageant des caractéristiques particulières comme : l'autorité professionnelle; le pouvoir de sanction par les pairs; la nature confidentielle de la relation professionnel-client; la présence d'un code d'éthique; la présence d'une théorie de la connaissance sous-jacente à la pratique de la profession et l'existence d'une culture professionnelle, c'est-à-dire, l'implication d'un consensus largement admis à propos de la conduite professionnelle à privilégier (Traulsen *et al.*, 2004).

De ce point de vue, si nous reprenons cette théorie des traits professionnels (*trait theory of the professions)*, il est clair que la pharmacie comporte un nombre de caractéristiques nécessaires pour se qualifier selon cette perspective : le monopole de la vente des médicaments; la possession d'une connaissance spécialisée, issue d'une longue formation; une auto-régularisation de la conduite professionnelle, etc. (Traulsen *et al.*, 2004).

---

[8] Parce que nous le verrons plus loin, disons pour l'heure que le fonctionnalisme est une des perspectives théoriques en compétition avec d'autres, qui veut comprendre la nature du monde social. Cette perspective adopte les métaphores de la biologie et soutient que les sociétés sont des touts ou systèmes, contenant des éléments en auto-régulation et interagissant. Nous verrons aussi que Talcott Parson est un des principaux représentants de cette perspective théorique.

Et ce pourrait être le cas aussi de la gestion de projet qui, outre le pouvoir de sanction par les pairs et certains traits fonctionnels comme l'altruisme et l'obligation de service, comporte plusieurs éléments similaires à la profession de pharmacien : la nécessité d'une connaissance particulière, contenue officiellement dans le *BOK*; l'application de cette connaissance particulière, que l'on désire comme étant une connaissance scientifique et rationnelle appliquée à des cas particuliers; la recherche d'un consensus sur les compétences à privilégier comme gestionnaire de projet, etc.

Mais nous voulons plutôt être prudent ici dans notre parallélisme, dégagé pour la gestion de projet à la lumière de la pharmacie car, pour ce qui est de cette dernière, Traulsen *et al.,* (2004) nous apportent un autre point de vue sur la professionnalisation de la pharmacie.

En outre, ces derniers auteurs nous entretiennent sur des écrits ayant été publiés des années soixante aux années quatre-vingt-dix et qui questionnèrent, parfois d'une façon provocante, la professionnalisation incomplète de la pharmacie, entre autre en soulignant le manque de contrôle de la pharmacie sur l'objet social de sa pratique, c'est-à-dire le médicament, et que, somme toute, les pharmaciens étaient guidés par des intérêts commerciaux (Traulsen *et al.*, 2004).

Sur ce point, Traulsen *et al.* (2004) citent les travaux de Knapp et Knapp (1968) qui, aux cours des années soixante, analysèrent la pratique de la pharmacie communautaire sous différents aspects, pour conclurent que la pharmacie avait été incapable de clairement définir ses fonctions professionnelles, et son rôle, et que les médicaments étaient toujours contrôlés par la profession médicale, tandis que le pharmacien était pris entre le professionnalisme et l'intérêt commercial.

Bien plus, Traulsen *et al.,*(2004) soulèvent qu'un des problèmes de la profession de pharmacien est que la formation professionnelle n'est pas toujours en ligne avec les demandes du marché du travail. C'est parce que la profession de pharmacien étant issue des sciences de la nature, dans les soixante dernières années, cette dernière a

perdu sa valorisation dans les aspects de son paradigme[9] technique : les produits pharmaceutiques et la préparation des médicaments. Ce qui reste est la tâche de distribution qui, dans son sens le plus étroit, peut être considéré comme du marketing et de la vente (Traulsen *et al.*, 2004).

Toutefois, dans son sens le plus large, le pharmacien est perçu comme un membre actif du système de soins de santé, par exemple, dans le cas de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques, où il a des responsabilités dans les consultations inter-professionnelles et aux patients. Or, ce dernier rôle couvre davantage l'expertise professionnelle, qui ne se situe pas dans le paradigme technique, mais plutôt dans un nouveau paradigme : celui qui met l'accent sur une approche maladie/patient, dans le processus décisionnel pharmaceutique. Qui plus est, des études ont montré que, quand l'appareil législatif propose de nouvelles façons de faire aux pharmaciens, ces derniers trouvent que les habiletés qui leurs sont demandées dans leur travail de tous les jours ne sont pas toujours celles pour lesquelles ils ont été formés (Traulsen *et al.*, 2004).

Évidemment, les mêmes remises en question pour la pharmacie peuvent s'appliquer aisément à la gestion de projet. En effet, la gestion de projet ne contrôle pas nécessairement l'objet sociétal de sa pratique. Nonobstant le fait que la gestion de projet s'est constituée en associations et a précisé davantage son champ de compétence, on la considère encore aujourd'hui en tant que méthode[10] de résolution de problèmes organisationnels complexes, où elle n'est, somme toute, qu'une des nombreuses façons de gérer l'activité organisationnelle : elle ne serait rien d'autre qu'une façon de regarder l'activité industrielle et organisationnelle (Soderlund, 2004)!

---

[9] Le terme paradigme est utilisé ici au sens populaire de : façon de traiter une problématique, orientation, perspective, etc. et non, comme nous le verrons plus loin, au sens de « matrice disciplinaire », « modèle théorique » ou, terme plus pertinent ici, « courant de pensée » (Ferréol *et al.*, 2002, p. 145).

[10] Comme ensemble de modèles et de techniques, on se souvient, dans la même lignée que les méthodes de résolution de problèmes : les PERT, CPM, etc.

Au surplus, la tentative de passage de la gestion de projet comme *méthode* à la gestion de projet comme *profession* n'est pas sans rappeler les difficultés du nouveau rôle de la pharmacie, dans son difficile passage du paradigme technique au paradigme du processus décisionnel pharmaceutique, un paradigme de compétence et de savoir-faire différent. C'est qu'au travers de ce nouveau et nécessaire paradigme de compétence et de savoir-faire, on questionne la pertinence de certains éléments de la formation professionnelle en pharmacie (Kelly, 2002; Traulsen *et al.,* 2004). Or, en gestion de projet, la formation est aussi questionnée, d'une façon exhaustive en l'occurrence (Crawford, 2005; Morris *et al.,* 2000).

Aux termes de toutes ces considérations précédentes, remettant en question le statut professionnel de la gestion de projet, à la lumière du questionnement sur le statut professionnel de la pharmacie, nous voulons explorer, par l'entremise de sa pratique, comment la pharmacie se produit, s'actualise et se reproduit en un système social. Considérant cette exploration, à la fois théorique et empirique, nous aurons assurément un regard différent de la pratique de la gestion de projet : la pratique de la gestion de projet comme système social!

J'ai divisé ce projet de mémoire en quatre sections. Dans la première section je présente le problème général de la recherche. Elle s'organise autour de l'histoire de la pharmacie. C'est que dans le courant théorique choisi ici, la théorie de la structuration, l'histoire a le potentiel de se recomposer dans le quotidien. D'où l'importance de tracer les grandes lignes de cette histoire, voire de cette historicité en tant que construction sociale, comme nous le verrons plus loin. D'ailleurs, c'est de cette historicité qu'émerge notre question générale de la présente recherche, à savoir s'il existe une sociologie de la pratique de la pharmacie, permettant de mieux comprendre ses relations et structures sociales, justement en tant que construction ou système social.

Dans la deuxième section, j'expose d'abord mon problème spécifique de recherche, qui est en fait la sociologie générale de la pharmacie, en effectuant la recension de trois théories sociologiques en recherche en pratique de la pharmacie à savoir, le

fonctionnalisme et le marxisme, deux courants de pensée qui mettent l'emphase sur la structure, et l'interactionnisme, un courant théorique qui privilégie l'agent/action. Cette sociologie générale de la pharmacie fait poindre bien évidemment la question spécifique de cette recherche : comment imaginer la pratique de la pharmacie comme un système social comportant une dualité entre l'action et la structure et qui se réinvente?

C'est dans la troisième section que nous apportons une réponse à cette question spécifique de recherche, en proposant la théorie de la structuration comme architecture conceptuelle permettant de décrire la pratique de la pharmacie communautaire comme un système social fait d'une dualité entre l'action et la structure.

La quatrième section propose une méthodologie de recherche qualitative, sous formes d'entrevues et d'observations, proposant d'apporter des réponses aux sous-objectifs de recherche, ayant émergés bien sûr de l'architecture conceptuelle proposée à la section précédente. Cette méthodologie qualitative aura lieu dans un milieu de pratique réel : au sein d'un laboratoire d'une pharmacie communautaire de grande surface, où travaille une vingtaine d'agents, techniciennes et pharmaciens, produisant et reproduisant leur propre système social.

En cinquième et dernière section, avant notre conclusion finale sur cette recherche, fidèle à notre parallélisme entre la pratique de la pharmacie et la pratique de la gestion de projet, nous discuterons sur des formes différentes d'exploration de la pratique de la gestion de projet, ce que se propose de faire le courant critique, avec entre autre Nocker (2006), inspiré de Lefebvre (1991) et, dans un deuxième temps, nous nous permettrons de tisser des liens avec les conceptions de Boutinet (2006) sur les conduites à projet et, ainsi, explorer de nouvelles figures du projet.

Problème général de la recherche
L'histoire de la pharmacie comme cas de figure de l'historicité d'une profession

Nous avons vu, ci-haut, que les professions sont assurément des constructions sociales. Lesdites constructions sont plutôt ancrées dans le temps et dans l'espace, et l'évolution professionnelle doit être vue historiquement dans la perspective de ses rapports dans un contexte plus large, en lien avec les développements économiques, politiques, sociaux et culturels d'une société, à une époque donnée (Collin, 1995).

Nous avons donc cherché, jusqu'ici, à dégager sommairement les conditions générales de production, de séparation des pouvoirs et de dynamique des rapports sociaux au sein des deux constructions sociales que sont la gestion de projet et la pratique de la pharmacie. Voyons maintenant la mise en œuvre réelle, voire historique, de la profession de pharmacie. La relecture de cette dernière, *a posteriori*, nous conduira à une conclusion importante : l'urgence d'un apport de la théorie, sociologique en l'occurrence, pour une meilleure compréhension de la construction sociale professionnelle.

L'histoire de la pharmacie remonte à l'antiquité, puisque les hommes, par essai et erreur, ont toujours essayé de s'aider en découvrant les éléments de la nature : eau, boues, plantes, dès cette époque (Kelly, 2002).

Les premières traces de l'art de l'apothicaire remontent à Babylone (2600 avant J.C.), où les praticiens de l'art de guérir étaient tous à la fois prêtres, pharmaciens et médecins (Kelly, 2002). En fait, cet « art de guérir » est façonné beaucoup par les écrits d'Hippocrate dès le 5^{e} siècle avant J.C.. Ledit art consiste à rééquilibrer les liquides de l'organisme ou humeurs : sang, lymphe, bile jaune et bile noire. Cette conception de la maladie se veut en lien avec la nature et la thérapeutique consiste, outre l'adoption d'une diète et d'une hygiène, en l'administration de drogues végétales (Collin et Béliveau, 1994).

D'aussi loin dans l'histoire, jusqu'au tournant du premier millénaire, ce sont les Égyptiens, les Grecs et les Romains qui raffinent l'art de la préparation des « *medicines* » (Kelly, 2002). D'ailleurs, la pharmacie devient une science dès le 1er siècle, d'une part, avec le travail de Dioscorides, un médecin et pharmacologiste grec qui décrit près de 500 plantes et remèdes dans sa « *Materia Medica* », des textes scientifiques de base qui seront considérés par ailleurs jusqu'au 16e siècle et, d'autre part, avec le travail de Galien (130 à 201 avant J.C.), un médecin, à la fois écrivain et philosophe grec, qui élabore les principes de base de la préparation et du mélange de médecines, principes qui auront une influence sur la théorie et la pratique médicale, du Moyen Âge jusqu'au milieu du 17e siècle (Anderson, 2001).

Cela étant, les premières pharmacies (drug stores) privées sont établies par les Arabes, à Baghdad, au cours du 8e siècle. Ces derniers, forts de connaissances acquises de la Grèce et de Rome, développent une vaste gamme de préparations, incluant les sirops et les extraits alcooliques (Anderson, 2001).

En outre, dans les pays européens, exposés à l'influence arabe, on commence à voir apparaître des pharmacies vers le 11e siècle (Anderson, 2001). La première pharmacopée officielle des médicaments (compendium) origine de Florence, en Italie, par le travail conjugué des apothicaires et des médecins (Anderson, 2001; Kelly, 2002). La *Nuovo Receptario*, publiée en 1498, sera l'ouvrage officiel utilisé par tous les apothicaires (Anderson, 2001). Entre 1632 et 1638, la Faculté de Médecine de Paris rédige un premier codex, le *Codex Medicamentarius Parisiensis,* qui recensera en 1732 plus de 800 matières premières, d'origines végétale, chimique, animale et minérale, après plusieurs rééditions (Collin *et al.,*1994).

En fait, durant le Moyen Âge, l'évolution de la pharmacie est sensiblement la même autant en France qu'en Angleterre, jusqu'au 13e siècle (Anderson, 2001). Mais, …

> Si la science pharmaceutique n'a pas de frontière, tel n'est certes pas le cas de ceux qui la mettent en application : à savoir les apothicaires. L'exercice de leur profession évolue en fonction de lois, d'ordonnances et de règlements propres à chaque pays, voire à chaque ville. La France et la Grande-Bretagne

> présentent, à cet égard, un portrait contrasté…(qui) comporte un certain nombre de traits qui nous permettront d'éclairer, par la suite, l'histoire des pharmaciens au Québec (Collin *et al.*, 1994, p. 12).

La pharmacie en France

En France, c'est au 13^{e} siècle, dans les documents officiels, registres des métiers et marchandises, qu'on retrouve les premières traces des apothicaires, qui sont à cette époque à l'intersection de deux types d'activités : celles touchant à la médecine, et les autres, ayant évidemment rapport au commerce et à la négoce (Collin *et al.*, 1994). C'est en fait parce que, historiquement, les apothicaires faisaient partie d'un groupe plus vaste, les « espiciers », duquel ils se démarqueront pour se spécialiser davantage dans la préparation et la vente de drogues, les médecins délaissant progressivement ce champ de pratique, indirectement à cause de la création des universités au 12^{e} siècle (Collin *et al.*, 1994).

Sous ce rapport, c'est parce que la médecine côtoie la théologie et le droit dans les universités. Il se crée alors une sorte de hiérarchie symbolique entre les médecins et les autres praticiens de la santé (Collin *et al.*, 1994). C'est ainsi que « lorsque les apothicaires deviennent suffisamment nombreux et que leurs activités le justifient, ces derniers créent leurs corporations. Celles-ci se multiplient dans les villes d'Europe aux 16^{e} et 17^{e} siècles » (Collin *et al.*, 1994, pp. 16-17). Ces corporations avaient entre autre pour mission, via les maîtres, d'instruire les apprentis qui, après 4-5 ans, devenaient des compagnons et, après 2 à 10 ans, des maîtres finalement. Cela, en se présentant à des épreuves administratives et scientifiques auprès des « examinateurs » des corporations de l'époque (Collin *et al.*,1994).

Dans cet ordre d'idées, en 1777, année de la Déclaration royale qui crée le Collège de pharmacie de Paris comme instance scientifique et professionnelle, les apothicaires troquent leur titre pour celui de pharmacien, faisant partie par le fait même des arts libéraux, au côté de la médecine, en place et lieu des métiers manuels (Collin *et al.*, 1994).

C'est à cette époque la fin d'une partie des rapports tendus qu'entretenaient, d'un coté les apothicaires et les épiciers, de l'autre, ces mêmes apothicaires et les médecins. Ces derniers qui, par ailleurs confiant de plus en plus la préparation et la vente de remèdes à d'autres durant les 16e et 17e siècles, considéraient, par une tutelle intellectuelle et professionnelle venant de leur statut universitaire, légitime de pouvoir exercer un droit de regard sur les activités des apothicaires : formation, accès au titre de maître apothicaire et visites des officines! (Collin *et al.*, 1994).

Finalement, respectant dans ces grandes lignes la Déclaration royale de Paris de 1777, la première loi nationale, adoptée en 1803, « défend à quiconque ne possédant pas le titre de pharmacien de tenir une pharmacie », (Collin *et al.*, 1994, p. 23). Cette dernière stipule aussi que les pharmaciens ne pourront vendre que des médicaments au sein de leur boutique.

La pharmacie en Grande-Bretagne

En Grande-Bretagne, comme en France, les médecins occupent le haut du pavé, étant donné leur formation universitaire. Les apothicaires font partie aussi des communautés d'épiciers, avant qu'une charte royale, en 1617, leurs confère le monopole de la préparation et de la vente des remèdes et le droit de se constituer en corporation indépendante : la *Master, Wardens, and Society of the Art and Mystery of the Apothecaries of the City of London* (Collin *et al.*, 1994).

Or, c'est en 1543 qu'une pénurie de médecins force l'État à ouvrir toute grande la porte à l'exercice de la médecine par d'autres groupes, malgré que les médecins se soient regroupés sous le *College of physicians of London* en 1511. C'est une chance que saisiront à l'époque les Apothicaires, notamment lors de la peste de 1665, où ces derniers, demeureront sur place pour affronter le fléau, contrairement aux médecins et chirurgiens ayant fui la ville, à la suite de l'aristocratie qui compte pour leur principale clientèle. Les apothicaires deviendront, à juste titre, les « médecins du peuple » (Collin *et al.*, 1994). D'ailleurs, les apothicaires obtiendront le droit de prescrire vers la fin du 17e, suite de nombreuses batailles juridiques avec les

médecins. Les titres d'apothicaire et chirurgien seront alors plus ou moins confondus (Collin *et al.*, 1994).

A contrario des apothicaires français, c'est au cours du 17^{e} et 18^{e} que la pratique des apothicaires anglais devient plus médicale que pharmaceutique, que ces derniers négligent leur boutique, ce qui laisse toute la latitude aux *chemists and druggists* pour prendre un marché en plein essor suite du libéralisme économique de la Révolution industrielle de 1780-1880 en Grande-Bretagne. Ces derniers sont en fait des marchands en gros, voire des intermédiaires privilégiés entre les importateurs et les apothicaires, mais ils s'édifieront peu à peu une clientèle en offrant des produits semblables aux apothicaires, mais à moindre prix (Collin *et al.*, 1994).

De par surcroît, les *chemists and druggists* se tailleront une place importante dans la préparation et la vente de remèdes, dans cette période de libéralisme économique, particulièrement dans la vente très lucrative des remèdes secrets (*patent medicines* ou *proprietary medicines*) auprès d'une classe moyenne naissante, cela, malgré le monopole des apothicaires.

Or donc, au 18^{e}, les apothicaires, les apothicaires-chirurgiens et les chirurgiens pratiquent la médecine. Les docteurs en médecine réservent leurs soins à l'aristocratie et la bourgeoisie naissante, pendant que les *chemists and druggists* envahissent le marché des apothicaires (Collin *et al.* 1994).

Finalement, c'est en 1815 que *The Apothecairies Act* confère à la société des apothicaires le pouvoir de contrôler la formation et l'accès à la majorité du corps médical, mais aussi aux *chemists and druggists* le droit de vendre, préparer et distribuer des médicaments, en gros et en détail. En 1841, ces derniers se regroupent sous *The Pharmaceutical Sociey of Great Britain*, un effort qui sera par ailleurs sanctionné par *The Pharmacy Act,* en 1852 (Collin *et al.*, 1994).

La pharmacie au Québec

En Nouvelle-France, dès les débuts de la colonie, les apothicaires français espèrent connaître la « médecine des sauvages ». Mais, aux 17e et 18e siècles, à peine quelques plantes vont être prisées par le corps médical et exportées en Europe : produits de sapin, bière d'épinette… (Collin *et al.*, 1994).

En fait, on se soigne comme en France dans la colonie aux 17e et 18e siècles, période des grandes épidémies : typhus, variole, rougeole, etc . Le corps médical favorise la saignée (par les chirurgiens, toujours inspirée de la médecine des humeurs), et on abuse de lavements (par les apothicaires). La plupart des remèdes viennent de France (Collin *et al.*, 1994).

Du reste, on se forme toujours en France et la structure du corps médical est sensiblement la même. Les docteurs en médecine occupent le sommet de la hiérarchie, où ils doivent assumer certaines fonctions importantes et essentielles à la colonie, mais ils y soignent aussi les quelques riches. Les nombreux chirurgiens soignent la population, car il y a très peu d'apothicaires en Nouvelle-France, ceci, parce que le marché n'est vraisemblablement pas assez rentable, les remèdes étant préparés et distribués par les médecins, les chirurgiens et les communautés religieuses. En fait, c'est via les apothicailleries[11] des hôpitaux de Québec et Montréal, de même que via l'apothicaillerie du collège des Jésuites à Québec, qu'on approvisionne la colonie en remèdes aux 17e et 18e, ces derniers qui sont fabriqués essentiellement à partir de médicaments simples ou composés, importés de France (Collin *et al.*, 1994).

Après la Conquête, plusieurs apothicaires et chirurgiens d'origine britannique viendront s'installer à Québec et Montréal. Il faut se rappeler que les apothicaires

---

[11] En note de bas de page 12 de son livre, Collin *et al.*, (1994) introduisent l'origine de ce terme en parlant des « *espiciers* ». En fait, le terme *apotheca* entre dans l'usage au Moyen Âge pour parler d'une boutique quelconque, et celui d'apothicaire, pour désigner des marchands épiciers et droguistes. Graduellement, l'expression deviendra synonyme de vendeurs et préparateurs de remèdes.

britanniques exercent tout autant la médecine que la pharmacie, comme *general practionner of medecine*.

Or, c'est grâce à une Ordonnance royale, adoptée en 1788, concernant le besoin de se soumettre à un examen, à un des deux bureaux d'examinateurs (Québec et Montréal) constitués de l'élite de la profession médicale, pour l'obtention d'une licence afin de pratiquer l'une des différentes branches de « l'art de guérir » dans la Province de Québec, et aussi grâce à la mise en place de structures s'inspirant de celles qui prévalent en Grande-Bretagne, que les britanniques créeront déjà un nouvelle hiérarchie parmi les praticiens de la santé : au sommet les médecins, au second échelon les chirurgiens et, enfin, les apothicaires (Collin *et al.*, 1994).

À cet égard, seulement un candidat obtiendra le titre de médecin entre 1788 et 1800. Le titre de médecin sera octroyé de plus en plus à partir de 1801, mais le titre de « médecin/chirurgien » deviendra la norme en place et lieu du titre de « chirurgien/apothicaire ». Puis à partir de 1831, une distinction nette s'opérera : les licenciés en médecine, chirurgie et accoucheur et les détenteurs d'une licence d'apothicaire, *chemist and druggist* (Collin *et al.*, 1994).

Du reste, en 1823, les médecins voudront d'une part empêcher les apothicaires de visiter les malades et prescrire des remèdes et, d'autre part, inspecter les pharmacies via les bureaux médicaux. Ils obtiendront gain de cause par une loi adoptée en 1831, prévoyant des amendes pour les apothicaires qui visitent des malades, leur laissant seulement la possibilité de vendre des remèdes. Cette loi prévoira aussi des sanctions pour la pratique illégale de la médecine par des individus non-licenciés (Collin *et al.*, 1994).

> Ce n'est finalement qu'en 1847 que les médecins obtiendront, via la création du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, le pouvoir de se gouverner eux-mêmes et, du même souffle, de peser plus lourdement encore sur la destinée des autres branches de l'art de guérir dont, bien sûr, la pharmacie (Collin *et al.*, 1994, p. 87).

De même, c'est en 1870 que les pharmaciens forment l'Association Pharmaceutique de la province de Québec qui, inspiré du *Pharmacy Act* de 1868 en Grande-Bretagne, leurs donne le pouvoir de réglementer l'exercice de leur profession. En 1875, la première loi de pharmacie, votée par l'Assemblée législative, leurs confère un statut privilégié et un monopole d'exercice en matière de fabrication et de distribution des médicaments, annulant du même coup leur droit à diagnostiquer et à prescrire. Par cette loi, les pharmaciens se voient conférés, via l'Association pharmaceutique, le pouvoir de contrôler leur profession en fixant ses critères d'accès de même que le contenu de la formation. En fait, cette première loi de pharmacie de 1875 est le point culminant d'une « période d'éveil » de la profession, de 1832 à 1870, source de biens des tensions entre médecins et apothicaires (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

Aussi, durant ces années, on voit une explosion démographique et, par le fait même, le champ de la pharmacie connaît une popularité croissante. Il en va de même pour ces fameux remèdes secrets (*patents medicines*), importés de Londres et de la France, qui connaissent un engouement comme panacées auprès de la population. D'ailleurs, certains pharmaciens confectionnent eux-mêmes ces fameux « remèdes à patente », particulièrement à partir de 1850. Aussi, dans les boutiques, on voit poindre de plus en plus de produits autres que de la sphère thérapeutique (articles de toilette, denrées, accessoires de photographie, etc.), la profession de pharmacien est alors en parfaite symbiose avec le monde des affaires (Collin *et al.*, 1994).

Mais cette loi de pharmacie de 1875 n'empêchera pas l'exercice difficile de ce monopole par les pharmaciens, pour près d'un siècle, étant donné ses nombreuses faiblesses. D'une part, en rapport avec les médecins, qui garderont certains privilèges de pratiques pharmaceutiques en tant que propharmaciens jusqu'en 1973, d'autre part, parce que la loi ne touche pas les grossistes en médicaments et les hôpitaux, ces derniers fabriquant par ailleurs des remèdes pour leurs malades et, d'autre part enfin, parce que toutes formes de magasins pourront continuer à vendre des médicaments

brevetés, dont les ingrédients demeureront secrets pour plusieurs années (Sirop Lambert, Pilules Carter's…), (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

D'ailleurs, les médicaments brevetés, dont les pharmaciens n'ont pas la vente exclusive et au sein desquels le marché est en plein essor lorsque les pharmaciens viennent juste d'obtenir le droit de réglementer leur pratique en 1875, seront la source des débordements commerciaux que les pharmaciens feront dès le début du 20^{e} siècle, cela, afin d'assurer leur survie : vente d'articles de toilettes, de vêtements, jouets, etc. (Collin, 1995).

Précisons que ces fameuses « médecines brevetées ou patentées » (en France : « remèdes secrets ou spécialités ») auront d'ailleurs commencé à être populaires pendant les grandes épidémies du 19^{e} siècle, les praticiens d'une médecine pré-scientifique étant relativement encore impuissants face à ces fléaux. Cette popularité grandissante sera renforcée au cours de la même période par de nombreuses publicités vantant leurs propriétés miraculeuses, bien plus d'ailleurs que les toxicomanies, les décès chez les enfants et les intoxications qu'ils provoquent, étant donné leur contenu, tenu pour secret : alcool, dérivés de l'opium, cocaïne, etc. (Collin *et al.*, 1994).

Semblablement, c'est déjà depuis la moitié du 19^{e} siècle, mais encore plus rapidement au tournant du siècle, que l'industrie pharmaceutique d'envergure internationale se développe, par la fabrication de médicaments de synthèse. Les pharmaciens qui, par la loi de pharmacie de 1875 avaient entrepris la formalisation et la normalisation d'un savoir reconnu, entre autre par la mise sur pied du *Montreal College of Pharmacy* (1868), de l'École de pharmacie de Montréal (1906) et de l'École de pharmacie de l'université Laval à Québec (1924), doivent alors revoir leur curriculum de formation, cette dernière étant axée alors sur les propriétés thérapeutiques des substances, ainsi que sur leur mélange : cours de matière

médicale[12], de chimie biologique[13], de pharmacie galénique[14], de pharmacie magistrale[15], etc. (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

Ainsi, c'est au cours des années quarante que les pharmaciens seront graduellement formés à la biochimie, la chimie organique, à la physiologie, à l'aube des percées scientifiques et techniques dans l'après-guerre. Et cet essor pharmaceutique ne peut être mieux illustré par le fait que 90 % des médicaments prescrits en 1966 n'existaient pas en 1945. Au demeurant, l'essor rapide de l'arsenal thérapeutique demandera des ajustements constants de la part des pharmaciens, notamment pour répondre aux exigences croissantes des organismes gouvernementaux (stupéfiants, drogues et aliments), en rapport avec les normes de cette nouvelle pratique, et pour suivre leurs achats et les ventes de certains médicaments (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

Il s'en suit que, dans l'après-guerre, s'estompe une dimension importante du rôle professionnel du pharmacien, faisant de moins en moins de préparations extemporanées au profit de produits finis parvenant des compagnies pharmaceutiques, un mouvement qui sera accentué par la relation privilégiée qu'entretiendront ensuite lesdites compagnies et les médecins, à qui revient le pouvoir de prescrire les médicaments (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

Cela dit, c'est aussi dans le contexte de la deuxième guerre que l'état devient de plus en plus interventionniste, par le début du développement des politiques sociales au pays et que, comme participation du gouvernement aux affaires socio-économiques, « l'État providence » fait naître, entre 1940 et 1945, l'assurance-chômage et les

---

[12] Ensemble de matières premières (végétales, minérales et animales) ayant des propriétés médicales et thérapeutiques. Quasi-synonyme : pharmacopée.

[13] Terme équivalent à biochimie : science qui traite de la constitution chimique des êtres vivants et des réactions chimiques dont ils sont le siège.

[14] Il s'agit de tout ce qui entoure le dosage des médicaments, leur stabilité, leur conservation, la fréquence et l'absorption.

[15] En rapport avec les préparations médicamenteuses dont la composition est prescrite par le médecin spécialement à l'intention d'un malade, par opposition aux médicaments distribués sous un nom commercial.

allocations familiales. Aussi, à la fin des années 50, le fédéral propose aux provinces de mettre sur pied un programme d'assurance-hospitalisation (Collin *et al.*, 1994).

Bien plus, suite d'une Commission royale d'enquête du Canada (1961-1965), le gouvernement québécois instaure en 1970 un régime public et universel d'assurance-maladie, après les conclusions de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES) créée en 1966 et présidée par C. Castonguay et G. Nepveu. Pour les pharmaciens plus particulièrement, le Programme d'assistance-médicament entrera en vigueur en 1972, pour les personnes recevant de l'aide sociale et une partie du 3^{e} âge d'abord, ensuite, pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

Parallèlement, c'est dans ce contexte de rationalisation de l'organisation du travail en santé, pendant les années soixante, que les diverses autorités fédérales et provinciales mettent en évidence la sous-utilisation qui est faite de la compétence des pharmaciens, dans leur travail en officine. C'est alors que le Collège et les institutions universitaires comprennent l'urgence de former plus de pharmaciens, ces dernières s'orientant vers la « *pharmacie clinique*[16] », une conception venant des Etats-Unis, où les services pharmaceutiques sont plutôt centrés sur les besoins du patient, par une analyse de la médication prescrite et une observation de la réponse thérapeutique (Collin *et al.*, 1994; Collin, 1995).

Mais il en va tout autrement sur le plan de la pratique en officine, où la concurrence des épiciers, des super-marchés et des grands magasins sévit auprès des pharmaciens, qui n'ont d'autres choix que de s'inspirer des stratégies de leurs concurrents pour assurer leur survie économique, même si leurs techniques marketing sont

---

[16] La pharmacie clinique consiste à analyser la médication prescrite et à observer chez le patient la réponse thérapeutique obtenue. Les principaux paramètres qui s'y rattachent sont : l'histoire de cas du patient, la détermination du profil de consommation des médicaments, l'étude de la pathologie actuelle, l'analyse du traitement prescrit en rapport avec la condition du patient, l'observation de la réponse au médicament prescrit, la surveillance des interactions possibles avec d'autres médicaments, la discussion avec le médecin traitant et, enfin, le conseil au patient sur les conditions permettant d'assurer l'efficacité maximale du médicament (Collin, 1995).

incompatibles avec l'image professionnelle, un commercialisme[17] qui est d'ailleurs dénoncé par d'autres pharmaciens comme dévalorisant la profession et rendant les services pharmaceutiques non-conformes à ce que la société est en droit d'espérer (Collin *et al.*, 1994).

À vrai dire, dès les années soixante, la profession est en crise d'identité. Plusieurs indices font penser à une disparition des petites pharmacies de quartiers, d'une part parce que la concurrence sévit déjà en sol québécois et, d'autre part, parce qu'aux Etats-Unis, en 1962, les chaînes détiennent déjà 25 % de la part des ventes en pharmacie (Collin, 1995).

Ainsi, jusqu'au début des années soixante-dix, la pharmacie québécoise est surtout dominée par des petits pharmaciens propriétaires, indépendants et « solitaires », quoique certains font en commun leurs achats ou leur publicité. C'est à cause d'une concurrence de plus en plus féroce, d'une part, par les petits magasins de médecines brevetés et de spécialités pharmaceutiques et, d'autre part, par les épiceries, grands magasins et supermarchés, que l'expansion des chaînes de pharmacies, comme Jean Coutu, Pharmaprix et Cumberland, surviendra au Québec au début de années soixante-dix (Collin, 1995).

Or donc, c'est sur cette toile de fond d'idéaux professionnels et de réalités commerciales des plus pragmatiques, des années soixante, que les pharmaciens entreprennent, sur plus de dix ans, une longue démarche de reprofessionnalisation de leur pratique professionnelle, commençant par l'élection, en 1961 et aussi en 1963, de gouverneurs du Collège, aux orientations de plus en plus radicales par rapports aux précédents. Ces dirigeants seront à l'origine du projet d'amendement de la Loi sur la pharmacie, qui sera adoptée finalement en 1964, comme résultat d'un compromis entre les acteurs du milieu : industrie pharmaceutique, profession médicale et concurrents commerciaux, pour ce qui a trait à l'exclusivité de la vente des médicaments brevetés, la tenue des pharmacies et l'obtention du droit, pour les

---

[17] Terme utilisé par les pharmaciens de l'époque pour désigner la commercialisation de la profession.

pharmaciens, de substituer aux médicaments prescrits leur équivalent générique (Collin, 1995).

C'est ainsi que plusieurs de ces mesures seront mieux défendues, après plusieurs compromis bien sûr, par la Loi de pharmacie de 1973, dans la foulée de l'adoption du Code des professions et de la mise en place de l'Office des professions en 1973[18], via les règlements s'y rattachant et proposés en 1974 par la corporation (Collin, 1995).

Selon cette nouvelle Loi de pharmacie de 1973, qui redéfinit la pratique de la pharmacie,

> (L)'ordonnance est définie comme *une autorisation* de fournir des médicaments ou des poisons plutôt que comme *un ordre*, ainsi que le précisait la version antérieure de la Loi. Si l'exercice de la pharmacie continue d'être dépeint comme *tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison,* un second volet s'ajoute désormais à cette définition. On reconnaît aux pharmaciens un nouveau rôle, celui de communiquer des *renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons*. Il doit en outre établir un dossier pour chaque personne recevant des médicaments d'ordonnance et voir à son *étude pharmacologique*. (Collin *et al.*, 1994, p. 295).

Pour ce qui est des règlements de 1974, proposés par l'Ordre des pharmaciens du Québec, ils ont trait entre autres à la publicité des pharmaciens, ainsi qu'à la tenue des pharmacies. Ces derniers n'auront droit, dans leurs publicités, que de mentionner leur nom, leurs titres professionnels, l'adresse et les heures d'ouverture de leur pharmacie et on leur demandera d'effectuer leur pratique professionnelle dans un local clos, complètement distinct de tout site commercial, où l'on vend autre chose que des produits pharmaceutiques (Collin *et al.*, 1994).

Du reste, ces fameux projets de règlements seront publiés dans la *Gazette officielle du Québec* en juillet 1974, mais ils susciteront tellement de réactions de la part des

---

[18] Elle-même étant issue de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES) qui fera un examen minutieux de la structure professionnelle québécoise entre 1971 et 1973, par la présentation, par les cinquante corporations existantes, de pas moins de 153 mémoires (Collin *et al.*, 1994).

fabricants, des grossistes et de certains pharmaciens, qu'ils forceront l'Office des professions à tenir des audiences publiques, cette dernière qui entérinera le règlement sur la publicité, mais apportera des changements importants sur celui concernant la tenue des pharmacies. Néanmoins, une centaine de propriétaires de pharmacies de grande surface contesteront pendant 10 ans, devant les tribunaux, le nouveau règlement sur la publicité qu'ils dénoncent alors comme faisant entrave à la liberté de commerce (Collin *et al.*, 1994).

D'ailleurs, l'expansion des chaînes de pharmacies comme Jean Coutu, Pharmaprix et Cumberland, surviendra au Québec, au début de années soixante-dix, et cette dernière se fera bien au détriment des petits pharmaciens propriétaires, qui perdront alors 35 % de leur part de marché, avant de se regrouper pour combattre *l'ennemi* sur son propre terrain, sous des bannières comme Uniprix, Pharmaxi, etc., en 1977 (Collin, 1995).

L'Association Québécoise des Pharmaciens Propriétaires (AQPP) proposera aussi la création d'une centrale d'achat de médicaments en 1980, une entité permettant aux pharmaciens d'offrir les médicaments à un prix d'acquisition uniforme, permettant dès lors l'établissement d'une saine compétition en fonction des services plutôt qu'en fonction du prix des médicaments (Collin *et al.*, 1994).

> Au cours des années 80, de semblables débats continuent d'habiter la profession. Ceux-ci tournent autour des moyens à mettre en œuvre pour permettre aux pharmaciens d'officine d'exercer d'une manière véritablement professionnelle, dégagée des contingences du commerce et de la quête du profit. Des positions irréconciliables, celle de la pharmacie ne vendant que des médicaments et celle de la « super pharmacie » persistent à faire des adeptes de part et d'autre (Collin *et al.*, 1994, p. 310).

Malgré ces positions irréconciliables en sol québécois, c'est entre 1980 et 1989 qu'émergera aux États-Unis, de la pharmacie clinique des années soixante déjà pratiquée en milieu hospitalier par des pharmaciens spécialisés (Pharm. D.), le concept des soins pharmaceutiques. En fait, dès 1989, c'est particulièrement Charles Hepler et Linda M. Strand qui définirent, dans un article intitulé « *Opportunities and*

Responsabilities in Pharmaceutical Care » (Hepler & Strand, 1990), ce nouveau concept de « *pharmaceutical care* ».

À cette époque-là, Hepler et Strand (1990) définirent alors le « *pharmaceutical care* » (ou soins pharmaceutiques) dans sa version initiale allant comme suit : « *The responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving benefit outcomes that improve a patient's quality of life* » (Kelly, 2002, p. 98). Depuis ce temps, quelques remaniements de cette définition ont été effectués par les leaders de la profession, aux États-Unis.

Plus tard, en contexte québécois en 1995, les soins pharmaceutiques seront alors redéfinis par l'Ordre des pharmaciens du Québec comme : « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative » (Ducharme, 1995, p. 12).

Et justement cet ensemble d'actes et services professionnels que doit procurer un pharmacien à tout patient ne survenant pas en vase clos, mais plutôt en interdisciplinarité et complémentarité avec d'autres professionnels, c'est par l'entremise de la Loi 90 de 2002 que le Code des professions fût modifié de façon substantielle, permettant légalement au pharmacien le pouvoir de surveiller la pharmacothérapie des patients (Bureau de l'Ordre des Pharmaciens du Québec) (OPQ), 2004).

Ceci étant, tout au long de cette histoire de la pharmacie nous assistons assurément à une mise en œuvre réelle, voire historique, d'une pratique professionnelle : celle de la pharmacie, en tant que construction sociale.

Question générale de la présente recherche
Remise en question des méthodologies d'application
de la pratique de la pharmacie et de la gestion de projet :
apport théorique nécessaire.

Les derniers moments de l'histoire de la pharmacie, répertoriés sommairement pour les fins poursuivies ici, laissent une interrogation sur l'importance du concept des soins pharmaceutiques, pourtant si cher à la profession de pharmacien jusqu'à 1995. En fait, pendant que Tindall et Millonig (2003) s'intéressent toujours aux concepts des soins pharmaceutiques aux Etats-Unis, comme en fait foi le titre révélateur « *The dream of pharmceutical care* », de leur chapitre d'introduction d'un ouvrage collectif intitulé « *Pharmaceutical care : insights from community pharmacists* », publié par un éditeur renommé (CRC Press), ici au Québec, le « Guide d'interprétation des nouvelles dispositions de la *Loi 90 sur la pharmacie* et du *Code des professions* », publié en janvier 2004 par l'Ordre de pharmaciens du Québec, lui réserve une modeste place en page 24, par sa simple définition adoptée en 1995.

En fait, en pharmacie, malgré que le concept des soins pharmaceutiques ait eu un fort « potentiel de réalisation » professionnelle, en tant que méthodologie d'application pour la profession de pharmacien, nombreuses sont les barrières qui ont été identifiées pour sa mise en application réelle dans la pratique professionnelle des pharmaciens. Entre autre, ces barrières ont été identifiées et regroupées sous différents thèmes: le manque de formation du personnel, le manque de temps, le manque d'accès aux dossiers médicaux, l'inaccessibilité à une documentation scientifique, la mauvaise structure de rémunération des pharmaciens, l'attitude des pharmaciens, des médecins, des clients, etc. (Krska & Veitch, 2001; Tanna, 2002).

Ceci est fort intéressant car, de la même façon, on remet en question le réalisme de certaines parties de la méthodologie d'application de la gestion de projet, étant donné l'abondance, dans la documentation scientifique, de conseils normatifs, en dépit d'évidence empirique. On relève la présence d'histoires de cas reflétant, soit des histoires à succès, démontrant les avantages de suivre la méthode de gestion de projet, soit des histoires d'insuccès, démontrant ce qui pourrait arriver si on

n'applique pas ladite méthode éprouvée. Bref, on propose ici des models élégants, des vérités universelles (Packendorff, 1995).

Du reste, le débat sur l'utilisation de la « théorie[19] », pour mieux expliquer la pratique professionnelle et relever l'impasse, est lancé, cela, autant en pharmacie qu'en gestion de projet! À vrai dire, en pharmacie, ledit débat soulève de nombreux éléments pertinents car, dans un article intitulé « *Arguments for theory-based pharmacy practice research* » (Norgaard, Morgall & Bissell, 2000), plusieurs arguments sont en faveur de l'utilisation de la *théorie*[20], notamment en recherche en pratique de la pharmacie (RPP)[21].

C'est que l'utilisation d'une théorie est nécessaire, selon les auteurs de cet article, parce qu'il y a une tendance à privilégier les études descriptives qui adressent souvent les questions du « quoi » et du « combien », mais rarement du « pourquoi » (Norgaard *et al.*, 2000)

De ce point de vue, la RPP comporte un « piège », soutiennent les auteurs : celui de vouloir résoudre les problèmes courants de la pratique professionnelle, passant outre l'analyse plus en profondeur, pourtant cruciale à une recherche qui se veut significative.

---

[19] La définition du terme « théorie » suit immédiatement ci-dessous.

[20]En fait, bien qu'ils reconnaissent qu'il existe plusieurs définitions de ce qu'est une théorie, les auteurs de l'article proposent d'utiliser la définition suivante : *« une théorie est une explication de la réalité qui va au-delà de ce qu'on peut voir et mesurer. Elle comporte un ensemble de définitions inter-reliées et de relations qui organisent nos conceptions et notre compréhension du monde empirique, d'une façon systématique »* (traduction libre). Au demeurant, Norgaard *et al.* (2000), vont beaucoup plus loin, dans article, et renchérissent en nous expliquant que peu importe les observations et interprétations qu'un chercheur effectue, pour comprendre la réalité sociale, elles ont toujours des assertions théoriques, d'une façon ou d'une autre. C'est parce qu'aucune *réalité* n'est présente, indépendante des préconceptions que chacun a, à propos de ladite *réalité*. Il est donc fallacieux de prétendre que ces assertions théoriques préconçues n'influencent pas les résultats trouvés, d'une façon ou d'une autre, étant données l'organisation, l'analyse et l'interprétation des observations effectuées, en cours de recherche, et conditionnées par les présupposés théoriques du chercheur. Or donc, cette définition suggérerait que les théories sont des corpus de connaissances, comme *structure théorique* plus élaborée, complexe et sophistiquée, qui permettraient de comprendre la réalité.

[21] La discipline de la pratique de la pharmacie (*pharmacy practice* en anglais), s'intéressant à l'utilisation des médicaments et aux pratiques des pharmaciens, est une discipline émergente comportant un certain corpus de connaissances issues de liens transversaux évidents avec d'autres champs de connaissances, notamment les champs de connaissances de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie, de la pédagogie, de l'économie de la santé et autres.

En vérité, on retrouve la même mise en garde, ailleurs, avec Bissel et Traulsen (2004). Ces derniers nous révèlent que Mays (1994) avait fait une revue critique de la documentation en recherche en pratique de la pharmacie (RPP) et avait appelé la communauté de chercheurs dudit domaine à un plus grand engagement avec la théorie.

Bien plus, Mobach (2002) tenait aussi un propos sur la pertinence des recherches quantitative et qualitatives en RPP et disait alors, qu'en général, la recherche en soins pharmaceutiques se concentre sur les faits et les interventions, où les chercheurs essaient de relever les faits pertinents de la pratique de la pharmacie, avec des méthodologies, des méthodes et des techniques, en tant qu'outils qui se raffinent et qui augmentent leur connaissance de la pratique professionnelle courante (Bissel *et al.*, 2004).

Plus encore, arrivant aux mêmes conclusions que les précédents auteurs, Harding, Gantley & Taylor (2002) portent à notre attention une distinction importante entre une recherche orientée théoriquement (*theory-oriented*) et une recherche orientée vers la résolution de problèmes (*problem-oriented*). Selon eux, cette distinction reflète en fait les positions épistémologiques[22] différentes des chercheurs, ces dernières qui ont pour origine les diverses assertions de ceux-ci à propos de ce que constitue une connaissance légitime.

De façon quasi identique, la gestion de projet questionne la pertinence de l'apport de la théorie à son champ d'expertise professionnelle. Soderlund (2004) commence par nous éveiller au fait que la recherche en gestion de projet commence à être inter-disciplinaire, car différents domaines d'étude s'intéressent audit sujet : la psychologie, la pédagogie, l'administration des affaires, la théorie organisationnelle, l'ingénierie et la sociologie.

---

[22] L'épistémologie, « c'est essentiellement l'étude critique des principes, des hypothèses et des résultats des diverses sciences, destinée à déterminer leur origine logique (non psychologique), leur valeur et leur portée objective ». (Lalande, 1999).

Mais, selon Soderlund (2004), il y a un réel besoin d'entamer une discussion sur l'identité et le contenu du champ de recherche en gestion de projet, ceci, parce cette dernière fût trop étroite et peu développée ces dernières années. Soderlund (2004) cite à cet égard Shenhar & Dvir (1996). Ces derniers affirment que : « une grande partie de la recherche en gestion de projet souffre d'un manque de base théorique et de l'absence de concepts » (traduction libre) (p. 184).

Qui plus est, c'est une veine que poursuit aussi Packendorff (1995) tout au long de son article, que résume bien le sommaire de ce dernier (*abstract*) :

> Le champ théorique de la gestion de projet peut être décrit comme un ensemble de modèles et de techniques pour la planification et le contrôle d'entreprises complexes où, d'une part, la gestion de projet est considérée comme une théorie générale, d'autre part, qu'elle n'est pas assez empirique et, d'autre part enfin, que les projets sont considérés comme des outils (traduction libre) (p. 319).

La théorie en recherche en pratique de la pharmacie : un apport de la sociologie.

Bissell, Traulsen & Haugmolle, (2001) se sont intéressés à la place de la sociologie en pratique de la pharmacie, voyant dans les théories du social une connaissance conceptuelle riche à l'étude de la pratique de la pharmacie.

Dans leur article, les auteurs nous sensibilisent à l'utilisation pertinente de la théorie sociologique, comme capacité d'explication et de sophistication en recherche en pratique de la pharmacie, notamment, pour l'élaboration des questions de recherche (*framing*) ou pour l'interprétation de données (Bissell, *et al.*, 2001).

Or, tout n'est pas dit. S'inspirant de Nettleton (1995), les précédents auteurs nous précisent que la sociologie est justifiable par le fait que la santé et la maladie sont des phénomènes sociaux qui amènent vers l'analyse sociologique, notamment si on réalise, qu'essentiellement, ces dernières sous-tendent des croyances en santé, des relations avec les professionnels de la santé, etc. (Bissell, *et al.*, 2001).

Qui plus est, l'analyse sociologique est aussi rendue pertinente par le fait que les soins de santé surviennent dans un contexte organisationnel spécifique : la visite chez un médecin, le passage chez un pharmacien, le complément de services individuels nécessaires par les infirmières, dans certains cas.

De fait, tous les soins de santé ont une médiation via les relations sociales et les structures sociales et c'est le but de la sociologie de les comprendre[23], ceci, sous le joug de trois aspects particuliers : le rôle de la structure[24], le rôle de l'agent[25] et la relation entre les deux, dans toute théorie sociologique particulière. Notamment, à propos de ladite relation, les sociologues caractérisent leurs théories, soit en mettant l'emphase sur la structure, soit en la mettant sur l'agent (Bissell, *et al.*, 2001).

En considération de ce qui précède, posons-nous la question suivante : Existe-t-il une sociologie de la pratique de la pharmacie, permettant de mieux comprendre ses relations et structures sociales, en tant que construction ou système social?

Cela dit, même s'il semble de prime à bord que l'on prend le large de la gestion de projet, ladite sociologie constitue une occasion unique, d'une part, de réfléchir sur les formes différentes d'exploration de la pratique de la gestion de projet. Nous le répétons, n'est-ce pas ce que se propose de faire le courant critique avec Nocker (2006)?

D'autre part, une réponse à ladite question est l'occasion de tisser des liens avec les conceptions de Boutinet (2006) sur les conduites à projet et, ainsi, explorer de nouvelles figures du projet. Allons-y!

---

[23] À cet égard, nous pouvons, pour les besoins de notre propos, définir la sociologie comme l'étude ou la science de la société, cette dernière étude chevauchant plusieurs disciplines comme, l'économie, l'anthropologie, la psychologie, etc. Somme toute, le statut hybride de cette discipline, qu'est la sociologie, emprunte et transforme des connaissances issues, tantôt des autres sciences sociales, tantôt du discours populaire (Bissell, *et al.*, 2001).

[24] Les auteurs citent Marshall, qui définit la structure sociale comme faisant référence à tout modèle récurent de comportement social ou les interrelations entre les différents éléments d'un système social ou d'une société (Bissell, *et al.*, 2001).

[25] Les auteurs définissent le rôle de l'agent, par opposition à la structure, comment faisant référence au pouvoir des acteurs (les individus) qui peuvent opérer indépendamment des contraintes (sociales) déterminantes des structures sociales.

Problème spécifique de la recherche
Pour une sociologie générale de la pharmacie :
recension de théories sociologiques en recherche en pratique de la pharmacie.

L'International Journal of Pharmacy Practice est constitué de différents articles qui présentent différentes perspectives sociologiques pour réfléchir sur la pratique de la pharmacie. Nous exposerons brièvement, dans ce qui suit, les principaux éléments de trois théories modernes[26] du social, à savoir, le fonctionnalisme et le marxisme, deux courants de pensée qui mettent l'accent sur la structure, et l'interactionnisme, un courant théorique qui privilégie l'agent/action[27]. Je rappelle que cet exercice, à sa toute fin, va nous permettre de réfléchir sur la pratique de la gestion de projet.

Le fonctionnalisme en sociologie et la recherche en pratique de la pharmacie

Bissell, Traulsen & Haugmolle (2002a) se sont intéressés au fonctionnalisme à la Parson.

D'abord, disons que le fonctionnalisme est une des perspectives théoriques en compétition avec d'autres, qui veut comprendre la nature du monde social. Cette perspective est basée sur les métaphores de la biologie : les fonctionnalistes voient les sociétés comme des touts ou systèmes, contenant des éléments en auto-régulation et interagissant. Un de ces auteurs fonctionnalistes est Talcott Parsons.

---

[26] Les théories modernes du social s'opposent aux théories post-modernes. Jean-François Lyotard (1979) a bien différencié ces deux termes dans son hypothèse de travail remettant en question le statut du savoir. Le mot postmoderne « désigne l'état de la culture après les transformations qui ont affecté les règles de jeux de la science, de la littérature et des arts, à partir de la fin du 19e siècle » (p. 7). On peut donc appeler « moderne » la science qui tient, sur son propre statut, un discours de légitimation inspiré des grands récits, comme l'émancipation du sujet raisonnable, le développement de la richesse, etc. Or, cette légitimation des « métarécits » est de plus en plus remise en question dans la post-modernité.

[27] En rapport avec le but que nous poursuivons ici, ayant déjà traité des *théories des professions,* nous ne ferons ici référence qu'à seulement trois des huit articles parus dans la revue *International Journal of Pharmacy Practice,* entre 2001et 2004. Ces différents articles, traitant de théories sociologiques comme : le féminisme (Bissell, Traulsen & Haugmolle, 2003a); l'ethnicité en santé (Bissell, Traulsen & Haugmolle, 2003b); la société de risque (*risk society*) (Traulsen et Bissel, 2003) et les écrits de Michel Foucault (Ryan, Bissel et Traulsen, 2004), sont pertinents pour mieux comprendre la pratique de la pharmacie en offrant aux chercheurs de ce champ de connaissances des discernements (*insights)* intéressants pouvant encadrer et structurer *(framing)* des questions de recherche. Lesdites théories sont par contre moins pertinentes ici pour le parallélisme que nous voulons dégager.

Parsons met l'emphase sur les notions d'idées[28], de valeurs[29], de normes[30], qui « collent » ou « tiennent » la société dans un ensemble. Il parle de l'intégration des actions individuelles qui deviennent orientées vers les normes et valeurs couvrant (*overarching*) les systèmes sociaux (Bissell, *et al.*, 2002a).

En fait, Parsons voit la société comme un système, où plusieurs institutions, comme la famille, la religion, la loi et la médecine, socialisent les membres de ladite société, par rapport aux rôles attendus, aux normes et aux valeurs sociétales. L'idée clé de Parsons est la socialisation. Ce concept couvre le fait d'apprendre à être social. Par ce mécanisme d'apprentissage social, nécessitant de part et d'autre de l'approbation dans les relations, les individus construisent des modèles d'interaction stables et apprennent les rôles sociaux (Bissell, *et al.*, 2002a).

À cet égard, une norme est un standard de comportement auquel les gens se conforment et où les rôles gouvernés par ces normes, et les normes elles-mêmes, sont déterminés par les valeurs sociétales. En bref, donc, Parsons soutient que le consensus de société est possible parce que les membres choisissent de suivre les rôles et responsabilités édictés par les institutions importantes, cela, afin de créer une stabilité, voire une sécurité (Bissell, *et al.*, 2002a).

Sans conteste, Parsons est le premier sociologue à avoir théorisé les relations entre les patients et les professionnels de la santé, en inventant le terme « rôle de malade » (*sick role)*. Ce dernier réfère au fait que notre répertoire de réponses à la maladie est gouverné par un ensemble d'attentes sociales et de responsabilités. Cette notion est en lien directe avec la pharmacie, sur les aspects débattus en recherche en pratique de la pharmacie (Bissell, *et al.*, 2002a).

---

[28] « Concept en tant qu'acte ou qu'objet de pensée, non en tant que terme logique » (Lalande, 1999, p. 447).

[29] « Le mot valeur… désigne plus précisément une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité se reconnaissent comme idéale et qui rend désirables ou estimables les individus, les groupes ou les conduites auxquels elle est attribuée » (Ferréol *et al.*, 2002, p. 217).

[30] « Règles ou modèles de conduite propres à un groupe ou à une société donnée, appris et partagés, légitimés par des valeurs, et dont la non-observance entraîne des sanctions. Les normes définissent le comportement approprié ou attendu dans la vie sociale » (Ferréol *et al.*, 2002, p. 129).

Le « rôle de malade[31] » (*sick role*) nous donne une façon de comprendre les droits et responsabilités que les patients devraient s'attendre dans leurs relations avec les professionnels de la santé, et les façons de fonctionner dans ce « rôle de malade », pour maintenir l'ordre. En fait, c'est parce qu'une personne qui expérimente la maladie est forcée de se tourner vers les autres et, ainsi, elle dévie des rôles et responsabilités sociales qui lui incombent. Or, en autant que les individus s'en tiennent aux éléments constituant le rôle de malade, ils rendent légitime cette *déviance*[32] (Bissell, *et al.*, 2002a).

Ce qui est intéressant pour les pharmaciens, en rapport avec ce rôle de malade, est le fait qu'ils sont un lien important dans la chaîne des soins de santé, par les médicaments qu'ils dispensent. En effet, ils renforcent les instructions du médecin et maintiennent cette idéologie et ces valeurs du rôle de malade. Concernant le rôle de la profession médicale plus particulièrement, elle exerce un contrôle social, comme institution importante. Ladite profession maintient l'ordre, en agissant comme gardien moral (via son pouvoir et son autorité) pour distinguer la normalité de la déviance, comme l'église dans l'histoire (Bissell, *et al.*, 2002a).

Malgré une meilleure compréhension des relations entre les malades et les professionnels de la santé, grâce aux notions de Parsons, certaines réserves et critiques s'appliquent aisément. Notamment, certaines maladies sont chroniques et les gens vivant ces maladies chroniques ne sont pas nécessairement exemptés de leurs obligations. Aussi, on questionne les différentes formes de traitements, de même que leurs risques associés, et certains patients peuvent choisir de rejeter

---

[31] Il y a quatre éléments constituant ce rôle de malade : (1) les gens malades peuvent être exemptés de leurs responsabilités sociales normales (ex : travail, tâches domestiques) ; (2) les gens sont réputés comme n'étant pas responsables de leur état; (3) les gens doivent vouloir guérir et, finalement, (4) les gens malades doivent chercher et coopérer avec les praticiens médicaux qui les aident à guérir (Bissel *et al.*, 2002a).

[32] En fait, ce qu'il faut bien comprendre ici, c'est qu'il s'agit d'une extention du terme *déviance* tel qu'il a commencé à apparaître, dans les années 1950, au sein de la sociologie américaine. Ce terme désigne en fait les comportements qui s'écartent de la norme et qui créent des dysfonctionnement et donnent lieu à quelque forme de sanction (Ferréol *et al.*, 2002). Ici, Bissel *et al.*,(2002a) nous présente une *déviance* à la Parson qui, inspirée de Freud, comporte comme assertion fonctionnaliste que la maladie menace l'ordre social du système et doit ainsi être améliorée.

l'expertise de la profession médicale, en ayant recours aux thérapies alternatives, non reconnues par les autorités médicales (Bissell, *et al.*, 2002a).

Le rôle de malade est alors bien plus considéré, dans cette optique, comme historique et culturel, car on observe une variation du rôle de malade dans le temps, les études montrant les variations de la morbidité par rapport au genre, à l'age, à la classe, etc. (Bissell, *et al.*, 2002a).

Somme toute, Bissel *et al.,* (2002a) croient qu'il y a une valeur analytique dans la notion de rôle de malade, cette dernière pouvant servir à guider les études théoriques et empiriques, par exemple, chez les personnes atteintes du SIDA. Citant Crossley (1998), les auteurs nous font remarquer que ces dernières sont invariablement dépendantes des connaissances médicales et des traitements inhérents à leur maladie.

Ceci étant dit, particulièrement en pharmacie, les auteurs pensent qu'il serait intéressant d'engager les modes d'analyse de Parsons, concernant la notion de *concordance*, en place et lieu de la notion d'*observance*, en termes de relation professionnel-patient, bien sur....[33].

En fait, c'est par opposition aux vues de Parsons, sur la relation professionnel-patient, qu'on veut questionner la notion de compliance, où un patient est alors passif à suivre fidèlement les instructions du professionnel, et où le premier doit manifester sa gratitude face au deuxième, ce dernier étant alors vu comme compétent et altruiste (Bissell, *et al.*, 2002a).

A contrario, la concordance consiste en un travail du prescripteur et du patient, en consultation, où il y a négociation entre égaux et où le but est une alliance thérapeutique entre eux, une alliance qui peut se solder en une entente de « différent », assumant le respect de la vision du patient (*agenda)* et la création d'une ouverture dans la relation, basée sur la réalité (Bissell, *et al.*, 2002a).

---

[33] Nous définissons immédiatement ces termes dans le paragraphe suivant.

Somme toute, les notions modernes de la concordance, où le patient est bien plus vu comme un consommateur, voire comme un agent actif investi d'une expertise à propos de sa condition et de ses traitements, nous force à nous éloigner d'une vue « parsonienne » de la relation professionnel-patient qui serait accrochée à une perspective traditionnelle de consultation, où le professionnel serait l'expert et non l'égal du patient (Bissell, *et al.*, 2002a).

Le marxisme en sociologie et la recherche en pratique de la pharmacie

Bissell, Traulsen & Haugmolle (2002b) se sont attardés aussi aux écrits de Karl Marx (1818-1883), qui est connu pour sa critique en économie politique, au 19^{e} siècle. L'idée maîtresse de Marx est que l'oppression et la misère résultent des classes sociales et des conflits de classes, par le fait que c'est la situation matérielle qui prévaut aux yeux des gens. Pour Marx, la classe ouvrière doit triompher face aux classes sociales dominantes, le partage pour tous et la non-exploitation des uns par les autres étant une fin à poursuivre.

Au surplus, ayant écrit durant la moitié du 19^{e} siècle, où l'industrialisation et l'urbanisation étaient rapides en Europe et où des changements profonds avaient lieu dans l'organisation de la société, Marx s'intéressa à mettre à jour les relations sous-jacentes aux structures politiques et sociales, ainsi que sous-jacentes aux institutions. En effet, selon Marx, ce sont les sociétés industrialisées qui ont organisé la société en deux classes distinctes, mais opposées : la bourgeoisie, ceux possédant les moyens de production, et le prolétariat, ceux qui sont engagés par les premiers, pour produirent les biens de consommation. En fait, Marx voulait démontrer comment les institutions de l'état capitaliste fonctionnaient pour maintenir l'ordre et le contrôle, la classe dirigeante construisant des idéologies particulières, utilisées pour contrôler les autres classes sociales (Bissell, *et al.*, 2002b).

Dans cet ordre d'idée, en termes sociologiques plus contemporains, les écrits de Marx s'intéressent à la question : *comment* les organisations sociales, les institutions et les relations économiques modifient les actions humaines et les pensées, et non le

contraire. En d'autres termes, la pensée marxiste met en évidence les actions individuelles (le rôle de l'agent) qui sont formées par et au travers des demandes du système social et économique (structure) (Bissell, *et al.*, 2002b).

Dans le domaine de la santé, plus particulièrement à travers la pensée marxiste, on s'est interrogé entre autre sur la nature du pouvoir médical comme institution qui maintient l'ordre. Cette dernière est impliquée dans le maintien de l'ordre, comme entreprise morale qui définit la normalité et qui punit la déviance. Les auteurs se sont intéressés au pouvoir de la médecine où cette dernière est porteuse de vérité, qui représente une force de maintien du contrôle social. D'ailleurs, selon la thèse de la médicalisation[34], la médecine occupe une position de pouvoir où elle influence les décisions en termes de bien/mal, bon/mauvais, etc. (Bissell, *et al.*, 2002b).

Quant à la pertinence de la pensée marxiste en recherche en pratique de la pharmacie, les auteurs relèvent que, dans certains pays, la pharmacie est engagée dans un projet professionnel pour réviser les rôles de la profession dans le système de soins de santé. Sur ce dernier aspect particulier, toujours en rapport avec la pensée marxiste, on constate que la pharmacie est subordonnée à la profession médicale en termes de prestige et de pouvoir, ce qui est un facteur important en ce qui concerne l'habileté et la volonté de la profession de relever de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités professionnelles. Qui plus est, ces initiatives sont circonscrites par les liens de la profession avec le commerce. Sur ce point, on voit la profession de pharmacien comme incomplète, une réalité révélée entre autre par la faible cohésion du groupe et l'absence d'autonomie professionnelle. (Bissell, *et al.*, 2002b).

Cela dit, certains éléments de la pensée marxiste ont été critiqués, entre autre, le déterminisme économique et le réductionnisme, qui mettent trop l'accent sur la façon par laquelle le système social détermine l'action, passant outre l'habileté des individus d'effectuer le changement social. En fait, on critique, de la pensée

---

[34] Faire relever de la médecine d'une façon indue, par exemple, pour ce qui a trait aux problèmes sociaux. La médecine prétend ainsi posséder toute la connaissance et les outils pour intervenir, revendiquant le soin de plusieurs problèmes.

marxiste, la trop grande emphase sur le rôle de la structure, où les individus seraient considérés comme dociles par rapport à l'ordre social (Bissell, *et al.*, 2002b).

La sociologie interactionniste en recherche en pratique de la pharmacie

Les sociologues se sont intéressés, à la suite des aspects déshumanisants du fonctionnalisme et du marxisme, à remettre l'humain au centre du projet sociologique. C'est ce qu'ont exploré Bissell, Traulsen & Haugmolle, (2002c).

Pour les fonctionnalistes et les marxistes, le comportement humain est considéré en rapport avec les nécessités du système social (Bissell, *et al.*, 2002a; Bissell, *et al.*, 2002b). Parce que les sociologues furent concernés, dès les années cinquante et soixante à situer les activités, les expériences et les compréhensions des êtres humains au centre du projet sociologique, la déshumanisation du marxisme et du fonctionnalisme fit place à un sociologie du symbolisme, par l'utilisation des méthodes dites « naturalistes[35] », par exemple, l'ethnographie[36]. L'interactionnisme symbolique fût populaire durant les années soixante et soixante-dix, mais il est considéré aujourd'hui plutôt comme une collection d'idées qui se rassemblent pour la recherche empirique en sociologie. Au demeurant, son thème central est le rejet de la notion que les structures sociales peuvent déterminer, voire modeler les activités des êtres humains. On veut rejeter ainsi l'idée que les structures sociales influencent l'action (Bissell, *et al.*, 2002c).

À l'inverse du marxisme et du fonctionnalisme, les interactionnistes définissent les *patterns* [37]sociaux grossièrement, où la conduite individuelle comporte une latitude pour l'originalité, la flexibilité et la variété. À cet égard, les auteurs citent Becker, pour qui la société est ni plus ni moins que des choses ensemble, les structures et les

---

[35] Le naturalisme est la doctrine philosophique pour laquelle il n'existe rien en dehors de la nature, c'est-à-dire rien qui ne se ramène à un enchaînement de faits semblables à ceux dont nous avons l'expérience.

[36] L'ethnographie est l'étude descriptive de la société, particulièrement humaine. Elle est basée sur le fait qu'on amasse des données sociologiques par les interviews et l'observation des sujets sur le terrain. L'ethnographie, requière donc l'immersion complète du chercheur dans la culture, voire dans vie quotidienne des gens, qui sont l'objet de la recherche.

[37] Dans le sens de configurations sociales, voire de structure.

systèmes sociaux étant de pures inventions des sociologues, ne correspondant à rien de tangible dans la vie sociale (Bissell, *et al.*, 2002c).

C'est donc par des situations réelles de la vie que la vie sociale peut être comprise, lesdites situations que les gens expérimentent devenant alors significatives. En bref, selon les interactionnistes, la vie sociale est construite par les individus eux-mêmes, par leur interaction avec les autres et non modélisée par une entité impersonnelle, extérieure, voire par une structure objective. Somme toute, c'est à travers la construction de sens que les personnes connaissent le monde et peuvent effectivement agir sur celui-ci. En d'autres termes, la sociologie interactionniste veut comprendre jusqu'où l'individu modifie et est modifié par les environnements sociaux (Bissell, *et al.*, 2002c).

Le but de la sociologie devient donc, selon les interactionnistes, de documenter comment les gens construisent et donnent une signification à leur vie par l'interaction. Et précisons que pour les interactionnistes, les compréhensions ou significations sont fragiles et ambiguës. Elles doivent donc toujours être retravaillées. Or, en rapport avec ces significations retravaillées, le *soi* n'est pas une entité fixe mais émergente et en continuel développement, via justement l'interaction avec les autres (Bissell, *et al.*, 2002c).

Sous ce dernier aspect du soi, particulièrement au sein des environnements sociaux entourant la santé et la maladie, soulignant les travaux de Cornwell (1984), les auteurs attirent notre attention sur le fait que, même si les personnes se disent en santé, il n'y a pas nécessairement une histoire médicale concordante avec la présentation du soi en contexte d'interview. En fait, la nature morale de la maladie veut que seulement les proches « peuvent savoir ». D'ailleurs, les préoccupations par rapport au *soi* sont intéressantes en lien avec la maladie, qui impliquerait une modification de notre identité personnelle (le *soi*) (Bissell, *et al.*, 2002c).

En recherche en pratique de la pharmacie, l'interactionnisme questionne de plus en plus le sujet de la compliance, ceci, parce que les croyances en santé sont une forme distincte de la connaissance médicale. La compliance, comme modèle de santé où les

patients devraient suivre aveuglément les ordres du médecin, est remise en question (Bissell, *et al.*, 2002c).

À ce sujet, en recherche en santé, on pensait traditionnellement que les croyances erronées sur la santé sont le produit de l'ignorance ou l'insuffisance de compréhension des faits médicaux. Ce faisant, la stratégie consistait à donner davantage d'informations sur les problèmes de santé. Maintenant, les interactionnistes nous aident à voir au-delà de ces assertions simplistes et de reconnaître que les croyances en santé sont produites par les expériences des patients vivant avec la maladie (Bissell, *et al.*, 2002c).

Ceci étant, Bissell *et al.*, (2002c) nous disent aussi que l'interactionnisme comporte quelques critiques. Entre autre, il ne tient pas compte des aspects du pouvoir. Qui plus est, on reproche aux interactionnistes d'avoir conceptualisé la vie sociale seulement via les situations de face-à-face, oubliant de tenir compte des inégalités sociales, des structures du pouvoir, des classes, de l'ethnicité, etc. En fait, l'interactionnisme ne serait devenu qu'une méthode empirique (Bissell, *et al.*, 2002c).

Aussi, on reproche l'approche trop cognitive de l'interactionisme pour comprendre la vie sociale, où on assume que les individus calculent entièrement leur vie et que les motivations inconscientes ne seraient pas présentes. Aussi, de privilégier trop le relativisme, qui renie l'existence tout de même d'une réalité objective, en réduisant la connaissance aux perceptions des individus (Bissell, *et al.*, 2002c).

Donc, en définitive, l'interactionnisme, malgré ses difficultés à conceptualiser certains éléments plus larges comme le pouvoir et les inégalités dans la société, nous aide, par l'exploration du vécu des patients en rapport avec leur propre santé et maladie, à humaniser la recherche empirique dans ledit domaine (Bissell, *et al.*, 2002c).

Par ailleurs, si en liaison avec cette sociologie de la pratique de la pharmacie, que nous venons d'exposer brièvement ici, nous voulons à la fois réfléchir sur des formes différentes d'exploration de la pratique de gestion de projet (le courant critique) et s'attarder à de nouvelles figures du projet (Boutinet, 2006), ne vaut-il pas la peine de questionner le statut des connaissances de ladite sociologie proposée, à savoir leurs orientations, leurs origines et leurs méthodologies?

Question spécifique de la recherche
La recherche positiviste en pratique de la pharmacie
et la perspective fonctionnaliste en sociologie :
vers un questionnement sur les connaissances en sciences sociales

Certains auteurs relèvent quelques tendances en recherche en pratique de la pharmacie (RPP). Smith (2002), inspirée de Jones (1993), expose que, en recherche sociologique générale, pour chacune des différentes théories utilisées, on peut identifier respectivement les assertions ontologiques[38]et épistémologiques[39] afin de déterminer, d'une part, la base conceptuelle et, d'autre part, la base méthodologique[40] d'une recherche. Sous ce rapport, tout comme dans la recherche sociologique générale des 19e et 20e siècle, on peut retracer la dominance du positivisme[41] (et de l'empirisme[42]) en recherche en pratique de la pharmacie, cela, même si les diverses recherches ne le mentionnent pas explicitement.

Sur ce point, la RPP est positiviste dans ce sens que les objectifs du chercheur sont souvent reliés à l'identification (et/ou la quantification) de déterminants externes d'événements et de comportements et/ou la vérification d'hypothèses. Pour faire leur travail, les chercheurs poursuivent alors l'objectivité, indépendante des perspectives personnelles et des jugements de valeur, dans leur approche (Smith, 2002).

Au surplus, Bissel *et al.,* (2002c) résument très bien les éléments du positivisme, qu'on essaie, tant bien que mal, d'appliquer aux sciences du social :

- Le but de la recherche en science sociale est de découvrir les faits sociaux, inconnus mais réels;

---

[38] L'ontologie est l'étude ou connaissance de ce que sont les choses en elles-mêmes,… par opposition à l'étude de leurs apparences ou de leurs attributs ». (Lalande, 1999).
[39] L'épistémologie, « c'est essentiellement l'étude critique des principes, des hypothèses et des résultats des diverses sciences, destinée à déterminer leur origine logique (non psychologique), leur valeur et leur portée objective ». (Lalande, 1999).
[40] La méthode désignant un cheminement par lequel on obtient un certain résultat, ou un ensemble de procédés et de règles utilisés pour aboutir au but souhaité, la méthodologie, elle, est la partie de la logique qui a pour objet l'étude des méthodes ou procédés utilisés généralement dans une discipline (scientifique). (Durozoi et Roussel, 1990)
[41] Le positivisme assume que le comportement et les événements sont le résultat de stimuli externes qui peuvent être observés et mesurés (Smith, 2002).
[42] L'empirisme est basé sur l'observation ou l'expérimentation (Smith, 2002).

- La réalité est réputée comme étant « là, dehors », et il ne s'agit que de trouver les méthodes les plus efficaces et les moins biaisées, qui peuvent, aussi précisément et objectivement que possible, sortir (*bring out*) l'information à propos de cette réalité;
- L'existence d'observateurs est explicitement présupposée et ces derniers possèdent implicitement des structures mentales standardisées, qui sont en phase avec le raisonnement analytique et l'utilisation du langage;
- Les problèmes méthodologiques sont davantage techniques, que théoriques ou interprétatifs.

Mais allons plus loin. La sociologie comportant un ensemble de perspectives théoriques très différenciées et contestées, en rapport avec les différentes assertions à propos du fonctionnement du monde social, on reconnaît que ces différentes assertions s'articulent dans ces perspectives[43], ou courants de pensée, justement en compétition dans le champ de la sociologie (Bissel *et al.*, 2001).

Du reste, sur ce dernier point de la présence de perspectives en compétition en sociologie, il est intéressant d'apporter ici les considérations de Séguin et Chanlat (1983) à propos du fonctionnalisme, une perspective théorique qui a justement été couverte par Bissel *et al.,* (2002a). On se souvient que ces derniers auteurs ont exposé ledit « courant de pensée » sociologique à la lumière des écrits de Talcott Parson, cela, en rapport avec la pratique de la pharmacie.

À ce sujet, Séguin *et al.,* (1983) nous aident à mieux comprendre le fait que, de (toutes les perspectives théoriques) en compétition dans le champ de la sociologie,

---

[43] Bissel *et al.,* utilisaient judicieusement la terminologie « perspective théorique » au début de leur texte pour introduire malheureusement le terme « paradigme » plus loin dans celui-ci, signifiant, selon le sens de leurs écrits : « matrice disciplinaire », « modèle théorique » ou « courant de pensée », des termes favorisés aussi par Ferréol *et al.* (2002). Le terme « paradigme » pouvant porter à confusion par toutes les significations qu'il peut prendre au-delà de la signification initiale de Kuhn (1970), nous préférerons et substituerons par la terminologie « perspective théorique », « école de pensée » ou « courant de pensée » lorsque nécessaire.

(la perspective du) *fonctionnalisme* est justement celle qui a le plus marqué les sciences. En effet,

> (La perspective) fonctionnaliste s'est longtemps imposé comme (courant de pensée) dominant, tant dans les sciences pures, comme la biologie et la physique, que dans les sciences humaines comme la sociologie. Cette façon d'organiser le réel est en affinité avec la pensée cartésienne et les schémas classificatoires, très souvent dichotomiques, qui caractérisent la pensée occidentale.
>
> Elle permet aussi d'évacuer une part d'incertitude quant aux conséquences de l'action. Le fonctionnalisme est sécurisant puisque, d'une part, il cherche à établir des relations claires et linéaires entre certaines facteurs et leurs conséquences, et que, d'autre part, il s'intéresse davantage à la situation actuelle qu'aux situations possibles ». (Séguin *et al.*, 1983, p 7)[44].

Or, si en pharmacie, avec la venue de l'interactionnisme, on voit poindre la nécessité d'une remise en question de certains courants théoriques, comme le fonctionnalisme et le marxisme, mettant davantage l'emphase sur la notion que les structures sociales déterminent les activités des êtres humains, en modelant notamment leur action au travers d'une structure objective, tout ceci implique un double questionnement épistémologique[45], à la lumière des propos de Férréol *et al.,* (2002), pour ce qui a trait à l'objectivation des connaissances en sciences sociales.

---

[44] Séguin *et al.,* (1983) apportent d'autres considérations fort intéressantes. « Les organisations sont définies comme un ensemble dont les parties sont reliées les unes aux autres, ces parties étant soit des individus, plus exceptionnellement des groupes » (Séguin *et al.*, 1983, p. 33). « Les organisations deviennent alors des collectivités établies pour la poursuite d'objectifs relativement spécifiques, sur une base plus ou moins continue. En produisant un extrant acceptable pour cette dernière, l'organisation se trouve ainsi légitimée dans son existence même…L'activité organisationnelle découle ainsi des buts, généraux et spécifiques, que l'organisation s'est fixés » (Séguin *et al.*, 1983, p. 34). « L'organisation n'a pas d'histoire ou plutôt son histoire se résume à l'évolution de variables facilement quantifiables telles que les effectifs, les actifs, les profits, etc. … » (Séguin *et al.*, 1983, p. 35). « L'organisation est définie comme un système de coordination des activités de deux ou plusieurs individus, pour la réalisation d'objectifs communs » (Séguin *et al.*, 1983, p. 35).

[45] Parce que l'interactionnisme s'intéresse davantage à l'agent/action et moins à la structure pour comprendre la réalité, nous croyons ledit questionnement nécessaire, cela, afin d'éviter ici que l'emphase ne soit trop mise sur l'agent/action, créant d'autres problèmes de compréhension de la réalité sociale.

Processus d'objectivation des connaissances en sciences sociales :

questionnement épistémologique nécessaire

D'une part, quelle est la vraie nature de la réalité au sein de laquelle s'insèrent les phénomènes sociaux? D'autre part, comment pouvons-nous approcher cognitivement de ladite réalité?

> En réponse à la première interrogation, deux attitudes sont concevables : l'une, s'inspirant des doctrines naturalistes([46]), met l'accent sur des processus ou des supports matériels; l'autre, sur un ensemble de représentations mentales présentes chez chaque individu : les conduites humaines, dans cette perspective, ne s'adaptent pas mécaniquement à des forces purement physiques, mais sont l'expression de règles et de codes socioculturels très prégnants (Férréol *et al.,* 2002, p. 145).
>
> On peut, d'autre part, admettre que les concepts que nous utilisons pour décrire ou interpréter le monde ne sont rien d'autre que des appellations plus ou moins commodes qui n'ont, en elles-mêmes, aucune « réalité ». … Mais on peut également soutenir, avec la même conviction, que les abstractions auxquelles nous avons recours ne sont utiles qu'en raison de leur capacité à « révéler » ou à « pénétrer » une réalité sociale difficilement accessible à l'observation (Férréol, *et al.,* 2002, p. 146).

Or, selon nous, plusieurs grandes questions demeurent sans réponses lorsque vient le temps d'étudier les phénomènes proprement sociaux. Par exemple, peut-on littéralement transposer, dans cet ordre de réalité, les méthodes éprouvées dans d'autres champs du savoir, entre autre, des sciences de la nature[47]? Ensuite, une connaissance scientifique est-elle applicable quand vient le temps d'étudier un autre ordre de réalité où l'Homme intervient en tant qu'agent? Aussi, qu'est-ce qu'une connaissance scientifique et quel est son rapport au réel? Et parlant de sociologie, comme discipline relativement récente, quelle légitimité pouvons-nous lui donner?

Voilà autant de questions auxquelles tentent de répondre Férréol *et al.,* (2002).

---

[46] Le naturalisme est la doctrine selon laquelle il n'existe rien en dehors de la Nature, c'est-à-dire, rien qui ne se ramène à un enchaînement de faits semblables à ceux dont nous avons l'expérience (Lalande, 1999).

[47] On entend, par sciences de la nature, les sciences positivistes empirico-formelles : la physique, la biologie, la chimie, l'astrologie, etc.

Et d'abord, en définissant la science à la lumière de Lalande (1999, p. 454):

> Ensemble de connaissances et de recherches, ayant un degré suffisant d'unité et de généralité, et susceptibles d'amener les hommes qui s'y consacrent à des conclusions concordantes qui ne résultent ni de conventions arbitraires, ni de goûts ou intérêts individuels qui leur sont communs, mais de relations objectives que l'on découvre graduellement et que l'on confirme par des méthodes de vérification définies.

Par la suite, en nous mettant en garde sur les normes de scientificité[48] de la production de connaissances, à savoir que, la notion de scientificité, dont nous disposons à ce jour avec une certaine assurance, est vraisemblablement celle qui s'est articulée et dégagée graduellement de ce parcours historique particulier qui a jalonné la pratique des sciences de la nature. En ce sens, l'application de cette scientificité n'est pas nécessairement l'unique voie d'accès à la construction d'une véritable science des phénomènes sociaux où, par le biais de l'analyse systémique, on se conformerait à la pratique étalon : la physique. Ceci, parce que la réalité sociale s'oppose à d'autres formes de réalité et que nous baignons dans l'objet même que nous désirons ardemment mieux connaître (Férréol *et al.,* 2002).

Et en dernier lieu, en nous explicitant davantage certains rapports importants entre la science et le « réel », lorsque cette première, sous forme de recherche scientifique, prend notamment ses distances face à son objet de connaissance qu'est le « monde concret, perçu et vécu » et dans lequel nous passons effectivement notre vie d'Homme (Férréol *et al.,* 2002).

Premièrement, la réalité sociale n'est pas une chose ou un ensemble de données, car elle est au cœur des différents processus commandant la vie des sociétés humaines. (Férréol *et al.,* 2002).

Deuxièmement, si on met à l'épreuve des théories rivales et que certaines résistent aux procédures de vérification par rapport à d'autres qui seront éliminées, c'est parce que la démarche scientifique est effectivement plurielle, discontinue et, en

---

[48] Qualité de ce qui est scientifique, à la lumière de la définition précédente…

l'occurrence, sans fin. En cela, il serait fallacieux de croire que nous puissions accéder au réel une fois pour toutes (Férréol *et al.,* 2002).

Troisièmement, quand les schémas d'intelligibilité sont interprétés comme il se doit, c'est-à-dire de manière formelle, ils deviennent par contre des références indispensables à la compréhension de nombreux phénomènes sociaux, cela, même si une même réalité peut, par ailleurs, donner lieu à des interprétations différentes, dépendamment du statut et du degré d'implication de l'observateur (Férréol *et al.,* 2002).

Quatrièmement, les caractéristiques de l'action collective ne sont que très rarement des données naturelles : elles ne surgissent pas spontanément et leur existence ne va pas nécessairement de soi (Férréol *et al.,* 2002).

Cinquièmement, la réalité tolère mal les simplifications abusives, telles que les paradigmes réductionnistes quelque peu fragiles, voire certaines fois les certitudes les mieux établies (Férréol *et al.,* 2002).

Sixièmement, les choix méthodologiques formant un système, voire n'étant pas posés les uns après les autres, ces derniers commandent un retour constant vers les divers pôles de la recherche[(49)](Férréol *et al.,* 2002).

Finalement, les relations entre individu et société, personnalité et milieu, méritent un examen approfondi car, souvent, les régulations s'y manifestant n'obéissent ni à un scénario préétabli, ni à une théorie toute faite. La validité desdites relations n'est que localisée et elle réfère qu'uniquement à un contexte comportant sa spécificité (Férréol *et al.,* 2002).

Or, la majorité de ces derniers rapports entre la science et le « réel » pourraient bien être repris ici pour s'interroger justement sur la « distance effective » qu'ont pris les différentes recherches effectuées sur l'objet de connaissance qu'est le « monde concret, perçu et vécu » de la pratique de la pharmacie, cela, spécifiquement à la

---

[49] Comme nous l'avons vu précédemment : les pôles ontologiques et épistémologiques.

lumière des différents courants sociologiques qui se dessinent au sein desdits domaines.

D'ailleurs, particulièrement, Bissel et Traulsen (2004) tiennent à reconnaître, d'une part, qu'il n'y a pas de cadre théorique intégrateur, mais plutôt un processus constant de conversation et traduction d'une situation à l'autre, guidé par le principe que la connaissance n'est pas tellement une représentation de la réalité mais plutôt une façon de l'aborder et, d'autre part, que même si on doit abandonner la notion de certitude dans la connaissance dérivée de la sociologie, cela n'implique pas nécessairement qu'il faille abandonner l'idée d'avoir une connaissance à propos de la société.

Pour nous, ceci revient à dire, inspiré de Férréol *et. al.,* (2002), qu'il est du ressort des chercheurs concernés d'édifier pas à pas l'approche théorique la mieux adaptée aux caractéristiques et aux propriétés de leur propre champ de recherche car, dans le cadre de chaque domaine d'étude, des exigences particulières, dictées par la nature du problème étudié, ne manqueront pas de se manifester. Sans nul doute, parce qu'il n'est pas possible d'élaborer une méthodologie des sciences sociales en prenant pour norme directrice l'idée d'une scientificité déjà constituée, comme nous l'avons explicité ci-haut.

Il y a tout lieu de croire, par contre, que lors de l'édification de son approche théorique, un chercheur, autant dans le domaine de la pratique de la pharmacie que dans le domaine de la gestion de projet, éprouvera de l'ambivalence lorsqu'il sera confronté, comme tout chercheur, aux dualismes classiques de la sociologie : fait/théorie, déterminisme/liberté, structure/action, explication/compréhension, sujet/objet, etc.

Sur la base de l'ensemble de ces dernières analyses, nous posons la question spécifique suivante : comment imaginer la pratique de la pharmacie comme un système social comportant une dualité entre l'action et la structure et qui se réinvente?

Bien évidemment, le lecteur se souvient que, fidèle à notre parallélisme entre la pratique de la pharmacie et la pratique de la gestion de projet, cette question vaut pour la pratique de la gestion de projet.

Cadre conceptuel

Parce que Giddens (1984) souhaite rompre « l'opposition conceptuelle entre le sujet individuel (le subjectivisme, le micro, l'individu, l'action) et l'objet sociétal (l'objectivisme, le macro, le système, l'institution, la structure) » (les parenthèses sont de nous, p.31), nous avons vu dans la théorie de la structuration un cadre intéressant à l'examen de notre question spécifique. Situant d'abord la théorie de ce sociologue, en première partie, nous présenterons ensuite ses principaux éléments conceptuels en deuxième partie, divisée, pour fins de notre propos, en quatre grands thèmes.

En fait, en tant qu'architecture conceptuelle holistique et globale, la théorie de la structuration se comprend sous quatre grands thèmes. L'agent et ses actions (et le pouvoir) sont abordés, dans un premier temps, pour ce qui a trait à sa conduite récursive au sein de routines prévisibles. Dans un deuxième temps, Giddens nous fait comprendre différemment la structuration, via notamment les cadres d'interaction, qui ont pour origine une vision plus souple du concept traditionnel de « structure ».

Troisièmement, par la dualité du structurel Giddens pave la voie d'une nouvelle perspective et nous aide à réfléchir en termes de coexistence et de l'agent et de la structure, deux principes qui, la plupart du temps sont réputés irréductibles en tant que dualisme, mais qui devraient être considérés en fait comme une dualité, c'est-à-dire, une réalité double en soi.

Quatrièmement, parlant de temps, d'espace et de rencontres, Giddens nous propose de voir les routines quotidiennes en termes de positionnement des acteurs et de régionalisation de l'espace-temps, justement dans des cadres d'interaction, en tant que contextualités (Giddens, 1984).

Cette deuxième partie des quatre grands thèmes de la théorie de Giddens proposera une première figure-synthèse, constituée en fait de quatre boucles récursives : le structurel, l'interaction, le soi-agissant et la conscience de soi : les 4 chevaux-moteur de la pratique sociale. Quant au temps et à l'espace, elles constituent les paramètres

à l'exercice de la pratique. Précisons au passage que, pour Giddens, le système social n'est ni plus ni moins qu'un ensemble de pratiques.

C'est en troisième partie que, de ladite figure-synthèse, émergeront les sous-objectifs de recherche, consistant en l'étude de la régionalisation de l'espace-temps en pharmacie communautaire, où les agents-laboratoire parcourent quotidiennement des arêtes spatio-temporels, dans ce processus logique et séquentiel des soins pharmaceutiques, survenant à même le laboratoire d'une pharmacie, comme pratique sociale étudiée ici, en l'occurrence, au sein de la pharmacie Omega pour fins d'exemplification de notre propos.

Les dualismes et la culture de l'ambivalence en sociologie : une réconciliation des opposés par la dualité, grâce à la théorie de la structuration

Sans conteste, ce sont ces dualismes que nous avons soulevés ici et là en pharmacie, et que l'on retrouve également en gestion de projet, que nous voulons surmonter en proposant, pour une meilleure compréhension de la réalité sociale de la pharmacie, la théorie de la structuration.

En effet, considérant ce qui précède, nous pensons que plusieurs de ces *dualismes* pourraient avantageusement être surmontés, grâce à la théorie de la structuration d'Anthony Giddens. Cette dernière théorie, comme architecture conceptuelle, dès plus holistique et globale, nous aide plutôt à réfléchir en termes de coexistence, la plupart du temps, de deux principes, réputés irréductibles, mais qui seraient en fait des *dualités*, c'est-à-dire, double en soi.

C'est ainsi que s'exprime Rojot (1998) à propos de la théorie de la structuration de Giddens. Il soutient que ce dernier est parti, pour l'élaboration de sa théorie, du constat que les sociologies de l'action reposent sur une domination du sujet individuel tandis que le fonctionnalisme et le structuralisme prônent pour une domination des structures sociales. La théorie de la structuration sort de ces deux cadres trop limitatifs en proposant une analyse différente : celle de l'ensemble des

pratiques sociales accomplies et ordonnées dans l'espace et le temps, et non, tantôt l'expérience de l'acteur individuel, plus tard, l'existence de totalités sociétales, ceci, d'une façon isolée.

> La destruction de ces deux empires est un de mes principaux objectifs dans cet effort d'élaboration de la théorie de la structuration. Selon cette dernière, l'objet d'étude par excellence des sciences sociales est l'ensemble des pratiques sociales accomplies et ordonnées dans l'espace et dans le temps, et non l'expérience de l'acteur individuel ou l'existence de totalités sociétales. Les activités sociales des êtres humains sont récursives, comme d'autres éléments autoreproducteurs dans la nature. Les acteurs sociaux ne créent pas ces activités, ou plutôt ils les recréent sans cesse en faisant usages des moyens mêmes qui leur permettent de s'exprimer en tant qu'acteurs. Dans leurs activités, et par elles, les agents reproduisent les conditions qui rendent ces activités possibles (Giddens, 1984, p 50).

De ce point de vue, pour Giddens, la théorie sociale manque par son incapacité à tenir compte de la temporalité des conduites sociales, de même que de leurs attributs spatiaux. D'ailleurs, la vision que Giddens a de la vie sociale, par l'entremise de sa théorie de la structuration, est on ne peut plus dynamique, voire ontologiquement dynamique, parce que tous les éléments de la vie sociale sont constitués au travers des pratiques sociales dans ladite théorie. Ira Cohen (1989) soulignera en fait que la théorie s'appuie davantage sur une ontologie des possibilités que sur des traits fixes ou systémiques d'évolution (Martuccelli, 1999).

> Le sens de la notion de « dualité du structurel » est à comprendre dans ce contexte puisque les structures sociales sont des conditions toujours présentes, toujours déjà là, tout en étant, en même temps, et perpétuellement, le résultat des actions humaines. Les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois des conditions et des résultats des activités accomplies par les agents. La centralité de la pratique et son déroulement et maintien dans l'espace et le temps sont ainsi fortement posés au centre de la théorie de la structuration, puisque la théorie vise, en tout premier lieu, à rendre compte justement du fait que « les propriétés structurelles des systèmes sociaux n'existent que si des formes de conduites sociales se reproduisent de façon chronique dans le temps et dans l'espace » (Martuccelli, 1999, p. 511)

La théorie de la structuration

Premier thème : l'agent, ses actions et le pouvoir

Avant toute chose, Giddens veut comprendre l'ensemble des pratiques sociales accomplies et ordonnées, dans l'espace et le temps, en introduisant deux notions importantes de sa théorie. La première a trait au contrôle réflexif de l'action qu'a l'agent, un agent qui agit selon trois ensembles d'un soi agissant : le contrôle réflexif de l'action, la rationalisation de l'action et la motivation de l'action. La deuxième notion a trait à la routinisation, consubstantielle justement à ce premier contrôle réflexif de l'action, où la routinisation se produit et se reproduit par la sérialité des rencontres qui surviennent en s'interpolant justement dans cette récursivité de la vie quotidienne (Giddens, 1984).

D'abord, le contrôle réflexif de l'action est une des trois facultés, en fait la plus importante, du soi agissant appelé le modèle de stratification de l'agent. Dans ce modèle particulier de l'agent selon Giddens, le contrôle réflexif de l'action fait référence à la capacité des agents humains de comprendre ce qu'ils font pendant qu'ils le font. Ce trait de l'action, où la personne se donne des buts, est inhérent au sentiment de confiance nécessaire à l'agent dans la continuité de ses activités quotidiennes, cette continuité qui permet que ces pratiques quotidiennes deviennent récursives, c'est à dire, passablement identiques dans l'espace et le temps. Pour tout dire, le contrôle réflexif de l'action par l'agent se fait sur soi et sur les autres, où les acteurs contrôlent les dimensions physiques et sociales des contextes d'action en co-présence (Giddens, 1984).

Ensuite, le deuxième ensemble du soi agissant, la rationalisation de l'action, fait référence, de façon routinière et sans complications, à la compréhension théorique qu'ont les acteurs de leurs activités et à la capacité de ces derniers de les justifier.

Finalement, la motivation de l'action, comme troisième ensemble du soi agissant, est moins reliée à la continuité de l'action et se différencie, essentiellement, en raisons, motifs et motivation. À ce propos, la distinction peut se faire ainsi : les raisons ont

trait aux fondements de l'action pendant que les motifs se rapportent davantage aux désirs qui inspirent l'action et la motivation au potentiel d'action. En fait, la motivation inconsciente est un trait important de la conduite humaine, ladite motivation incluant ici les formes de cognition ou d'impulsion qui sont totalement refoulées ou qui n'apparaissant qu'après avoir été déformées dans la conscience (Giddens, 1984).

Dans les lignes ci-dessus, nous traitons essentiellement de l'action de l'agent, selon Giddens : le « soi agissant ». Dans le même ordre d'idées, mais au-delà de ces premières notions concernant l'agent, Giddens apporte plusieurs autres considérations fort intéressantes à propos de la « conscience de soi », qu'il exprime comme une « triochotomie » de l'agent. Cette dernière est inhérente au *model de stratification* de ce dernier dont nous parlons ici. Cette « *conscience de soi* » selon Giddens, comporte : le *système de sécurité de base*, qui traite des polarités *confiance/méfiance*, *autonomie/doute* et *initiative/culpabilité;* de la *conscience pratique,* qui fait référence à des formes de rappel accessibles à l'agent, mais qu'il est incapable d'exprimer verbalement, et de la *conscience discursive,* qui justement fait référence à des formes de rappel que l'agent pourrait exprimer verbalement (Giddens, 1984) [50].

Au surplus, ce qui nous intéresse particulièrement ici est le contrôle réflexif de l'action, qui survient comme une sorte de routinisation. C'est la deuxième notion importante d'Anthony Giddens concernant l'agent. Ainsi, à des degrés divers qui varient selon les contextes et la personnalité de chacun, si le contrôle réflexif de l'action d'un soi agissant (de l'agent) se fait avec un sentiment de confiance dans des

---

[50] Pour tout dire, bien que chez les acteurs la rationalisation de l'action est étroitement liée au contrôle réflexif de l'action, c'est seulement à certaines rares occasions, et pour juger de la compétence des autres acteurs lorsque survient un problème qui brise la routine et qui remet justement en question la compétence de certains, que cette dernière rationalisation de l'action atteindra un niveau discursif et que, individuellement, certains agents s'attendront paradoxalement à ce que les autres puissent s'expliquer d'une façon discursive, ceci, à propos de leurs actions (Giddens, 1984)! Le contrôle réflexif de l'action fait donc appel directement à la conscience pratique, tandis que la rationalisation de l'action ne fait pas nécessairement appel à la conscience discursive. On peut comprendre les choses théoriquement sans nécessairement être capables de les exprimer verbalement !

contextes d'action[51] en co-présence, c'est bien parce que, au quotidien, cette routinisation est ancrée dans la conscience pratique des agents, qu'elle est intrinsèque au maintien de la personnalité de ce soi agissant et qu'elle est finalement intrinsèque aussi au maintien des institutions sociales (Giddens, 1984). Encore fois, il est question ici de pratique, ceci, puisque les institutions, aux yeux de Giddens, sont des ensembles de pratiques qui ont de vastes étendus spatio-temporelles.

À cet égard, ces dernières notions de contrôle réflexif de l'action, de routinisation et de conscience pratique, nécessaire autant au maintien de l'intégrité de l'agent qu'à la pérennité des institutions, soulèvent la question du pouvoir à propos justement du changement social : à savoir ce que font les humains pour survivre et si cela joue ou non un rôle primordial dans les procès[52] de transformation sociale. Autrement dit, ont-ils du pouvoir dans le changement social (Giddens, 1984)?

En fait, Giddens soutient que les agents, exerçant un contrôle réflexif de leurs actions, jouent effectivement un rôle dominant dans les procès de transformation sociale, ceci, grâce au pouvoir comme capacité transformatrice dans l'action, où ledit contrôle réflexif implique d'être capable de « créer une différence », comme agent, c'est-à-dire, d'« être capable d'agir autrement » via des capacités causales déployées continuellement dans la vie quotidienne (Giddens, 1984).

Deuxième thème : structure et structuration

Afin de mieux comprendre l'ensemble des pratiques sociales, Anthony Giddens nous ayant exposé ses notions de contrôle réflexif de l'action et de routinisation à propos du sujet individuel, il veut nous entretenir davantage sur son complément de dualité : l'objet sociétal. Giddens substitue dans un premier temps la notion rigide de structure par son concept définitivement plus souple de structurel. Pour lui, le structurel fait

---

[51] Nous traitons des contextes d'action, appelés des « cadres d'interaction », dans le prochain thème. Disons pour l'heure qu'ils sont constitués d'éléments physiques et psychologiques, regroupés sous formes de façons de faire, de se comporter et de communiquer avec les autres. Ces routines pré-établies sont souvent inconscientes chez les acteurs.

[52] Suite de phénomènes présentant une certaine unité ou se reproduisant avec une certaine régularité. Se dit surtout des phénomènes physiologiques, psychologiques ou sociaux, plus rarement des phénomènes physiques (Lalande, 1999, p. 837).

référence à l'ensemble des règles et ressources[53], engagées de façon récursive dans la reproduction de pratiques sociales. (Giddens, 1984).

Et si le structurel, par ses règles et ressources, est engagé dans la production et la reproduction des pratiques sociales, c'est que ces dernières sont elles-mêmes engagées récursivement dans les institutions qui sont, nous le rappelons, les traits les plus persistants de la vie sociale dans l'espace et le temps. Ces traits sont en fait des propriétés structurelles des systèmes sociaux et ces dernières font référence aux traits institutionnalisés qui donnent une « solidité » dans le temps et l'espace (Giddens, 1984).

Sous ce rapport des propriétés structurelles, comme traits institutionnalisés dans l'espace-temps, il est intéressant de comprendre que lesdites propriétés ne peuvent exister sans qu'une structuration n'ait lieu au sein des systèmes sociaux, voire au sein d'ensembles de pratiques sociales, une structuration qui est en fait les modes par lesquels ces derniers, par les activités des acteurs dans l'espace-temps, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle (l'interaction) (Giddens, 1984).

Il est à comprendre ici, que toutes ces propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois le médium et le résultat des activités des agents en interaction dans l'espace-temps, et que, les conditions et les résultats de cette interaction s'étendent bien au-delà de ces mêmes situations d'interaction (Giddens, 1984).

Cela dit, ces conditions et résultats des interactions des agents se retrouvent sous forme du structurel, qui n'est plus extérieur aux agents mais bien intérieur à eux, dans ce que Giddens appelle des « traces mnésiques ». Ces dernières orientent l'agir des acteurs lorsque se présente une situation familière. Elles permettent un contrôle réflexif de leur conduite (Giddens, 1984).

---

[53] Nous définissons ces termes plus loin. Pour l'heure, disons que les règles couvrent les façons de faire, de se comporter et de communiquer avec les autres, la compréhension de ces façons et ce qui est acceptable ou non en la matière, tandis que les ressources ont trait à la coordination de l'activité des agents humains et au contrôle des aspects ou objets du monde matériel. (Giddens, 1984)

En clair, les propriétés structurelles, comme traits qui s'étendent dans l'espace et le temps, peuvent se reconnaître dans les principes d'organisation des grands ensembles de pratiques, que l'on nomme les principes structurels. Ces principes structurels constituent le niveau d'analyse le plus général et le plus englobant. Ce niveau fait référence aux modes de différentiation et d'articulation des institutions, comme ensembles de pratiques ayant une vaste étendue spatio-temporelle. (Giddens, 1984).

Troisième thème : la dualité du structurel

Comme nous venons de le voir, la routinisation compte pour beaucoup dans la structuration des conduites humaines selon Giddens. En fait, c'est parce qu'elle confirme le double caractère structurant et structuré des relations sociales, ce que Giddens appelle la « dualité du structurel ». Ce structurel qui est fait de relations justement constituées de rencontres dans des cadres d'interaction, en contexte de co-présence, et que ces derniers cadres d'interaction sont finalement faits de « groupes de règles » et de ressources qui constituent et régularisent les activités quotidiennes (Giddens, 1984).

Et particulièrement ces règles, comme réservoir de connaissances, ou sorte de « savoir commun » tacite, ne sont pas toujours accessibles à la conscience puisqu'elles sont de nature pratique (Giddens, 1984).

Au demeurant, ce structurel, engagé dans la production et la reproduction des pratiques, en tant que systèmes sociaux, justement de faire référence à l'ensemble des règles et ressources engagées de façon récursive dans la reproduction sociale. Ainsi, les ressources se divisent en deux types : les ressources d'allocation et les ressources d'autorité. Les ressources d'allocation ont trait aux capacités, ou plus précisément font référence aux formes de capacité transformatrice, qui permettent de contrôler des objets, des biens ou, plus globalement, des phénomènes matériels. Elle concernent : (1) les caractéristiques matérielles de l'environnement (matières brutes, sources de pouvoir matériel); (2) les moyens de production/reproduction matérielle (instruments de production, techniques) et (3) les biens produits (artéfacts créés par l'interaction de 1 et 2) (Giddens, 1984).

Pour ce qui est des ressources d'autorité, elles concernent les formes de capacité transformatrice qui permettent de contrôler des personnes, ou acteurs. Elles ont donc trait à la coordination de l'activité des agents humains et concernent : (1) l'organisation de l'espace-temps social (constitution spatio-temporelle des sentiers et des régions); (2) la production/reproduction du corps (organisation et relations des être humains en association mutuelle) et (3) l'organisation des chances de vie (constitution des chances d'auto-développement et d'expression de soi)[54] (Giddens, 1984).

Quant aux règles, comme ensemble du structurel (avec les ressources), elles sont constituées d'éléments normatifs et de codes de significations, contraignant et habilitant l'action. Les éléments normatifs des règles, qui bien souvent se rapportent aux sanctions, semblent bien évidentes lorsqu'on prend en considération les lois comme ensemble de règles formellement codifiées et, de ce fait, fortement sanctionnées. Mais il ne faudrait pas oublier les sanctions appliquées de façon informelle dans le cadre des pratiques ordinaires de tous les jours. En effet, la connaissance des règles sociales, comme les procédures ou la maîtrise des techniques d'accomplissement, est au cœur de la compétence réflexive des agents. Elles ont rapport à la capacité générale d'intervention et sont autant significatives que normatives (Giddens, 1984).

Par ailleurs, ces procédures ou cette maîtrise des techniques d'accomplissement, comme règles de la capacité générale d'intervention, possèdent des propriétés structurantes qui ne sont pas sans avoir une contribution évidente au maintien d'une sécurité ontologique[55], en tant que méthodologie pour aborder, de façon routinière, l'ensemble indéterminé de circonstances sociales. En cela, les règles sont des codes de signification nécessaires au maintien de cette capacité générale d'intervention et

---

[54] Plus précisément, les « *chances de vie* » sont un concept intéressant des ressources d'autorité en ce sens qu'elles expriment la constitution des chances d'auto-développement de l'expression de soi, c'est-à-dire, d'avoir des chances de survivre dans différentes formes et régions sociétales, notamment, pas un ensemble d'aptitudes et de capacités (Giddens, 1984)

[55] L'ontologie est « l'étude ou connaissance de ce que sont les choses en elles-mêmes, … par opposition à l'étude de leurs apparences ou de leurs attributs ». (Lalande, 1999).

son corollaire inconscient : la sécurité ontologique. Les règles donnent un sens (Giddens, 1984) !

En outre, afin de clarifier ces dernières dimensions de la dualité du structurel, constitué de règles de signification, de ressources d'autorité et d'allocation, de même que de règles normatives, Giddens (1984) propose enfin d'utiliser ce qu'il appelle les « modalités » de structuration. Ces dernières sont ni plus ni moins que les « facettes » d'interaction, ou actes, voire ni plus ni moins que des « leviers », que l'agent mobilisera comme liens nécessaires entre le structurel, considéré comme virtuel et intangible pour ce dernier, et son interaction.

Ainsi, en court d'interaction, comportant à la fois son exercice (ou jeu) de communication, de pouvoir et de sanction, l'agent mobilisera respectivement les dimensions de signification (le sémantique), de domination (le politique) et de légitimation (le normatif) du structurel, via les modalités que sont les schèmes d'interprétation, les facilités (ressources d'autorité et d'allocation) et les normes.

Quatrième thème : temps, espace et rencontre

Et sur ces quelques éléments que nous venons d'exprimer il vaut la peine de faire quelques remarques. Cette routinisation, qui se forme justement par l'entremise de la sérialité des rencontres avec d'autres agents, rencontres ayant comme médiums des cadres d'interaction constitués de groupes de règles, constitue et régularise justement la conduite des acteurs, en positionnement, au sein de ces routines quotidiennes prévisibles.

D'abord, les rencontres exprimant la sérialité de la vie en s'interpolant dans celle-ci, lui donne forme. Giddens traite de certaines caractéristiques intéressantes à propos des rencontres. Ces dernières comportent toujours une ouverture et une fermeture. Ces derniers aspects aident à une meilleure différenciation des rencontres, conçues alors comme une multiplicité d' « épisodes » se révélant dans des types distincts ayant chacun diverses teintes, diverses marques et/ou divers caractères particuliers (Giddens, 1984).

Or donc, dans ces divers types de rencontres, en succession et délimitées par leur ouverture et fermeture, s'exerce le contrôle réflexif des acteurs, c'est à dire, le contrôle de leur corps, de leurs gestes et de leur positionnement, des éléments qui diffèrent justement d'un type à l'autre de rencontre. Nous parlons bel et bien d'aspects normatifs ici, où le maintien et la reproduction des rencontres ont un rapport évident avec le contrôle réflexif du corps et la coordination mutuelle, par le tact, dans les divers cadres d'interaction. Au demeurant, ce tact est justement constitué d'habiletés, que sont les minuscules détails d'expression et de mouvements du corps, comme le soi agissant, régularisées justement par des normes (Giddens, 1984).

Bien plus, cet auto-contrôle de l'agent, grâce à sa conscience pratique dans les cadres d'interactions, faite de groupes de règles en tant que réservoir de connaissances ou sorte de « savoir commun » tacite, demeure ce qui est le plus important pour l'agent, l'aidant à comprendre la vie sociale de tous les jours, ladite vie qui se fait et se refait dans le temps et l'espace.

Ainsi, lors de son parcours le long de son sentier spatio-temporel quotidien, dans des nouveaux contextes sociaux ou des contextes sociaux plus familiers, l'agent se posera la question : « qu'est-ce qui se passe ici? » Pour avoir la réponse à cette question, et parce que plusieurs réponses sont possibles parce que plusieurs choses peuvent « se passer en même temps », l'encadrement (les cadres d'interaction) sera d'un précieux secours, au niveau ontologique, pour donner un sens aux rencontres. Concrètement, l'agent va mobiliser, comme levier, une modalité liée à la signification, voire ici un schème d'interprétation (Giddens, 1984).

Dans cet ordre d'idées, c'est ici que Giddens introduit son concept de positionnement. Pour lui, le positionnement des acteurs en contexte de co-présence est un trait élémentaire de la structuration des rencontres. (Giddens, 1984).

Or donc, du point de vue de la notion de positionnement, Giddens veut revoir le concept de place qu'il affirme n'être ni un point dans l'espace, ni un « maintenant »

dans une succession de « maintenant ». En fait, il veut substituer le terme de place par celui de lieu, beaucoup plus riche à ses yeux. Un lieu représente alors un cadre d'interaction précisant le caractère contextuel, nommément, la contextualité. Qui plus est, au sein de cette contextualité, ou de ce lieu, plusieurs phénomènes se conjuguent : les corps, les moyens de déplacement, les moyens de communication et les rapports avec les propriétés physiques environnantes (Giddens, 1984).

Mais n'en restons pas là. L'intérieur d'un lieu est régionalisé! Ces régions sont cruciales dans les contextes d'interaction en co-présence. Les agents utilisent de façon chronique les propriétés des cadres d'interaction dans la constitution de leurs rencontres, dans l'espace-temps. Les caractéristiques des cadres d'interaction servent de façon routinière à former le contenu signifiant de l'interaction. La régionalisation fait alors référence au procès de zonage de l'espace-temps en relation avec les pratiques routinières. Et finalement, dans cette régionalisation, la disponibilité de présence y est consubstantielle. Le concept de disponibilité (ou niveau) de présence est un complément indispensable à celui de co-présence, où les acteurs doivent se rassembler pour faire le « étant ensemble »[56] (Giddens, 1984).

Au surplus, toutes ces épisodes ou rencontres, révélant le caractère sériel de la vie sociale, ne peuvent se produire et reproduire expressément sans respecter ce que Giddens appelle l'ordre de succession. Cette dernière renvoie à la contrainte de

---

[56] Giddens ne va pas très loin dans le concept de coprésence dans sa théorie de la structuration. Par contre, Zhao (2003) apporte plusieurs considérations fort intéressantes sur ce concept sociologique. Décrivant historiquement celle-ci comme les conditions dans lesquelles les êtres humains interagissent entre eux, face à face, voire corps à corps, cet auteur extrapole le concept de coprésence en six modes de coprésence, dont certains sont médiatisés a distance, entre autre, par les technologies. Ainsi, certains de ces modes peuvent être utilisés pour mieux comprendre les pratiques sociales routinières. Alors, la coprésence corporelle, véhiculant les expressions faciales, la gesticulation, etc., peut devenir de la télécoprésence, via un médium technologique de transmission comme la messagerie en temps réel via internet, la vidéoconférence ou le téléphone. Ces médiums transmettent alors une partie des éléments de l'interaction des personnes co-présentes : la voix, l'intonation, l'image dans certains cas. On qualifie ici ce dernier type de coprésence de proximité électronique, par rapport à la proximité physique de la coprésence corporelle, qu'elle cherche à reproduire artificiellement. Aussi, la coprésence pourra être qualifiée respectivement de coprésence virtuelle et de télécoprésence virtuelle lorsque, par exemple, un des agents co-présents interagira avec soit un terminal bancaire ou un terminal de point de vente, soit en interrogeant la banque de données d'un moteur de recherche comme Google. Dans ces derniers modes de coprésence, un agent co-présent dans un lieu interagit avec une entité virtuelle programmée à reproduire certains des éléments de ce que serait une interaction humaine réelle. Dans nos exemples ici, respectivement un commis de banque ou commis-bibliothécaire attitrés à la recherche de documents.

couplage nécessaire aux rencontres dans les cadres d'interaction, parce que la parole d'un agent, principal médium des rencontres, ne peut se déployer qu'une après l'autre (Giddens, 1984).

Finalement, pour terminer ce qui a trait au positionnement des agents dans les rencontres (sociales), Giddens introduit ses concepts d'intégration sociale et d'intégration systémique. Il nous rappelle que les rencontres ont toujours lieu dans des systèmes sociaux plus larges, ou plus précisément dans ce qu'il appelle des arêtes spatio-temporelles. Ces dernières sont des liens entre des systèmes sociaux de types structurels différents. Ainsi, Giddens nous parlera ici d'intégration sociale, qui fait référence à la réciprocité entre les acteurs dans des contextes de co-présence. Cette réciprocité, qui donne un caractère systémique dans les interactions face à face en contexte de co-présence, caractérisée par des relations d'autonomie et de dépendance, a un lien avec l'intégration systémique, qui fait référence aux relations qu'ont des personnes présentes avec d'autres, absentes, dans un espace-temps étendu (Giddens, 1984).

Dit autrement, sans qu'ils soient tous physiquement présents dans un lieu, des systèmes sociaux plus larges se définissent à partir de la systématisation des pratiques sociales ayant cours dans des lieux distants spatio-temporellement et vice-versa.

Une figure synthèse : principaux éléments et explications

La compréhension de la théorie de Giddens représentant un défi certain pour le lecteur, ce dernier peut référer à la figure 1 de l'appendice A. Cette figure 1 est constituée de quatre éléments majeurs, de bas en haut : le soi-agissant en rouge (décliné ici avec sa psyché en rose), l'interaction, constituée tout à la fois (en gros pointillés gris) de la rencontre en vert, survenant à même le cadre d'interaction en bleu-vert, le structurel en bleu et, finalement, la routinisation, en orange. Ces concepts sont reliés ici dans des boucles récursives de sens horaire, se reliant les unes aux autres au point central inférieur de l'illustration, constituant ainsi des

dialectiques qui se conjuguent les unes avec (et par) les autres. Nous y reviendrons ci-dessous. Pour l'heure, décrivons ces concepts de la figure 1, de bas en haut.

Ainsi, concernant le soi-agissant (en rouge) et sa psyché (en rose), c'est absolument en maintenant son système de sécurité de base, enfoui dans son inconscient (en rose), que le soi-agissant (l'agent-agissant) exerce son contrôle réflexif de l'action en contrôlant les dimensions physiques et sociales de l'interaction (en rouge). Ce soi-agissant se déclinant ici aussi en rationalisation de l'action et en motivation de l'action, faite de raisons, motifs et motivation (tous en rouge), on comprend que ces derniers éléments font appel, tantôt à la conscience pratique et à l'inconscient, plus tard à la conscience discursive (en rose), si elle est nécessaire.

Grâce à la partie inférieure de la figure 1 (tout ce qui est en gris pâle), on voit plus facilement que les connaissances de la psyché de l'agent seront réparties toutes à la fois dans ces trois derniers niveaux de conscience (spécifiquement en pointillés), ces derniers niveaux qui, conjugués aux trois dimensions de l'action (contrôle réflexif, rationalisation et motivation de l'action, spécifiquement en rouge) constituent somme toute la compétence de l'agent (tout ce qui est spécifiquement en gris pâle) .

Or, ce contrôle réflexif de l'action survient, à même l'interaction (gros pointillés gris) en co-présence d'autres agents dans une rencontre comportant une ouverture et une fermeture (en vert), au sein d'un cadre d'interaction comportant des règles et des ressources (en bleu-vert). Ces dernières, que le soi-agissant a en commun avec les autres agents sous forme de savoir commun tacite (en vert), se retrouvent à l'intérieur de lui-même sous forme de traces mnésiques (en rouge) lorsqu'il interagit avec eux lors de l'interaction.

En fait, pour des raisons analytiques ici, l'interaction (tout ce qui est vert et bleu-vert) est déclinée particulièrement en rencontre (vert) et en cadre d'interaction (bleu-vert). D'une part, la rencontre survient par la mobilisation, par le soi-agissant, de facettes ou actes d'interaction consistant en des schèmes d'interprétation et des normes ainsi qu'en des ressources d'allocation et d'autorité (en vert). D'autre part, la rencontre survenant dans un cadre d'interaction, les schèmes et les normes, ainsi que

les ressources d'allocation et d'autorité, constituent respectivement des règles de signification et des règles normatives, ainsi que des facilités, comme *a priori* ou fixité spatio-temporelle (en bleu-vert) du cadre d'interaction. Ce sont ces règles et ressources, de ladite fixité du cadre d'interaction, qui constituent en fait les propriétés structurelles du structurel (en bleu), du système social (en orangé).

On comprendra mieux, considérant ici les flèches verticales de la figure 1 (en noir), ce qui avait été exposé plus haut, sous le thème de la dualité du structurel : en cours d'interaction comportant à la fois son exercice (ou jeu) de communication, de pouvoir et de sanction (en rouge), le soi-agissant mobilisera respectivement les dimensions de signification, de domination et de légitimation du structurel (en bleu), via, dans le même ordre de gauche à droite, les modalités que sont les schèmes d'interprétation, les ressources d'autorité et d'allocation et les normes lors de la rencontre (en vert).

Et, toujours continuant vers le haut de la figure 1, les trois dimensions du structurel, virtuelles toujours, d'avoir pour origine les propriétés structurelles de ce dernier (en bleu), elles-mêmes étant issues des (grands) principes structurels du système social (en orange), lequel se maintient ici, comme routinisation (en orange), voire comme récursivité quotidienne du système social, identifié ici comme un tout, en orangé au coin supérieur gauche.

La routinisation (en orange) du système social (en oranger) survenant par la récursivité des rencontres, ces dernières s'interpolent justement dans la récursivité de la vie quotidienne, lorsque les agents se déplacent le long de leur sentier spatio-temporel, ce qui est illustré respectivement en orange pâle et en orange, dans la figure 1.

Aussi, les concepts d'intégration sociale et d'intégration systémique sont illustrés à droite, en oranger, sur la figure 1. On se souvient que ces deux notions ont trait à la réciprocité, respectivement des acteurs en co-présence et des acteurs absents, quoiqu'en relation dans un espace-temps étendu, via des arêtes spatio-temporels (en orange), telles qu'illustrées aussi à la partie supérieure de la figure 1. On comprend

que les flèches pointillées oranges représentent la liaison du système social illustré ici, avec d'autres systèmes sociaux (en orange à droite en haut) dans un espace-temps étendu.

Particulièrement à propos des boucles récursives de sens horaire, se reliant les unes aux autres au point central inférieur de la figure 1, il vaut la peine de mentionner qu'elles constituent bel et bien des dialectiques qui se conjuguent les unes avec les autres et qu'il s'agit en fait de dualités en place et lieu de dualismes, où ici, finalement, les activités des êtres humains sont la résultante de trois doubles dialectiques : la psyché/le soi-agissant, le soi-agissant/l'interaction et l'interaction/le structurel.

En fait, chacune des boucles récursives constituent des dialectiques, voire des réalités double en soi, soit la co-existence simultanée, toujours de bas en haut de la figure 1 : (1) de l'inconscient et du contrôle réflexif de l'action; (2) du contrôle réflexif de l'action et des règles et ressources et (3) des règles et ressources et des propriétés structurelles, ces dernières trois boucles récursives constituant, somme toute, la routinisation du système social.

On comprend mieux que cette routinisation (en orange), englobant la totalité des quatre concepts, que sont la psyché, le soi-agissant, l'interaction et le structurel, montre que ces concepts s'articulent simultanément les unes aux autres, de haut en bas et de bas en haut, ce que constitue la routinisation des pratiques sociales comme médium (condition) et résultat des interactions entre les agents, en co-présence, au quotidien.

Nous parlons bel et bien de « dualité du structurel » ici, où la personnalité des acteurs, dans une perspective plus microsociologique, est maintenue par les pratiques sociales et que ces dernières, dans une perspective davantage macrosociologique[57], sont maintenues grâce à la personnalité de ces mêmes acteurs en interaction. On

---

[57] Giddens (1984) ne favorise pas l'utilisation de ces deux termes, mais plutôt l'utilisation de l'intégration sociale et de l'intégration systémique. Ces termes sont utilisés ici seulement pour illustrer notre propos, voulant démontrer essentiellement des ordres de grandeurs (global vs individuel, large vs spécifique…).

comprend mieux ainsi que l'interaction (faite ici de la rencontre et du cadre d'interaction, regroupés par la ligne grasse pointillée), comme conduite, est à la fois la condition et le résultat de la routinisation desdites rencontres en co-présence, la routinisation du système social maintenant la personnalité des agents et la personnalité des agents maintenant la routinisation du système social. On dit alors que routinisation et psyché sont consubstantielles

Sous-questions de recherche (sous-objectifs)

L'explicitation des différents concepts de la théorie de Giddens soulève assurément quelques questions pertinentes sur les pratiques sociales des agents, accomplies et ordonnées dans l'espace-temps, sous forme de routinisation au quotidien du laboratoire d'une pharmacie communautaire.

En fait, au sein du laboratoire d'une pharmacie communautaire, afin d'appliquer les soins pharmaceutiques[58], œuvrent habituellement deux types d'agents : le pharmacien et la technicienne. Le pharmacien est dédié davantage à la vérification du processus de distribution des médicaments, à l'étude du profil pharmacologique des patients, afin de vérifier les compatibilités et contre-indications médicamenteuses et, finalement, à l'utilisation optimale des médicaments par les patients, en leur prodiguant entre autre des conseils d'usage lors de la délivrance de la médication.

Quant à la technicienne, elle est responsable de la réception des appels téléphoniques, de l'accueil des clients à l'aire de réception des ordonnances, de l'élaboration informatisée des ordonnances à l'aide du logiciel de prescriptions (émission d'étiquettes-médicament comportant : le nom du médicament, la posologie, le nombre de répétitions, etc., et d'un reçu officiel), au conditionnement des médicaments (comptage et conditionnement dans des fioles) et à la facturation à la caisse, à l'aire de délivrance des ordonnances. On compte aussi parmi les activités de la technicienne ses tâches quotidiennes : l'approvisionnement en médicaments, le remplissage des fioles, la vérification des états de compte des assureurs, le cas échéant, etc.

Or, ces deux agents agissent et interagissent au sein d'un processus logique et séquentiel d'activités techniques et professionnelles, habituellement ordonnées dans l'espace de cette zone qu'est un laboratoire de pharmacie communautaire, dont un

---

[58] Comme nous l'avons vu précédemment, en contexte québécois, les soins pharmaceutiques sont définis par l'Ordre des pharmaciens du Québec comme : « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative » (Ducharme, 1995).

exemple type, la pharmacie Omega, est illustré sous forme de plan de laboratoire, vue de haut, à la figure 2 de l'appendice B.

Comme on peut le voir à cette figure 2, un laboratoire est constitué, ici de gauche à droite, de plusieurs lieux ou cadres d'interaction, constituant en fait, l'un après l'autre, ledit processus des soins pharmaceutiques.

Il y a, premièrement, l'accueil. Outre le téléphone, c'est en ce lieu qu'habituellement une technicienne de pharmacie clarifie et définit la demande de services professionnels d'un patient. Ce dernier donne habituellement sa feuille de prescription, pour recevoir de nouvelles sortes de médicaments, mais il peut aussi vouloir renouveler des prescriptions du mois précédent ou simplement demander à voir le pharmacien pour un conseil. Deuxièmement, au premier ordinateur, une technicienne élaborera, à l'aide du logiciel-expert, les étiquettes et reçus de facturation, en rapport avec la demande définie du patient. Les étiquettes de prescriptions seront insérés troisièmement, à la zone de conditionnement des médicaments, dans des fioles vides, recevant bien entendu aussi des médicaments stockés initialement sur les tablettes de stockage, en vrac. C'est le comptage des médicaments en fait. C'est au deuxième ordinateur, réservé habituellement au pharmacien, que ce dernier vérifiera dans un quatrième temps les médicaments conditionnés par la technicienne, et l'ordonnance le cas échéant, en procédant aussi à une analyse pharmacologique du dossier-patient. Ceci, avant de dispenser des conseils d'utilisation au patient, cinquièmement, à l'aire-conseils. Les médicaments seront ensuite facturés par une technicienne à la caisse, en fin de processus.

Bien sûr, d'autres demandes de soins pharmaceutiques pourront parvenir aux agents de laboratoire via le téléphone, notamment, des commandes de médicaments qui seront délivrées, soit par la poste, soit par voiture de livraison ou, tout simplement, « ramassés » plus tard à la pharmacie par les clients eux-mêmes.

Aussi, le pharmacien pourra rencontrer un patient à l'aire de consultation, davantage confidentielle, pour des soins pharmaceutiques plus élaborés, plus complexes ou plus délicats à dispenser pour le pharmacien. Le pharmacien ou la technicienne pourra

aussi se déplacer hors du laboratoire, sur le plancher des produits d'automédication, en rapport avec une demande à combler envers un patient (conseils sur les sirops pour le rhume, localisation d'un produit, etc.)

Finalement, comme on peut le voir à la figure 2, d'autres activités, non reliées aux soins pharmaceutiques en temps réel, mais essentiels à la bonne marche de ceux-ci, pourront être effectuées par les techniciennes de pharmacie : commandes de médicaments, vérification des états de compte, etc., comme nous l'avons vu précédemment.

Or donc, se référant à ce processus logique et séquentiel des soins pharmaceutiques, et considérant les concepts-clé majeurs de la théorie de la structuration de Giddens que nous avons décrits précédemment, il ressort trois questions spécifiques de recherche, concernant l'action des agents oeuvrant dans un laboratoire de pharmacie communautaire. Ces questions émergent plus facilement en superposant les concepts-clé de Giddens, de la figure 1, sur le plan type de la pharmacie Omega, à la figure 2, comportant ses différents cadres d'interaction.

1. Qu'en est-il de la régionalisation, en tant que lieux du système social, de la pratique de la pharmacie?

2. Qui sont les (groupes d') acteurs fréquentant ces lieux du système social de la pratique de la pharmacie?

3. Comment s'exprime (se manifeste) la récursivité quotidienne, du système social de la pratique de la pharmacie, en tant qu'action des acteurs comme procès de structuration?

Comme on peut le constater, les deux premières questions sont davantage de l'ordre de l'explication, tandis que la troisième est davantage de l'ordre de la compréhension[59].

---

[59] Le lecteur sera peut-être surpris de voir utiliser ici ces deux termes, l'explication et la compréhension, d'une façon distincte. En fait, selon Lalande (1992), « une distinction, et même une opposition, a été faite entre les termes *comprendre* et *expliquer*....Rickert, distingue *l'explication,* qui cherche à déterminer les conditions d'un phénomène, et la *compréhension,* par laquelle l'esprit

C'est que la première question, en tant que description des lieux, voire des cadres d'interactions, concerne la fixité de règles et ressources (ce qui est en bleu-vert dans le cadre conceptuel) tandis que la deuxième cherche à cerner une définition des types d'acteurs co-présents dans les rencontres (identifiés par les représentations de bonhommes blancs, rouges et pêches dans le cadre conceptuel). Quant à la troisième question, elle est de l'ordre de la compréhension et cherche à se rapprocher davantage de l'action du soi-agissant.

Au demeurant, on voit bel et bien poindre ici une ventilation purement analytique, entre la structure et l'agent (vus comme une dualité chez Giddens), ladite ventilation qui pour l'heure cherche à répondre aux interrogations du « où », avec la première question, du « qui », avec la deuxième, et du « comment » avec la troisième, de la réalité sociale. Cette dernière qui, somme toute, constitue un tout en temps-réel, nommément l'interaction.

---

connaissant réussit à s'identifier aux significations intentionnelles, essentielles à l'activité historique, concrète, d'un homme. »

Méthodologie de recherche

L'étude de cas unique d'une pharmacie communautaire comme canevas de la recherche

Nous choisissons l'étude de cas comme méthodologie de recherche pour ses richissimes contributions à nos sous-questions de recherche, concernant cet univers complexe qu'est la pratique sociale de la pharmacie, ladite pratique ne pouvant être étudiée en profondeur si elle n'est pas proposée en termes explicatifs, d'une part, et compréhensifs d'autre part. Or, sur ce dernier point, les recherches antérieures ayant été dénoncées, comme nous l'avons vu précédemment, comme étant trop descriptives ou prescriptives, autant en pratique de la pharmacie qu'en pratique de la gestion de projet, seulement la méthodologie de l'étude de cas pourra proposer une pratique comme étant faite, somme toute, d'un système social comportant une dualité entre l'action et la structure, en perpétuelle réinvention.

Comme nous le verrons en détail ci-dessous, la pharmacie choisie ici est unique, ceci, parce que son laboratoire de pharmacie (le système sociale étudié ici) comporte deux tables de travail, une frontale et une arrière. Cette dernière a la particularité d'être en forme de « D ». Or, cette configuration spatiale unique permet des échanges perpétuels, en mode quasi face-à-face, notamment entre les agents en co-présence au laboratoire, mais aussi dans l'ensemble de ce système social particulièrement complexe et circonscrit, voire encapsulé comme un microcosme. Nous pensons que ces échanges quotidiens dudit système social révéleront plus facilement la dualité entre la structure et l'action et sa réinvention quotidienne récursive.

Présentation de la pharmacie étudiée

La pharmacie que nous avons choisie comme terrain de recherche est située en Outaouais et elle est affiliée à la bannière Jean-Coutu. D'une grande surface de vente, elle a été opérée par deux pharmaciens associés jusqu'à 2002, ceci, avant d'être réaménagée en 2006 par son nouvel acquéreur. Pour effectuer le travail

professionnel et technique à cette pharmacie on compte une quinzaine de techniciennes et cinq pharmaciens de service. Ces employés du laboratoire se partagent les heures de service sur sept jours, de 9h00 à 21h00. Cette pharmacie a un très gros débit de prescriptions (plus de 650 ordonnances par jour).

Collecte de données

Afin de répondre aux trois sous-objectifs de recherche précédents, on ne peut utiliser en entier le cadre conceptuel que nous avons proposé précédemment. Certains de ses concepts-clé sont trop virtuels et inaccessibles à tout observateur, dans l'espace-temps. Toutefois, la majorité des concepts-clé retrouvés sous l'interaction dans le cadre conceptuel (la zone délimitée par les pointillés gris) peuvent être mis en évidence, au niveau discursif, si on demande à un agent-laboratoire de discourir sur ses activités quotidiennes habituelles, voire récursives. C'est l'entrevue comme telle, comme première étape méthodologique.

Ainsi, la pierre angulaire du cadre méthodologique de cette recherche étant l'entrevue avec les agents-laboratoire comme telle, il convient dans donner les détails ici. À ce propos, il est important de préciser que la réalité sociale de la pratique de la pharmacie couvrant une multitude de sujets, pouvant chacun être à la fois multidimensionnel, en tant que complexité, et polysémique, en tant que constitué chacun de plusieurs significations selon les perspectives d'agents-laboratoire de tous acabits, nous croyons plus avisé de standardiser une entrevue semi-directive avec lesdits agents, utilisant une présentation Power Point.

À l'appendice C, nous retrouvons cette dernière entrevue semi-directive. Les entrevues eurent lieu dans la salle de conférence des bureaux arrières du laboratoire de notre pharmacie choisie pour la recherche après que, d'une part, il y eu signature d'une entente de confidentialité[60] et, d'autre part, l'établissement d'une relation de confiance entre l'interviewé et l'intervieweur. D'un maximum de 45 à 60 minutes ces entrevues furent enregistrées sur un dictaphone numérique permettant, grâce à la technologie, le transfert de chacun des enregistrements sur ordinateur. Ces entrevues

[60] Voir appendice K

seront transcrites pour le but de la recherche, quoiqu'on pourra y référer aisément sous formes de fichiers numériques.

Comme on peut le constater, l'entrevue comporte quatre parties. La première partie, les acétates 1 et 2, constitue la mise en situation et le plan de laboratoire de pharmacie, en vue d'oiseau[60]. Ce dernier est présenté d'abord, et une copie de format 8''1/2 x 11'' est remise à l'interviewé. On décrit le plan dans l'ordre des lieux, des personnes et des relations, en accord avec nos trois sous-questions de recherche. On prend pour convention que l'ordinateur de l'accueil est le A, celui du poste de travail principal est le 1, etc.

En deuxième partie, l'acétate 3 met l'interviewé en scénario fictif d'un épisode d'accalmie où à la fois moins d'agents-laboratoire et moins d'agents-clients sont co-présents au laboratoire de la pharmacie. L'interviewé doit décrire ici en détails comment cet épisode tranquille pourrait se dérouler et en relation avec quels autres agents-client et agents-laboratoire.

Toujours en deuxième partie, l'acétate 4 met l'interviewé en scénario fictif d'un épisode de ruée (*rush)* où à la fois plus d'agents-laboratoire et plus d'agents-clients sont co-présents au laboratoire de la pharmacie et où, en plus, plusieurs problèmes surviennent pour venir *complexifier* cet épisode particulier. L'interviewé doit décrire encore en détails comment cet épisode de ruée pourrait se dérouler et en relation avec quels autres agents-client et agents-laboratoire.

En troisième partie de l'entrevue, à l'acétate 5 et l'acétate 6, on demande à l'interviewé de parler respectivement des relations entre les agents-laboratoire et entre ces derniers et les agents-client.

En quatrième et dernière partie, à l'acétate 7 et l'acétate 8, on veut que l'interviewé s'avance à parler, humblement, respectivement sur ses qualités et ses défauts.

Or, à la lumière de notre cadre conceptuel, on comprend que l'entrevue semi-directive visera d'abord et surtout, en deuxième partie des scénarios d'accalmie et de

---

[60] Nous détaillons et explicitons ce plan ci-dessous, dans la description du terrain.

ruée, à ce que l'agent-laboratoire se situe momentanément dans l'espace-temps de la réalité sociale fictive de l'épisode concerné (accalmie ou ruée) en contrôle réflexif de son action, cette même action qu'il contrôlerait grâce à sa conscience pratique en temps-réel, certes, mais qu'il rationalisera ici (rationalisation de l'action) avant d'élaborer ses réponses, faisant appel à sa conscience discursive.

En troisième partie d'entrevue, c'est à ses propres schèmes d'interprétation, à l'utilisation qu'il en fait des ressources d'autorité et d'allocation, de même qu'à ses normes, que l'agent-laboratoire sera confronté, étant donné ici qu'il doit discourir, à l'acétate 5 et l'acétate 6, sur ses relations aux autres, respectivement les agents-laboratoire et les agents-clients.

En quatrième et dernière partie d'entrevue, c'est à sa propre psyché que l'agent-laboratoire devra faire référence, une voie d'exploration rendue accessible ici depuis justement la partie précédente, traitant davantage des agents que de la pratique de la pharmacie comme telle, en tant qu'épisodes fictifs bien sûr.

Au fond, on comprend que l'entrevue semi-directive se veut être un passage, lent et en douceur, pour des raisons éthiques bien sûr, de la structure (le structurel) à la psyché du soi-agissant, ces deux réalités, en perpétuelle dualité, ne faisant qu'une selon Giddens. C'est que l'exploration intime de la psyché doit être faite d'une façon circonscrite et avec respect ici, notamment lors des échanges sur les acétates 5 et 6, où l'interviewé doit s'avancer sur ses relations aux autres, collègues et clients et, lors des acétates 7 et 8, lorsque l'interviewé doit parler de ses propres qualités et défauts, c'est-à-dire, de sa relation à lui-même.

D'emblée, nous avons procédé à l'entrevue semi-directive de 16 agents-laboratoire. Suite de l'écoute attentive de ces seize entrevues, trois ont été écartées immédiatement par manque de pertinence à notre recherche.

Ainsi, 13 entrevues ont servi de matériaux à la recherche et nous en avons fait une répartition selon le tableau 1 de l'appendice E. Il y a donc ainsi trois groupes

d'acteurs oeuvrant au sein du laboratoire de la pharmacie. Le groupe des pharmaciens, celui des techniciennes[61] et le groupe des commis-laboratoire.

Dans le premier groupe d'agents-pharmacien, nous avons les entrevues suivantes : A, le pharmacien-propriétaire pour sa compréhension plus globale de la pratique du laboratoire vs la gestion de son entreprise de pharmacie; JF1, pharmacien-salarié, pour sa compréhension évidente des dynamiques de travail technique et professionnel; J2, pharmacienne-salariée, qui a occupé la fonction de technicienne pendant quatre ans, à cette même pharmacie, avant d'être reçue pharmacienne et, finalement, JF2, M1et F, tous des pharmaciens-salariés arrivés depuis 3-4 ans et qui ont, ni plus ni moins, entrepris le début de leur carrière de pharmacien à cette pharmacie. Ces trois pharmaciens entretiennent par ailleurs certains liens intimes en dehors du travail.

Ensuite, au sein du groupe d'agents-technicienne, dans le même ordre d'idée, nous avons les entrevues suivantes : l'entrevue de M2, technicienne d'expérience avec le plus d'années d'ancienneté; J1, technicienne d'expérience, avec moins d'année d'ancienneté; N, une jeune technicienne de seulement deux années d'expérience, et, M3 et M4, respectivement une technicienne d'expérience et une technicienne d'expérience avec moins d'ancienneté.

À cette liste s'ajoutent deux dernières entrevues : une entrevue avec un commis-laboratoire, P commis-technicien, et avec la commis-laboratoire, S, commis-caissière, cette dernière assurant essentiellement la fonction de facturation aux caisses. P, étant donnée son expérience antérieure de gérant pendant des années, fait de lui un commis-laboratoire connu des clients, ces derniers qu'il sert de l'accueil, à la réception des téléphones, en passant par le conditionnement de leurs médicaments et leurs facturations finales à la caisse, ceci, comme l'ensemble des activités techniques effectuées par les agents-techniciennes (le groupe précédent), mais à

[61] Aussi appelées ATP pour : assistant technique en pharmacie.

l'exception du traitement informatique des ordonnances, c'est-à-dire, l'opération du logiciel d'élaboration des prescriptions.

Il est à comprendre ici que notre but premier était de sélectionner des agents-laboratoire en phase avec notre schéma d'entrevue, passant en douceur de la structure à l'agent, révélant autant les éléments du structurel de la réalité sociale quotidienne de la pratique de la pharmacie, que les réalités sociales du niveau de la psyché des agents-laboratoire, plus particulièrement. Cela, d'une part, toujours en référence à notre cadre conceptuel et, d'autre part, en ligne avec nos trois sous-questions de recherche.

Donc, afin de codifier chaque entrevue choisie, nous avons utilisé les concepts de notre cadre conceptuel, que nous avons utilisés sous formes d'acronymes, reprenant les mêmes couleurs que notre cadre conceptuel, tels que définis au tableau 2 de l'appendice F. Ainsi, afin de codifier les verbatimes, dans l'ordre du tableau 2, de haut en bas, nous avons utilisé : l'orangé pour l'intégration systémique et l'intégration sociale, l'orange pour la routinisation, la récursivité quotidienne, etc., jusqu'aux concepts du bas de notre cadre conceptuel, en rose, concernant la psyché de l'agent. Comme exemple type de codification d'entrevue, on retrouve à l'appendice G, deux courts extraits d'une entrevue, celle de N, technicienne, codifiées selon les concepts du cadre conceptuel.

Or, comme on peut le comprendre à la lecture de la codification de l'entrevue de N, chaque verbatime pouvant être polysémique en tant que représentatif de plusieurs concepts du cadre opératoire de cette recherche, à propos de la réalité sociale qu'il cherche à cerner, nous avons dû superposer les couleurs des différents concepts en utilisant la stratégie de codification suivante : mettre en surlignage jaune les parties de verbatimes révélant des concepts touchant la routinisation (de l'orangé au orange pâle, en passant par l'orange au niveau du cadre opératoire); mettre en couleur de police vert et bleu-vert les parties de verbatimes dénotant les concepts en rapport respectivement avec la rencontre et le cadre d'interaction du cadre conceptuel; en

soulignement rouge, les parties de verbatimes mettant en évidence les concepts opératoires du soi-agissant et de la psyché de l'agent (respectivement en rouge et en rose plus spécifiquement au niveau du cadre conceptuel

Comme deuxième étape de collecte d'information on confirmera, par l'observation du contrôle réflexif de quelques agents-laboratoire, ce qui aura été recueilli au niveau discursif lors des entrevues. Nous utiliserons ici le format de notes verbales, toujours en utilisant un dictaphone numérique, suivant un seul agent-laboratoire à la fois, décrivant son parcours et ses actions (interactions) lorsqu'il parcourra son sentier spatio-temporel pendant un épisode « x » du temps t1 au temps t2, par exemple, suivre le commis-laboratoire P, allant, entre 10h15 à 10h30, de l'acceuil à l'aire de conditionnement des médicaments, de ce dernier lieu au lieu de facturation finale, etc., ou suivre J1, technicienne, de 14h10 à 14h25, lorsqu'elle passe et repasse de l'aire de conditionnement des médicaments à l'accueil des clients, en passant par les poste de travail de production de la chaîne des rapides (la table de travail frontale) et de la chaîne des lentes (la table de travail arrière), etc.

En complément à ces deux premières étapes de collecte d'informations, des photographies de plusieurs plans du laboratoire de pharmacie seront prises, comme troisième démarche méthodologique. Ces dernières serviront notamment à apporter des réponses à la première sous-question de recherche, à savoir la régionalisation des lieux du laboratoire de pharmacie.

RÉSULTATS

Description des lieux

Étant donné la grosseur du débit de prescriptions, la pharmacie à l'étude comporte un laboratoire d'une configuration particulière, telle qu'on peu la voir en regardant la figure 3 de l'appendice D : le plan de pharmacie, vue d'oiseau, avec sa légende explicative à droite.

On comprend, à la visualisation de ce plan, que le laboratoire comporte en fait deux chaînes de production de prescriptions. D'une part, il comporte une table frontale, pour les prescriptions moins élaborées, c'est-à-dire plus simples, voire plus rapides. On reconnaît la configuration de la pharmacie de type Omega, telle que nous l'avons décrite à l'appendice B. D'autre part, ce laboratoire comporte aussi une table de derrière, qui est d'une forme plus carrée et qui comporte d'autres postes de travail et d'autres zones de conditionnement des médicaments. Cette table est réservée pour la préparation d'ordonnances plus élaborées, c'est-à-dire plus complexes, voir plus lentes.

Au demeurant, ces deux chaînes de production d'ordonnances ne comportant définitivement pas les mêmes dynamiques de travail technique et professionnel, il vaut la peine de les décrire ici plus longuement, à la fois en utilisant l'appendice D, le plan de pharmacie, et les quatre premières photographies de l'appendice H, perspectives en plongées : la photo 1 et la photo 2 des vues vers l'avant et vers l'arrière du laboratoire de pharmacie et les photos G et D, des vues de la partie gauche du laboratoire et de la partie droite de ce dernier, complémentaires à la photo 2.

Dans un premier temps, les agents-clients se présentent à l'accueil, c'est-à-dire le poste A pour, *grosso modo*[62], y effectuer trois types de demandes : (1) renouveler des médicaments d'usage chronique[63], renouvelés à chaque mois, utilisant leurs bouteilles vides, apportant leurs étiquettes de prescriptions, apportant une liste écrite des médicaments à renouveler ou effectuant leur demande d'une façon verbale, s'identifiant aussi par leur date de naissance, leur téléphone ou leur adresse, tels que demandés par la technicienne; (2) présenter une nouvelle ordonnance comportant soit de nouveaux médicaments, d'un diagnostic récent effectué par un médecin, soit d'anciens médicaments à re-conduire (re-prescription), suite d'une visite annuelle avec le médecin traitant; (3) ramasser des médicaments d'une commande téléphonique effectuée plus tôt et que les agents-laboratoire stockent dans les tablettes PASSERA's (Pass).

Dans un deuxième temps, la technicienne, attitrée à l'accueil des clients (A), si ce n'est pas un PASSERA's qu'elle factura à la caisse Cp, répartira la demande de chaque agent-client soit vers la chaîne de production des paniers rouges, à la table frontale des prescriptions plus rapides, c'est-à-dire, des petites demandes-clients, soit vers la chaîne de production des paniers jaunes à la table carrée-arrière des prescriptions plus lentes, c'est-à-dire, les plus grosses demandes-clients. Comme exemplification, nous pouvons référer ici à notre premier scénario fictif d'accalmie. La demande du jeune homme pour une prescription d'antibiotique, la pénicilline, sera envoyée dans la chaîne des rouges, de même que le renouvellement du contraceptif, le Yasmine pour Mélanie, tandis que la prescription de trois nouveaux médicaments, pour la femme de 55 ans, ainsi que les deux grosses demandes de renouvellements pour Mme Grisé, seront envoyées dans la chaîne des jaunes[64].

---

[62] Nous disons *grosso modo* parce qu'il peut y avoir plusieurs autres sortes de demandes-client à cet endroit du laboratoire, car il est un peu la « porte d'entrée », voire d'accueil, de toute personne qui peut s'y présenter, par exemple, un agent-client pour un conseil sur un sirop contre le rhume, un représentant de l'industrie pharmaceutique, qui veut présenter son produit à un des pharmaciens de service, le laveur de vitres qui désire se faire payer ses honoraires de travail, etc.

[63] Les médicaments d'usage chronique ont trait aux maladies chroniques, par exemple, le diabète, l'hypertension, les maladies inflammatoires et rhumatismales, les désordres hormonaux, etc.

[64] Pour cette pharmacie, la typologie des couleurs de paniers à utiliser, par rapport à la demande soumise par l'agent-client (l'intrant) est en vérité en fonction du résultat à produire (l'extrant), issu lui-même de l'application des soins pharmaceutiques (la chaîne de production de la matière). Cette typologie des paniers de couleurs s'établie comme suit : paniers rouges = prescriptions rapides à la

Dans un troisième temps, conséquemment à cette précédente répartition des « intrants » pharmaceutiques des agents-clients, les prescriptions seront élaborées en format informatisé, où des étiquettes et reçus seront produits et placés dans leurs paniers respectifs, fruits de ladite « informatisation », ceci, au poste R pour les petites prescriptions et au poste 1 pour les grosses prescriptions.

Dans un quatrième temps, autant à l'aire de préparation des paniers rouges (Pr) qu'à l'aire de préparation des paniers jaunes (Pj), les médicaments seront préparés, c'est-à-dire, conditionnés en insérant les étiquettes de prescriptions dans les fioles de pilules vides, suivis bien évidemment des comprimés ou capsules eux-mêmes, ces derniers étant récupérés, soit dans les comptes-pilules automatiques (d ou D), soit sur les tablettes de médicaments (Mx).

Dans un cinquième temps, les médicaments conditionnés, ainsi que les prescriptions écrites, le cas échéant, seront envoyés respectivement au pharmacien de la chaîne des rapides (M) et au pharmacien de la chaîne des jaunes (3). Ces derniers, terminant ce qui précède, auront récupéré leur panier à vérifier dans leur zone-tampon où les paniers terminés de l'étape précédente sont en attente de vérification par le pharmacien. On parle bel et bien de la zone-tampon Trp pour la chaîne des rouges et de la zone-tampon Tjp pour la chaîne des jaunes.

Dans un sixième et dernier temps, les paniers contenant des prescriptions demandant des conseils d'utilisation, de la part des pharmaciens auprès des agents-clients, seront identifiés par une note post-it laissée dans les paniers concernés, ces derniers en transit à la table-tampon (Ta), seront facturés aux caisses (C1 et C2) avant que le pharmacien, continuant autre chose et ayant laissé une note post-it exprimant sa volonté de donner des conseils, ne soit interpellé par la caissière. Il s'approchera, soit aux caisses C1 ou C2, s'il s'agit de conseils rapides, soit à l'aire des conseils pour patients (MVL) s'il s'agit de conseils plus élaborés.

---

chaîne frontale; paniers jaunes = prescriptions lentes à la chaîne de la table carrée arrière; paniers blancs = livraisons; paniers bleus = commandes téléphoniques (PASSERA's); paniers bleus-pâles = médicament à recevoir d'un fournisseur/grossiste parce que pas en stock; paniers noirs = prescriptions à mettre en réserve au dossier-informatisé, pour utilisation ultérieure (prescriptions futures).

Enfin, les conseils généraux de santé ou sur les médicaments de vente libre (MVL) seront effectués à la chaîne frontale, par le pharmacien au poste M, à l'aire de conseils au patient (MVL) tandis que les livraisons passeront par la chaîne arrière des jaunes, étant vérifiés, donc, par le pharmacien au poste 3.

Réponses aux sous-questions de recherche

Première sous- question de recherche

Nous avons posé précédemment une première question spécifique de recherche : « qu'en est-il de la régionalisation, en tant que lieux du système social, de la pratique de la pharmacie? »

Le but de cette première question est de décrire les différents lieux, en tant que lieux « différenciés », du laboratoire de pharmacie, comme « fixité » de règles et ressources particulières, présentes *a priori*, nonobstant les groupes ou types d'agents fréquentant ces derniers. On veut décrire ici les lieux comme étant composés des conditions (médiums) d'action que sont les règles et ressources déjà présentes, ceci, avant même qu'une quelconque action des agents survienne, comme médiation physique et sensorielle du système social. Ceci, dans l'espace-temps, voire en temps-réel, lorsque l'agent-laboratoire exercera effectivement son action en tant que contrôle réflexif des dimensions physiques et sociales dudit système social.

Dit autrement, les conditions d'action comme « fixité » des lieux vont amener l'agent-laboratoire à se comporter selon certaines règles, si les ressources sont présentes, lesdites règles étant inscrites dans sa psyché sous formes de traces mnésiques, qui sont en fait le savoir commun tacite qu'a l'agent-laboratoire avec les autres, lesdites traces qui donneront naissance au contrôle réflexif de son action en temps-réel dans ce système social. Or, concernant ce dernier système social, nous voulons affirmer deux choix que nous avons faits au départ, dans cette recherche. Le premier, notre système social étudié est celui du laboratoire d'une seule pharmacie, certes. Mais cela n'élimine pas, bien au contraire, que ses différentes règles et

ressources, comme fixité que nous voulons décrire ici, aient des origines historiques, à la fois, propres audit système, mais aussi au-delà de ce dernier, à savoir une historicité commerciale et professionnelle (toutes les pharmacies québécoises comportent un accueil, des zones de conditionnement des médicaments, des caisses de facturation, etc., souvent dans le quasi même ordonnancement spatial).

Deuxièmement, la fixité des lieux décrite ici sera davantage générale. On évitera d'être prolixe et de décrire toutes les sortes d'événements/contextualité pouvant survenir dans tel ou tel lieu. Par exemple, la zone conseils-MVL sert généralement aux conseils aux clients, mais un représentant pharmaceutique peut bien y faire, à une premier pharmacien, la présentation d'un nouveau médicament, pendant qu'alors un deuxième pharmacien donne ses conseils à la caisse.

De retour au cadre conceptuel, on comprend que nous faisons référence spécifiquement à tout ce qui est le cadre d'interaction comme tel, en bleu-vert, ventilé ici en règles de signification, en facilités (les ressources) et en règles normatives.

Pour répondre à cette première question spécifique, nous nous référerons encore au plan du laboratoire de pharmacie de l'appendice D, mais aussi, retournant à l'appendice H, après les quatre premières perspectives en plongées dudit laboratoire, respectivement aux prises de vue suivantes: la photo 3, un plan rapproché de la caisse des « PASSERA's » et de l'accueil; la photo 4, un plan moyen de la chaîne de production des paniers rouges : poste-R, préparation, ordinateur-MVL et conseils-MVL; la photo 5, une perspective en plongée de la chaîne de production des paniers jaunes, poste 1 et préparation; la photo 6, une autre perspective en plongée de la chaîne de production des paniers jaunes, poste 2, tampon-vérif.-PHARM et poste 3; la photo 7, une perspective en plongée de la caisse 1 et 2, de la salle d'attente en arrière-plan, des paniers de livraisons, à droite au plancher, et de la table Ta, en avant plan et, finalement, la photo 8, un plan moyen de la salle d'attente, prise de la caisse 1. Nous allons reprendre dans l'ordre ces dernières six photographies pour décrire l'ensemble les lieux du laboratoire de pharmacie.

Il est important de préciser ici que notre description, voire notre compte-rendu exhaustif et rigoureux de la « fixité » des règles et ressources des lieux « différenciés » du laboratoire, nous vient d'une étude minutieuse de nos supports photographiques. Toutefois, quatre agents-laboratoire, de types différents comme nous le repréciserons plus loin, nous ont été d'un précieux secours. D'une part, pour leur générosité lors de la première partie de l'entrevue (le scénario d'accalmie) où ils furent loquaces à souhait en décrivant leurs routines et les lieux de leur travail. D'autre part, pour la richesse des données qui sont ressorties justement de l'observation respective de leur travail en temps-réel.

Première zone : l'accueil et les PASSERA's.

Avant toute chose, il est impératif de préciser que, jusqu'à maintenant, nous avons utilisé les termes reliés à la définition de l'espace un peu indifféremment. Or, nous voulons répondre, à partir d'ici, à cette question le plus spécifiquement possible. Le lecteur devra donc faire la juste part entre les termes utilisés pour décrire les lieux, voire les zones, et les termes pour décrire les sous-lieux, voire les sous-zones, puisque plusieurs de ces termes sont, encore une fois ici, polysémiques. En fait, nous avons l'usage populaire des termes à propos des espaces et l'usage que nous voulons véhiculer ici eu égard à cette recherche faisant référence à la théorie de la structuration. C'est que le laboratoire est un lieu d'une pharmacie qui est un lieu dans un quartier, dans une ville, etc. Or, nous avançons ici que le laboratoire de notre terrain de recherche est un lieu différencié en plusieurs lieux ou zones. Décrivant ces lieux ou zones, elles seront ensuite décrites en sous-lieux ou sous-zones, que nous identifierons, voire définirons, le plus possible en termes de : surfaces; aires; aires délimitées ou aires dédiées à; surfaces et espaces. On comprend que c'est à ce dernier terme que nous voulons le plus possible nous rapprocher, car il est celui qui pourrait être le plus délimitable géographiquement, voire spatialement au sein des différentes zones ou sous-zones que nous voudrons décrire ici. Nos buts sont évidemment analytiques ici et vise à prévenir la confusion dans la mesure du possible.

Et tout d'abord, l'aire des PASSERA's et de l'accueil, correspondant sur le plan de pharmacie à la zone de la caisse Cp et à la zone de l'ordinateur A, que l'on peut

visualiser à la photo 3 de l'appendice H. En ce lieu, selon ce qui ressort en entrevues, se présentent des agents-clients qui viennent, ou bien chercher des commandes téléphoniques, ou bien chercher des prescriptions de médicaments.

Dans le premier scénario, lorsqu'un agent-client se présente vis-à-vis de la caisse des PASSERA's (Cp) ou dans la partie à gauche de l'ordinateur A, un agent-laboratoire lui répond, ouvrant la rencontre par les salutations habituelles, pour qu'ensuite l'agent-client fasse sa demande, voire exprime qu'il vient chercher une commande téléphonique effectuée plus tôt. L'agent-client s'identifiera alors par son nom.

Se dirigeant vers le coin de stockage des PASSERA's, l'agent-laboratoire repérera, par le nom de famille de l'agent-client puisque ces commandes sont classées par ordre alphabétique de noms de famille, le sac dudit client. Il s'agit de médicaments et de leurs reçus, contenus dans des espèces de sacs transparents, genre Ziploc avec crochets de plastiques, appelés Monacos, suspendus sur plusieurs barres transversales. On parle en fait, sur le plan de pharmacie, de l'endroit identifié par « Pass » (c'est la seule photo des éléments du laboratoire que nous n'avons pas prise).

L'agent-laboratoire, s'en revenant de ce lieu de stockage, sortira les médicaments et les reçus officiels du sac de commande transparent, poinçonnera ces derniers sur la caisse Cp, avant de prendre un des sacs d'ensachage final, stockés sous la caisse enregistreuse Cp et tels qu'on en voit justement déborder sur la photo 3, et d'ensacher les médicaments et leurs reçus respectifs dans ces derniers. Il transigera alors, soit de l'argent liquide, soit de l'argent sous forme d'une carte de débit, ou encore sous forme d'une carte de crédit. L'agent-client effectuera alors sa répartie, selon l'option de paiement choisie, soit fournir de l'argent liquide, soit poinçonner son équivalent de transaction, sur un clavier numérique, ou encore signer une copie de transaction de carte de crédit, l'agent-laboratoire fournissant alors un stylo, la plupart du temps. La rencontre se fermera alors par la remise des copies de

transaction à chacun, comme on le sait, et par les salutations cordiales habituelles, finales à la rencontre.

Ce premier scénario précédent met bien en évidence l'ensemble des ressources (exemples : la caisse enregistreuse, les sacs de stockage de médicaments, etc. : voir appendice I pour la liste exhaustive des ressources) et des règles[65] (exemples : salutations d'ouverture de rencontre, récupération de la commande téléphonique, utilisation de la caisse enregistreuse, etc. : voir appendice I pour la liste détaillée des règles) utilisées par les agents en co-présence, pour une commande PASSERA. La photo 3 de l'appendice H montre l'ensemble de la fixité matérielle, que sont les ressources utilisées par les agents, à l'exception du lieu de stockage des sacs PASSERA's. Bien plus, connaissant maintenant la routine du scénario PASSERA, on peut mieux mettre en évidence les règles de conduite, voire d'interaction entre les agents co-présents.

Du reste, on comprend mieux maintenant, grâce à cette première description de la fixité d'un lieu principal du laboratoire, que c'est la mobilisation, par l'agent-laboratoire, des règles et des ressources, menant à terme l'exercice de sa pratique, à peu près toujours dans cet ordre et que, rappelées à la conscience pratique, elles prennent forme (vie) dans le contrôle réflexif des agents co-présents, notamment chez les agents-laboratoire que nous observons ici, ces dernières règles ayant comme origine les traces mnésiques individuelles de ces derniers, voire le savoir commun tacite de tous les agents-laboratoire, nonobstant leur type.

Dans le deuxième scénario, lorsqu'un agent-client se présente pour chercher des prescriptions de médicaments, comme nous l'avons explicité, il veut renouveler ses médicaments mensuels et/ou présenter une nouvelle ordonnance comportant, soit de nouveaux médicaments, soit d'anciens médicaments à re-conduire (re-prescription de médicaments connus et déjà consommés régulièrement).

---

[65] Autant les règles de signification que les règles normatives, à propos desquelles nous avons effectué une différentiation analytique dans notre cadre conceptuel, doivent être confondues quant à la fin que nous poursuivons ici : la description de la fixité des principaux lieux du laboratoire. La réponse à la troisième sous-question de recherche détaillera davantage lesdites règles, à propos de la réalité de l'interaction des agents-laboratoire.

D'une part, l'option A, s'il s'agit de renouvellements de médicaments, après les salutations habituelles de l'agent-laboratoire pour ouvrir la rencontre, l'agent-client fait sa demande, s'identifiant par le fait même, soit en donnant des bouteilles de pilules vides, chacune arborant une étiquette de prescription avec un numéro-repère, soit en donnant son nom, que l'agent-laboratoire différenciera, de d'autres clients possibles du même nom, par son adresse ou par sa date de naissance, utilisant un bout de papier ou accédant directement à l'ordinateur A, s'il est disponible. L'agent-client pourra aussi faire sa demande de renouvellement de médicaments, présentant une liste de ces derniers à renouveler ou présentant le reçu des renouvellements du mois précédent.

D'autre part, l'option B, s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance de médicaments habituels à re-conduire, l'identification se fera un peu comme précédemment, sauf que les coordonnées, identifiant l'agent-client, seront prises à même l'entête de l'ordonnance, rédigée par le prescripteur.

D'autre part enfin, l'option C, s'il s'agit d'une nouvelle ordonnance de nouveaux médicaments, l'agent-laboratoire vérifiera si l'agent-client a un dossier-informatisé actif à la pharmacie. Le cas échéant, il l'identifiera comme ci-dessus, autrement, il prendra l'ensemble de ses coordonnées, d'abord en tant que *client* : adresse, date de naissance, numéro de téléphone, assurance-médicaments gouvernementale ou privée, etc. et ensuite en tant que *patient*, c'est-à-dire, l'ensemble de ses données pharmaceutiques ou médicales nécessaires aux soins pharmaceutiques: prise actuelle de médicaments, allergies ou intolérances médicamenteuses antérieures et tous les autres éléments informatifs spécifiques pertinents tels : état de grossesse ou d'allaitement, poids s'il s'agit d'un enfant, nécessité de conditionnement des médicaments dans des vials non-sécuritaires, etc.

Peu importe qu'il s'agisse de renouvellements de médicaments ou de nouvelles ordonnances, ou que l'agent-laboratoire utilise l'ordinateur A ou un bout de papier pour recueillir les éléments de départ de la demande-client, ce que sont en fait les

intrants des soins pharmaceutiques[66], dans ce deuxième scénario, l'agent-laboratoire répartira la demande de l'agent-client selon, *grosso modo,* deux options, telles qu'il en ressort des entrevues : la première, mettre lesdits éléments dans un panier rouge, vers la chaîne de production frontale des ordonnances rapides (ou moins élaborées); la deuxième, mettre lesdits éléments dans un panier jaune, vers la chaîne de la table arrière carrée de production des ordonnances lentes (ou plus élaborées)[67].

Ce deuxième scénario précédent met bien en évidence l'ensemble des ressources (exemples : le comptoir, l'ordinateur A et son logiciel, des paniers, un stylo, un bout de papier, etc. : voir appendice I pour la liste exhaustive des ressources) et des règles (exemples : salutations d'ouverture de rencontre, repérage du dossier-informatisé du patient, utilisation des paniers de couleurs, etc. : voir appendice I pour la liste détaillée des règles), utilisées par les agents en co-présence lorsqu'un agent-client vient chercher des prescriptions de médicaments à l'accueil. La photo 3 de l'appendice H nous est encore utile ici pour montrer l'ensemble de la fixité matérielle décrite ici.

Au demeurant, la description de cette première zone du laboratoire qu'est l'accueil et les PASSERAS, voire ni plus ni moins « la porte d'entrée du laboratoire », nous aide à mieux comprendre les concepts véhiculés par les boucles récursives de notre cadre conceptuel de l'appendice A. Notamment, les règles et ressources, comme « fixité » des lieux (ce qui est en bleu-vert), vont amener l'agent-laboratoire à se comporter selon ces certaines règles (bleu-vert), qui sont en fait le savoir commun tacite qu'a l'agent-laboratoire en rencontre avec les autres (en vert), utilisant ici les ressources présentes de cette « porte d'entrée du laboratoire », lesdites règles étant inscrites dans sa psyché sous formes de traces mnésiques (en rouge), lesdites traces qui donneront

---

[66] L'intrant a été défini plus haut; les éléments de départ des demandes-client, on le comprend maintenant avec ce qui vient juste d'être explicité, sont les bouteilles de pilules, les ordonnances-papier, etc.

[67] En fait, la demande-client pourrait bien aussi être placée dans un panier bleu, si le client repasse plus tard pour ramasser sa commande-médicaments, dans un panier, blanc, s'il veut que cette dernière transite vers son domicile, en livraison de fin d'après-midi, etc. Nous avons exposé, plus haut en note de bas de page, la typologie des couleurs de paniers en fonctions des extrants à produire.

naissance au contrôle réflexif de son action (en rouge) en temps-réel dans cette première zone accueil et PASSERAS du laboratoire.

Deuxième zone : la chaîne frontale des prescriptions rapides.

La chaîne frontale de production des prescriptions rapides, identifiées ainsi parce que réparties dans des paniers rouges, les définissant en fin de compte comme comportant moins de charge de travail, autant professionnelle que technique, s'identifie bien sur le plan du laboratoire de pharmacie de l'appendice D. Elle est constituée, dans l'ordre de gauche à droite sur ce plan de pharmacie : du poste d'élaboration des paniers rouges (poste R), de la zone de préparation/conditionnement des médicaments (Pr), de la zone tampon-vérification des paniers rouges par un agent-laboratoire (Trp), du poste de travail utile autant à la vérification du contenu de ces paniers rouges qu'à des conseils auprès des agents-clients (poste M) et, enfin, de la zone conseils sur les médicaments prescrits ou de vente libre (MVL). On peut visualiser cette chaîne de production frontale à la photo 4 de l'appendice H. C'est à cette photo 4 que le lecteur est invité à référer pour suivre la description des ressources et règles que nous avons recensées.

Voyons tout d'abord que la photo 4 montre, comme plan moyen de la chaîne de production des paniers rouges, sept aires spécifiques, ou surfaces dédiées à des types d'activités techniques ou professionnelles particulières, comme espaces délimités. On voit : (1) le poste de travail R; (2) l'aire de conditionnement/préparation des médicaments; (3) l'aire tampon-vérification des paniers rouges ; (4) le poste de travail MVL; (5) l'aire conseils-MVL, (6) l'aire de stockage de médicaments pré-conditionnés, des paniers de couleurs et de divers outils de travail technique, notamment et (7) deux téléphones pour la réception des appels : Tr, à coté du poste d'ordinateur R et Tm, à coté du poste d'ordinateur M.

Le tableau 3 de l'appendice I décrit d'une façon exhaustive les diverses ressources de ces espaces délimités de la zone de la chaîne frontale de préparation des prescriptions rapides, dans un premier temps et, dans un deuxième temps, répertorie les règles de

ces différentes sous-zones, selon l'ensemble des données recueillies en entrevue et lors des observations en temps réel des agents-laboratoire.

Troisième zone : la chaîne arrière des prescriptions lentes.

Pour décrire la chaîne arrière des paniers jaunes, nous avons deux clichés intéressants à l'appendice H : la première partie de la chaîne des jaunes, avec la photo 5 et la deuxième partie de ladite chaîne, avec la photo 6. Ces deux perspectives en plongée regroupent, dans l'ordre, la chaîne de production des paniers jaunes, qu'on peut repérer et suivre sur le plan de pharmacie de l'appendice D : (1) le poste de travail no. 1; (2) l'aire de conditionnement/préparation des médicaments (Pj) ; (3) le poste de travail no. 2; (4) l'aire tampon-vérification des paniers jaunes (Tjp); (5) le poste de travail no. 3; (6) une petite aire de stockage de médicaments pré-conditionnés, au centre de la table, à droite du poste 1, derrière l'aire de conditionnement des médicaments; (7) des paniers de remisage/disposition de papiers d'ordonnances terminées et paraphées, classées en types « narcotiques » et types « régulières », et des paniers d'ordonnances non terminées et en suspend, nommément « les paniers à problèmes », puisqu'un élément du contenu de prescription doit être vérifié, précisé, clarifié, confirmé ou communiqué au prescripteur, qui n'est pas toujours disponible au moment où l'agent-client apporte son ordonnance écrite à la pharmacie et qui doit être rejoint un autre jour et (8) trois téléphones pour réception des appels : T1, à droite du poste no. 1; T2, à gauche du poste no. 2 et T3, à coté du poste no. 3.

Puisque les constituants de la chaîne des jaunes, en tant que fixité des ressources et règles sont les mêmes, et dans le même ordre, que la chaîne frontale des rouges, sauf que cette fois-ci cette chaîne est simplement de configuration quasi-circulaire, le travail y circulant dans le sens anti-horaire, nous allons seulement y relever le fait que ladite chaîne contient un poste de travail supplémentaire, avec son imprimante, le poste no. 2.

Ce poste informatique no.2 est réservé bien souvent à l'élaboration informatique de « sorties d'hôpital ». Ces nouvelles ordonnances, véhiculées souvent sous forme d'un

tableau contenant jusqu'à 12-15 médicaments (et même plus) échelonnés sur 2-3 pages, sont produites à l'ordinateur par le département de pharmacie du centre hospitalier et sont ensuite contre-signées par le médecin responsable de signer le congé d'un agent-client, ce dernier ayant été hospitalisé pour des problèmes de santé plus graves. Ces ordonnances demandant à la fois de la quiétude et de la concentration, pour l'agent-laboratoire qui en aura la responsabilité d'élaboration informatique, on lui demandera de se retirer à ce poste réservé.

Quatrième zone : la facturation.

La photo 7, et la photo 8, de l'appendice H, montrent bien cette dernière zone du processus des soins pharmaceutiques, qu'on visualise bien, sur le plan de pharmacie de l'appendice D, comme composée des aires délimitées de : (1) la table tampon-pré-facturation (Ta); (2) la caisse enregistreuse 1, avec sa surface de travail adjacente, à gauche; (3) la caisse enregistreuse 2; (4) coin livraisons à droite et (5) la salle d'attente (non-illustrée sur la figure du plan de pharmacie de l'appendice D). Les ressources et règles des quatre premières aires délimitées sont décrites au tableau 4 de l'appendice J, puisque nous ne décrirons pas ici la salle d'attente.

Ceci étant, utilisant l'appendice D, comportant le plan de pharmacie vue d'oiseau, et l'ensemble des prises photographiques de l'appendice H, nous avions exposé, précédemment, au tout début de la section des résultats, la description des lieux du laboratoire, ventilée en fait en deux chaînes de production de prescriptions.

Lorsque l'on compare les règles et ressources caractérisant structurellement chacune des quatre zones relevées, nous constatons que ces zones possèdent des règles et des ressources qui leurs sont propres et uniques. Par exemple, les zones de l'accueil des agents-client et des caisses, où a lieu la facturation de leurs médicaments, impliquent toutes deux des rencontres face-à-face entre ces derniers agents et les agents-laboratoire, ce qui n'est pas le cas dans les zones de la chaîne de production des ordonnances rapides ou des ordonnances lentes.

Toutefois, ces deux dernières zones, quoique comportant des différences au niveau de la complexité des ordonnances, ont en commun la réception d'appels téléphoniques où des agents-clients manifestent leur présence par un appel téléphonique. Ces appels comportent souvent soit une demande de renouvellements de médicaments, soit une demande de conseils par le pharmacien. Or, rarement il est demandé à un agent-laboratoire de traiter une nouvelle ordonnance au téléphone, puisque le traitement de nouvelles ordonnances survient pratiquement toujours à l'accueil.

En fait, nous pourrions donner plusieurs autres différences entre les différentes zones étudiées ici, où chaque zone comporte sa singularité et fait qu'elle est reconnue par les agents-laboratoire comme une zone de pratiques sociales particulières et qui se distingue par rapport à une autre. Cependant, certaines de ces zones possèdent des règles et ressources qu'ils partagent ou encore qu'ils ont en commun. Par exemple, l'utilisation de l'informatique ou l'utilisation de paniers. Ces règles et ressources, que les zones ont en commun, relèvent la prégnance et l'étendue spatiale de certaines de leurs règles et ressources, liant ainsi lesdites zones en un lieu. Cela implique que l'agent-laboratoire peut passer d'une zone à l'autre avec une certaine continuité.

Au final, avec cette description et cette analyse exhaustive des différents lieux, en tant que quatre lieux « différenciés » ou zones du laboratoire de pharmacie, nous répondons à la première question spécifique de cette recherche à savoir: « qu'en est-il de la régionalisation, en tant que lieux du système social, de la pratique de la pharmacie? ». On se souvient, cette « fixité » de règles et ressources particulières, qui sont présentes *a priori*, nonobstant les groupes ou types d'agents fréquentant lesdites zones.

Deuxième sous- question de recherche

Avec ce qui précède, on comprend mieux maintenant que cet exercice analytique, que nous avons fait rigoureusement ici en décrivant les ressources d'abord et les règles ensuite, était essentiel afin d'identifier et décrire ces médiums (conditions) de

l'action de quelconques agents, peu importe ce qu'ils sont, voire à quel groupe d'acteurs ils appartiennent.

Par ailleurs, les différents agents-laboratoire ne sont justement pas de quelconques agents. Répondre à notre deuxième sous-question de recherche : « *qui sont les (groupes d') acteurs fréquentant ces lieux du système social de la pratique de la pharmacie?* », nous oblige à préciser le concept générique que l'on utilise à la section précédente : *agents-laboratoire*. En fait, les agents-laboratoire ne constituent pas un groupe homogène; ils sont différenciés plutôt en différents groupes d'acteurs du système social étudié ici.

Or, s'il s'agit ici de préparer le terreau au troisième sous objectif de recherche, où nous verrons comment chaque groupe d'acteurs prise spécifiquement certains lieux par rapport à d'autre, justement en rapport avec leurs spécificités de règles et ressources présentes, telles que décrites précédemment, il est impératif de mieux cerner à quels types d'agents-laboratoires nous avons affaire.

Avant toute chose, à la lumière de l'ensemble des entrevues, il faut préciser ici que nous avons dénombré finalement quatre groupes d'acteurs présents au laboratoire de notre pharmacie étudiée. Précédemment, suite de la présentation du cadre conceptuel, au début de la présentation des sous-objectifs de recherche, nous avions d'une part présenté les activités du pharmacien et de la technicienne et, d'autre part, décrit ces activités au sein d'un processus logique de prestation des soins pharmaceutiques à même le laboratoire d'une pharmacie type : la pharmacie Omega. Précédemment toujours, sous le chapitre des *résultats,* nous avions trouvé plus tard trois groupes d'acteurs: le groupe des pharmaciens, celui des techniciennes et le groupe des commis-laboratoire.

C'est que notre pharmacie étudiée comporte ici deux types d'agents autres que le groupe de pharmaciens et le groupe de techniciennes. On compte, en plus desdits groupes traditionnels d'agents : une commis-caissière et un commis-technicien. Ce dernier, tel que nous l'avons appris en entrevue, n'applique pas la totalité des tâches

d'une technicienne traditionnelle, ceci, puisqu'il n'opère pas les ressources informatiques présentes dans les différents lieux dédiés à ces ressources matérielles.

En fait, pour mettre en lumière la totalité des quatre groupes d'agents-laboratoire, il vaut la peine de les différencier davantage ici, ceci, nonobstant les lieux de leurs actions. On se souvient, conformément à ce qui précède, le pharmacien est dédié davantage à la vérification du processus de distribution des médicaments, à l'étude du profil pharmacologique des patients et, finalement, à la prestation des conseils d'usage lors de la délivrance de la médication, de même qu'au téléphone, ceci, pendant que la technicienne est responsable de la réception des appels téléphoniques, de l'accueil des clients, de l'élaboration informatisée des ordonnances, au conditionnement des médicaments et, selon les périodes du jour, à la facturation des médicaments. On compte aussi parmi les activités de la technicienne, ses tâches quotidiennes : l'approvisionnement en médicaments, le remplissage des fioles, la vérification des états de compte des assureurs, le cas échéant, etc.

Or, outre ces deux groupes traditionnels d'agents-laboratoire, notre pharmacie étudiée comporte, en troisième lieu un autre type d'agent-laboratoire : un commis-technicien. Ce dernier effectue toutes les tâches techniques et de relation clientèle qu'effectue une technicienne traditionnelle, mais ne couvre aucun des aspects informatiques dans ledit processus de distribution des médicaments. Notre pharmacie étudiée compte finalement un dernier type d'agent-laboratoire : une commis-caissière qui s'occupe essentiellement de la facturation des médicaments ainsi que de la préparation/facturation finale des commandes PASSERA's et des livraisons.

Mais ces quatre types d'agents-laboratoire sont nécessaires à quel point de vue? Que font-ils dans la réalité, où le font-ils précisément et comment le font-ils exactement? C'est le but de notre troisième et dernière sous-question de recherche.

Troisième sous- question de recherche

Pour répondre à notre troisième sous-question de recherche : « comment s'exprime (se manifeste) la récursivité quotidienne, du système social de la pratique de la

pharmacie, en tant qu'action des acteurs comme procès de structuration? » traitons, par ordre décroissant de « couverture », du parcours des différents lieux ou zones du laboratoire par les agents, d'abord les techniciennes et les pharmaciens, ensuite le commis-technicien et la commis-caissière.

Et tout d'abord, l'ensemble des entrevues des techniciennes montrent hors de tout doute qu'elles parcourent presque la quasi totalité des lieux du laboratoire, ces derniers les amenant à se comporter précisément selon les règles que nous avons décrites en détail précédemment, utilisant les ressources qui y sont toujours présentes, comme « en attente », comme fixité matérielle. Lesdits agents utilisent en fait ces lieux pour la réalisation de leur partie de la prestation des soins pharmaceutiques que sont les services pharmaceutiques de distribution : accueil des clients, élaboration informatique des prescriptions, conditionnement des médicaments, facturation de ses derniers et réception des appels téléphoniques.

En deuxième lieu, si nous disons que les techniciennes parcourent la quasi-totalité des lieux du laboratoire, c'est que les aires délimitées, d'une part : (1) du tampon de stockage des paniers rouges à vérifier par le pharmacien à la chaîne frontale (Trp); (2) du poste M réservé à ce dernier à ladite chaîne, pour la vérification et les conseils-patient des prescriptions rapides, mais aussi pour les conseils aux patients sur les médicaments de vente libre à son aire adjacente (MVL); (3) du téléphone Tm, réservé au pharmacien M pour ses appels à faire ou à recevoir, de professionnels de la santé ou de patients et, d'autre part, les mêmes aires délimitées pour le pharmacien de la chaîne des jaunes (les aires Tjp, poste 3 et T3), sont réservées à ce dernier type d'agent-laboratoire pour la prestation de ses actes professionnels, comme constituant des soins pharmaceutiques : étude du dossier pharmacologique, dépistage des interactions médicamenteuses; rectification de pharmacothérapie en intervenant auprès du prescripteur, etc. C'est ce qu'ont démontré à la fois les entrevues et les observations-terrain.

Mais tout n'est pas dit sur ce deuxième groupe d'agents-laboratoire. Si les postes de travail informatiques réservés aux pharmaciens (les poste M et poste 3) sont dédiés

justement exclusivement aux pharmaciens, c'est qu'ils comportent tous deux des caractéristiques qui font qu'ils sont prisés par ces derniers. La première, ils renferment des ressources d'autorité reconnues historiquement par tous : ce sont **les** ordinateurs des pharmaciens. La deuxième, ces derniers sont plutôt positionnés en bout de chaîne de production, puisqu'ils concernent la vérification d'un processus qui les précède. Troisièmement, ces deux postes de travail s'utilisent normalement davantage pour leurs contenus des sciences pharmacologiques, utilisant souvent des hyperliens, un espace virtuel plus en arrière-scène des opérations informatiques de distribution du même logiciel, des opérations, quant à elles, davantage prisées par les techniciennes, ceci, à **d'autres** postes de travail.

Le troisième type d'agent est le seul représentant de son groupe, car il est un technicien, certes, mais qui ne travaille absolument pas aux postes informatiques. Nous préférons l'appeler commis-technicien pour le différencier des autres techniciennes, qui opèrent les postes informatiques. Tout à la fois son entrevue et les observations du parcours de son sentier-spatio temporel nous ont montré qu'il parcourt les mêmes lieux que les techniciennes, mais n'opère pas du tout les postes informatiques A, R, 1 et 2 : des postes de travail utilisés par les techniciennes essentiellement. En fait, ce commis-technicien prise la zone des caisses, l'accueil, la caisse des PASSERA's et l'aire de comptage des médicaments des jaunes.

Quant au dernier type d'agent, qui est aussi la seule représentante de son groupe: la commis-caissière, cette dernière fréquente essentiellement, nos observations de son travail le confirmant, deux zones du laboratoire de pharmacie : les caisses et la zone d'accueil, afin d'y apporter des paniers vides, accueillant des agents-client essentiellement, le cas échéant, lors de son passage rapide à cette région, avant de retourner à sa zone des caisses.

Du reste, nos observations visuelles du parcours de chacun des quatre groupes sont décrites ici, comme exemplification. On retrouve ces quatre sentiers spatio-temporels : de J2, pharmacienne, de J1, technicienne, de P, commis-technicien et de S, commis-caissière, dans un premier temps à l'appendice K, sous forme de

tableaux ventilant le temps « x » et l'action « y » pour chaque agent et, dans un deuxième temps, à l'appendice L, sous forme de parcours réels du sentier spatio-temporel desdits agents, superposés alors sur le plan de pharmacie, repris ici en arrière-plan pour chacun des quatre agents-laboratoire.

Comme on peut le constater facilement, l'agent-pharmacienne fréquente presque exclusivement les postes 3 et M, hormis quelques actions à l'air MVL. L'agent-technicienne parcoure les zones de l'accueil (poste A), du poste R, du poste 1, des aires de conditionnement des rouges et des jaunes, ainsi que le lieu des tablettes de d'entreposage des médicaments en vrac (Mx). Ces deux agents diffèrent de P, agent-technicien, puisque ce dernier est omniprésent à la quasi-totalité des lieux significatifs du laboratoire, SAUF à l'ensemble de tous les postes de travail informatisés. Quant à la caissière, elle se concentre presqu'exclusivement à trois zones du laboratoire : les caisses, le coin PASSERA's et l'accueil.

Mais n'en restons pas là. Ce qui est intéressant ici, c'est qu'à travers la comparaison des conduites individuelles des quatre agents-laboratoire étudiés ici, dans un premier temps, par la lecture de leurs actions dans l'appendice K et, dans un deuxième temps, par la visualisation desdites actions sous formes de parcours de sentiers spatio-temporels, à l'aide de l'appendice L, les dynamiques illustrées à la figure 1 de l'appendice A deviennent on ne peut plus claires, notamment : le contrôle réflexif de l'action des agents-laboratoires, c'est-à-dire, le contrôle de leur corps, de leurs gestes et de leur positionnement par rapport aux autres agents; la diversité des cadres d'interaction que ces derniers parcourent, fait de diverses règles et ressources; la coordination mutuelle dont ils font preuve, avec les autres agents-laboratoire co-présents; les connaissances du réservoir commun tacite, qu'ils appliquent/utilisent avec tact, etc. Nous sommes bel et bien dans un procès de structuration en tant qu'action des acteurs! À preuve, voyons ici quelques extraits de discours révélateurs.

Le premier exemple est tiré du discours de J1, technicienne, sur le sujet de l'arrivée d'agents-clients à l'accueil et des réactions possibles de techniciennes co-présentes à proximité.

> *« ...deux filles vont se conter... mettons qu'on est trois filles ensemble, puis on se conte notre fin de semaine, mais il y a un client qui arrive, ben mettons, ... je parle d'un temps mort, mais c'est rare, mais mettons qu'il y a pas un chat... comme à matin, c'était ben, ben, ben tranquille là... Si on est trois qui se jasent de notre fin de semaine, puis il y a une cliente qui va à l'accueil, ben je vais y aller tout de suite!, la conversation, garde, elle arrête là, puis j'y va là. Mais il y en a d'autres qui vont continuer à parler, là, tsé, puis le patient est là qui te regarde...quand même là, tsé... »*

Avec cet exemple, ne sommes-nous pas dans le tact, dans le contrôle réflexif de l'action? En fait, comme nous l'avons vu plus haut sous le quatrième thème de l'exposé de la théorie de la structuration : *temps, espace et rencontre*, ce tact, comme savoir commun tacite, est justement constitué d'habiletés, que sont les minuscules détails d'expression et de mouvements du corps, en tant que soi agissant, régularisées justement par des normes, aide l'agent à comprendre la vie sociale de tous les jours, ladite vie qui se fait et se refait dans le temps et l'espace.

Voyons un deuxième exemple, tiré du discours de J2, pharmacienne. J2, parle de sa relation aux techniciennes et à propos des erreurs possibles survenant lors de la rédaction des étiquettes de prescriptions.

> *« ...en règle générale, ça va quand même bien tout le monde ensemble, mais il y en a qui sont plus....comment j'te dirais....ben, moi je suis une femme, j'étais avant technicienne ici au lab avant de tomber pharmacienne, donc ça va ....ça va bien avec les filles, la transition a super bien été, puis j'suis pas bête. Je dis « SVP ». Je dis « Ça bien été » à la plupart des filles. Donc je fais du renforcement positif et je trouve que ça va super bien dans ce temps-là. Les filles sont vraiment bien...Mon Dieu au début les filles disaient « Oh merci »..*
>
> *Mais c'est pas tout le monde qui a la même opinion. En même temps si t'es trop fin, il y en a qui disent « les filles n'le feront pas »...ou « Ah c'est pas grave, elle ne chialera pas ». Moi j'ne vois pas ça comme ça...je ne l'ai pas vu...j'le vois que ça va bien..., mais je le dis aux filles « Oui, il y a une erreur, on fait attention », mais c'est ça. C'est correct, on travaille fort...il y a eu des améliorations avec un sourire, en disant « il y a eu une erreur », mais tant que je ne crie pas, ça va, je trouve que ça va mieux ».»*

Ne sommes-nous pas ici dans les normes, mais aussi dans le système de sécurité de base de l'agent-pharmacienne, son pôle confiance/méfiance face aux autres agents-techniciennes, son pôle initiative/culpabilité face au signalement qu'il y a une erreur?

Or, si cette vie sociale est régularisée justement par des normes, et que ces dernières aident l'agent-laboratoire lors de son parcours le long de son sentier spatio-temporel quotidien dans des contextes sociaux qui lui sont familiers, c'est qu'il se pose à chaque fois la question « qu'est-ce qui se passe ici? ». L'encadrement est alors d'un précieux secours. Voyons, à cet égard, deux exemples supplémentaires, on ne peut plus révélateurs, de l'encadrement ultimement nécessaire aux agents-laboratoire pour poursuivre leur action d'une façon cohérente au quotidien.

La troisième exemplification est celle de P, commis-technicien, parcourant beaucoup de lieux du laboratoire, passant rapidement de la partie gauche du laboratoire aux lieux des caisses, une surcharge de travail (ruée) s'installant au laboratoire et des patients s'impatientant dans la salle d'attente.

> *« On est tous là. Tu es à l'accueil, tu prends le panier, tu bouges le panier, tu passes à la caisse....en temps normal j'ai une bonne idée qui a pris la prescription...je dégage parce que je suis dans leurs jambes.*
>
> *Si y en a une qui pitonne, qu'il y en a deux aux comptes-pilules, qu'il y a un pharmacien avec un autre compte-pilules là, en temps normal celui qui vérifie, ça s'est prioritaire; si c'est pas plein, ça va être plein dans pas grand temps. Moi je dégage et je m'en vais là. Je leur dis : Ça sera pas trop long...et je leur fais de petites farces...ouais et ça arrive. Je vais les voir. Parce que je ne suis pas utile là, et je ne suis pas utile là non plus. Surtout quand t'es bien bien rushé tu ne peux pas te coller non plus. Plus que t'es de monde dans un coin, ça va mal »..*

Comme dernier exemple d'encadrement, mentionnons le cas de S, commis-caissière, qui doit conjuguer avec un client qui se présente à l'aire des caisses, ramassant une commande téléphonique qui n'est vraisemblablement pas prête.

« ...ou souvent ils vont se présenter mais ils viennent d'appeler. Souvent ils ont parlé à la technicienne, ils ont donné leur commande, pis ils s'en viennent tout de suite. Ils arrivent à ma caisse et disent « J'ai appelé ». J'vais voir dans les passeras et il n'est pas là, et là j'sais qu'il n'est pas fait. Il est dans les paniers bleus, il est peut-être fait, mais il n'est pas rendu au pharmacien ou il est en attente du pharmacien. J'fais partout et si j'ne le trouve pas, je vais voir dans ceux qui ne sont pas faits et souvent j'le trouve là. Je vais voir la technicienne et lui dit que le monsieur est à ma caisse. Souvent elle va me dire « Ben, il vient juste d'appeler », mais il est déjà arrivé. Donc, elle va le faire parce qu'il st déjà arrivé.

Ça, ça arrive souvent que le patient va se présenter mais qu'il vient d'appeler. Là j'vais voir le patient et lui dit que sa commande est en préparation et qu'elle n'est pas terminée, mais j'ne lui dis pas qu'elle n'était pas faite. J'fais juste lui dire qu'elle est en préparation. – Ah bon, j'vais aller m'asseoir ou j'vais aller magasiner dans la pharmacie en attendant. – Il va aller faire un petit peu de magasinage en attendant... »

Que conclure de tout cela? Eh bien, avec les descriptions précédentes des différents parcours des quatre types d'agents-laboratoire, nous précisons davantage ce procès de zonage du laboratoire de pharmacie, en tant qu'action, voire en tant que pratique des acteurs comme procès de structuration, s'exprimant (se manifestant) sous forme de récursivité quotidienne dudit système social de la pratique de la pharmacie.

Réponse à la question spécifique de recherche : « comment imaginer la pratique de la pharmacie comme un système social comportant une dualité entre l'action et la structure et qui se réinvente? »

Aux termes des précédents paragraphes, plus particulièrement, nous affirmons que la pratique de la pharmacie est fait d'un système social comportant une dualité entre l'action et la structure et qui a la propriété de se réinventer d'une façon récursive, quotidiennement.

De par surcroît, ces derniers exemples sont révélateurs de la dualité du structurel qui s'exprime dans la récursivité quotidienne du système social du laboratoire, au travers de l'action des agents comme pratique. Avec les deux premiers exemples, s'exprime la dualité de sanction d'un agent, ceci, par rapport à des règles normatives, elles-mêmes en rapport avec une structure de signification du système social, selon la situation. Dans le premier exemple, J01 semble sanctionner l'attitude de ses consoeurs de travail qui tardent à répondre à un client nouvellement arrivé à l'accueil, ceci, malgré une règle normative qui établit qu'un client ne devrait pas attendre inutilement à l'accueil. Dans le deuxième exemple, J02 exprime sa façon plus amicale de corriger une technicienne qui a fait une erreur lors de la rédaction d'une étiquette de prescription (l'aspect sanction), cette dernière ne répondant pas aux critères, voire aux règles normatives légitimées par le système social entourant une étiquette dont la posologie est rédigée adéquatement. Dans notre cadre conceptuel, la figure 1 de l'appendice A, on est davantage dans l'axe *légitimation-normes-sanction* illustré par les deux flèches de droite du cadre conceptuel.

Avec les deux derniers exemples, c'est davantage en dualité avec les lieux physiques, voire autour des ressources d'allocation, que les deux agents-laboratoire initient et poursuivent leur action. On est bel et bien dans la partie verte du cadre conceptuel de figure 1 de l'appendice A, cette partie verte ventilant en modalités pour les rencontres les facilités de la partie en bleu-vert, une sous-partie de la fixité spatio-temporelle. Dans l'exemple de P, des clients co-présents, arrivant à la pharmacie, provoquent d'abord ruée à l'accueil et ensuite aux caisses, ce qui se matérialise

concrètement, et fait initier le déplacement de P vers les caisses, par une accumulation (physique) de paniers dans les aires de vérification des pharmaciens, aux postes 3 et au poste M. Ces derniers agents qui transiteront les paniers vérifiés directement aux caisses où P, s'y étant déplacé, facturera les clients. Dans l'exemple de S, c'est le trajet inverse qui sera fait, puisque cette dernière initiera et poursuivra un déplacement vers les différents postes de travail et les différentes aires de conditionnement des médicaments, ceci, à la recherche d'un panier bleu contenant la commande téléphonique demandée, fort probablement non encore préparée, ne trouvant pas celle-ci dans les lieux physiques que sont les sacs Monacos du coin PASSERA's, habituellement terminée et ensachée, prête à être facturée au client se présentant, ici, trop rapidement à la pharmacie.

Qui plus est, en rapport avec ces différentes zones du laboratoire fréquentées plus fréquemment par tel ou tel groupe d'agents-laboratoire, ce qui est on ne peut plus intéressant, c'est le véritable procès de structuration qui survient, puisque nous avons affaire ici à un formidable aménagement d'espaces. Par exemple, au sein de deux ressources d'allocation identiques (ordinateur et logiciel de prescriptions), que sont d'une coté les ordinateurs des techniciennes et de l'autre ceux des pharmaciens, on n'y utilise pas les mêmes espaces virtuels, ceci, dans le même logiciel. C'est une conséquence du fait qu'ils n'occupent pas le même espace physique, ce dernier qui est choisi d'emblée étant donné l'espace symbolique que comporte chacun desdits ordinateurs, cet espace symbolique étant directement relié aux ressources d'autorité que dégagent, spécifiquement, les ordinateurs des pharmaciens.

Mais allons plus loin, ce procès de structuration des espaces du laboratoire s'explique historiquement par la mise en œuvre de la profession de pharmacien au cours des décennies : l'histoire a le potentiel de se recomposer dans le quotidien! Nous l'avons vu avec Collin (1995), les professions sont assurément des constructions sociales. Lesdites constructions sont ancrées dans le temps et dans l'espace, et l'évolution professionnelle doit être vue historiquement dans la perspective de ses rapports dans

un contexte plus large, en lien avec les développements économiques, politiques, sociaux et culturels d'une société, à une époque donnée.

Nous faisons bien sûr référence ici à cette historicité dont nous avons exposé les principaux éléments au tout début, et juste ici, ci-dessus, sous forme de méthodologie d'application pharmaceutique. En effet, la profession de pharmacien, s'étant défini en tout premier lieu autour des techniques de préparation de la substance, qu'est le médicament, avant la 2e grande guerre, se transforma tranquillement, avec l'essor de l'industrie pharmaceutique qui prit alors le relais de la préparation des médicaments, au cours des années cinquante, soixante, soixante-dix et quatre-vingts, en une profession orientée vers les soins pharmaceutiques, c'est-à-dire vers le processus décisionnel en matière d'optimisation de la pharmacothérapie des patients, notamment, par la surveillance de l'utilisation des médicaments par ces derniers.

Il est à comprendre ici, au niveau spatial et temporel, que la pharmacie d'antan, gérée et exécutée strictement par le pharmacien d'avant-guerre, appelé alors apothicaire, se transforma, aidée des poussées technologiques et informatiques des années soixante-dix et quatre-vingts, en de véritables pharmacies aux laboratoires techno-scientifiques, comportant des lieux délimités et habités à la fois par le pharmacien et ses assistants-technique, selon des positionnements précis et requis par la nature du processus de prestation des soins pharmaceutiques, un processus logique et séquentiel d'activités techniques et professionnelles, habituellement ordonnées dans l'espace (et le temps), ceci, tel que nous l'avons explicité plus haut, référant à la pharmacie Omega.

C'est pourquoi, d'une part, nous réussissons à apporter une réponse à notre question spécifique, par la présente recherche grâce à la théorie de la structuration : la pratique de la pharmacie comporte un système social fait d'un matériau consubstantiel agent-structure et qui se réinvente quotidiennement, et nous disons maintenant, voire historiquement. Or, particulièrement, les deux dernières exemplifications (celle de P et S) montrent l'influence évidente de l'espace dans la réification de ce matériau consubstantiel.

Réponse à la question générale de la recherche :
remise en question des méthodologies d'application
de la pratique de la pharmacie et de la gestion de projet :
apport théorique nécessaire.

Nous avons dès le début offert des similarités, des parallélismes, des liens entre les méthodologies d'application de la pharmacie et celles de la gestion de projet. Boutinet (2006), dont nous utiliserons les contributions à meilleur escient dans notre discussion à la prochaine section, nous offre sur un plateau d'argent deux parallélismes fort intéressants entre les méthodologies d'application de la pratique de la pharmacie et celles de la pratique de la gestion de projet.

En fait, ces deux parallélismes nous donnent l'occasion, d'une part, de revenir sur l'historicité des deux pratiques respectives, d'autre part, sur leur propositions méthodologiques modernes et, d'autre part enfin, de confirmer que les deux pratiques nécessitent de nouveaux apports théoriques, au-delà de ces paradigmes structuro-fonctionnalistes.

En effet, référant à l'étymologie du terme « projet », qui vient de « projeter », signifiant : jeter au loin en avant, devant soi, et à l'histoire de l' « activité de projeter », formalisée historiquement par le projet architectural, Boutinet (2006) nous fournit, d'un coté, un parallélisme fort intéressant, historique ici. Ce parallélisme est celui de la mise en évidence d'un « gabarit de pratique sociale » entre la pratique de la gestion de projet et la pratique de la pharmacie, toutes deux ayant eu jadis comme « méthodologie de processus de résolution de problème » deux simples étapes : la conception et la réalisation.

D'un autre coté, Boutinet (2006) nous offre, lorsqu'il parle des éléments méthodologiques d'élaboration et de réalisation des projets, reprenant cette fois les étapes de conception et de réalisation de projet en termes modernes, un deuxième parallélisme extrêmement intéressant entre lesdites étapes-clé et le processus des soins pharmaceutiques tel que nous le connaissons aujourd'hui, toujours comme « méthodologie de processus de résolution de problème ».

C'est ainsi que, autant pour la création architecturale de l'époque de la Renaissance, par l'anticipation méthodologique d'un schéma directeur engendrant une réalisation technique élaborée, que pour « l'art de guérir » par l'apothicaire d'antan, à partir du 15^{e} siècle jusqu'avant la deuxième grande guerre, avec comme anticipation méthodologique le « soin du malade », selon les conceptions morbides (de la maladie) de l'époque, et sa réalisation autour des techniques de préparation de la substance et son administration au malade, se profile un processus de résolution de problème similaire.

Voyons d'abord les caractéristiques de ce processus de résolution de problème, de part et d'autre, le projet architectural et le « soin du malade d'antan », à la lumière de Boutinet (2006), au tableau 9 de l'appendice M. Au demeurant, Boutinet (2006) nous fait réaliser que le projet architectural offre, encore aujourd'hui, en miniature, les principales caractéristiques de tout projet, tout comme les « magasins de produits naturels » d'aujourd'hui offrent encore des solutions simplistes à des problèmes de santé complexes en administrant des substances de tout acabits en « détoxifiant » l'organisme…

De la même façon, un parallélisme se profile comme « méthodologie de processus de résolution de problème » entre la gestion de projet moderne, comme méthodologie d'application de la pratique de la gestion de projet et les soins pharmaceutiques[68], comme méthodologie d'application de la pratique de la pharmacie, lorsqu'on considère la conception et la réalisation de projet selon Boutinet (2006). Ce parallélisme moderne est évidemment plus complexe que le premier, comme on peut le constater au tableau 10 de l'appendice N.

Dès lors, puisque la pratique de la pharmacie est mieux comprise par la théorie de la structuration de Giddens, ladite théorie permettant de mieux appréhender, grâce aux assertions et démonstrations précédentes, les relations et structures sociales de la pharmacie, en tant que construction ou système social, voire en tant que pratique,

---

[68] Ces étapes des soins pharmaceutiques avaient été détaillées en note 5 de bas de page, supra.

nous affirmons qu'elle constitue un apport théorique novateur et unique à cette dernière pratique sociale, d'une part.

D'autre part, fidèle à notre parallélisme entre la pratique de la pharmacie et la pratique de la gestion de projet, ladite théorie, on ne peut plus globale et holistique, devient aussi une occasion unique et extrêmement intéressante pour, dans un premier temps, réfléchir sur des formes différentes d'exploration de la pratique de la gestion de projet, ce que se propose de faire le courant critique, avec entre autre Nocker (2006) et, dans un deuxième temps, tisser des liens avec les conceptions de Boutinet (2006) sur les conduites à projet et, ainsi, explorer de nouvelles figures du projet.

Discussion

Manifestement, la Théorie de Giddens, par la notion de pratique, faisant de l'action et de la structure un même et unique matériau consubstantiel, rend vaines les explorations/explications sociologiques fonctionnaliste, marxiste et interactionniste, exposées précédemment et qui avaient pour intention d'aider à expliciter sous de nouveaux jougs théoriques la pratique de la pharmacie, les unes mettant trop l'accent sur la structure (le fonctionnalisme et le marxisme) les autres trop sur l'agent (l'interactionnisme)[69].

Poursuivant absolument dans la même veine, à propos de la pratique de la gestion de projet cette fois-ci, continuons maintenant sur les contributions fort intéressantes de Nocker (2006), issue du courrant critique, qui propose de voir le projet comme un espace émergent aux ontologies multiples : l'horizon projet.

C'est que cet auteur dénonce le fait que les chercheurs et praticiens considèrent le projet comme une réalité objective, là-dehors, et que ladite réalité peut être gérée par une expertise spécialisée, l'usage d'outils prescriptifs et la référence à des standards de pratique professionnelle (Nocker, 2006).

Or, c'est bien ce que nous avons mis en lumière dès les débuts théoriques de cette recherche, mais aussi immédiatement supra, lorsque nous avons dégagé un processus de résolution de problème quasi identique derrière autant la comparaison du projet architectural avec le « soin du malade d'antan » que la comparaison moderne de la gestion de projet et de la pratique de la pharmacie (respectivement les tableaux 9 et 10 aux appendices M et N) !

Au demeurant, Nocker (2006) avance la nécessité d'une transformation paradigmatique de la discipline et d'y revoir les assises et assertions théoriques, ces

---

[69] Ainsi, nous le comprenons de la théorie de la structuration de Giddens (1984), avec cette notion de dualité de la structure, ni plus ni moins, brassent les colonnes du temple positiviste, voire remettent en question les vues à propos de l'organisation traditionnelle, à savoir qu'elle serait : une entité présente là-dehors, une entité dans son environnement, un contenant vide à remplir et à diviser en départements, à remplir plus tard avec des êtres humains assumant des rôles, fonctions et tâches, à mesurer finalement avec des méthodes quantitatives, etc.

dernières qui apportent toutes sortes de problèmes en gestion de projet, la préoccupation traditionnelle pour la planification et le contrôle de projet ayant ses limitations.

Au surplus, poursuivant ses assertions, Nocker (2006) suggère que le projet soit considéré comme fait d'espaces hétérogènes qui s'entrelacent pour créer différentes sortes d'expériences et conduites dans le temps.

Qui plus est, s'inspirant des travaux de Henri Lefebvre (1991), ce qu'elle dénomme un espace émergent aux ontologies multiples, l'horizon projet, à savoir une cristallisation des possibilités et attentes qui définissent le projet, devient un espace de narrations multiples constitué et formé à travers l'accomplissement quotidien de la pratique sociale, ceci, lors du travail sur le projet (Nocker, 2006).

N'est-ce pas dans ce même sillon que nous traçons tout juste précédemment notre réponse à la question spécifique de recherche? En fait, tout à fait dans la même veine, nous avons démontré que la pratique de la pharmacie comporte un système social fait d'un matériau consubstantiel agent-structure et qui se réinvente quotidiennement par l'entremise de l'espace, qui lui-même a le potentiel d'être redéfini, ceci, dans la production/reproduction de ce matériau consubstantiel.

En fait, c'est que pour Lefebvre (1991), la production de l'espace, en l'occurrence, social, se réalise par l'interaction des corps, des objets et des environnements, ledit espace social étant le résultat d'un processus avec plusieurs aspects et plusieurs courants contributifs, signifiants et non-signifiants, perçus et directement expérimentés, pratiques et théoriques.

De ce point de vue, c'est ce que démontrent particulièrement à la fois nos extraits de discours de J01, technicienne, J02, pharmacienne, P, commis-technicien et S, commis-caissière, mais aussi et surtout, l'observation du parcours de leurs sentiers spatio-temporels respectifs. Cela, lorsque nous répondons à notre troisième sous-question de recherche, traitant de la récursivité quotidienne en tant qu'action des

acteurs comme procès de structuration du système social de la pratique de la pharmacie (celle à l'étude ici comme référentiel…).

Or, il n'en faut pas plus à ce dernier philosophe de l'espace (Lefebvre, 1991) pour conceptualiser intelligemment l'espace social sous trois aspects richissimes, qui comptent pour autant de perspectives et que Nocker (2006) reprend afin de soutenir ses propos, aidée de Hernes (2004), ces trois auteurs que nous voudrons intentionnellement paraphraser ici, ceci, afin d'effectuer une transition de notre propos vers une nouvelle compréhension de l'espace projet, immédiatement ensuite:

(1) l'espace conçu, en fait les représentations de l'espace, qui sont liées aux rapports de production, à l' « ordre » que ces rapports imposent et, par là : aux connaissances, aux signes et aux codes, ceux des savants, des planificateurs, des urbanistes, des technocrates, des « découpeurs » et des « agenceurs », tous sociaux, est aussi celui de leurs homologues organisationnels que sont les dirigeants, qui créent aussi des images comme représentations de la structure et des règles organisationnelles;

(2) l'espace perçu, en fait la pratique spatiale, où la production et reproduction sociétales spécifient des lieux et des ensembles spatiaux, cette relative cohésion qui assure une continuité et qui implique à la fois un espace social et un espace pour chaque membre de la société et où la société sécrète ni plus ni moins son espace, ce dernier qu'elle pose, qu'elle suppose, dans une interaction dialectique : elle le produit lentement et sûrement en se l'appropriant socialement, ceci, pendant qu'en termes organisationnels cette pratique spatiale se fait par l'action de tous les jours, dans des espaces particuliers;

(3) l'espace vécu, en fait les espaces de représentation (réels) présentant des symbolismes complexes, à travers les images et symboles qui l'accompagnent, donc les espaces des habitants et des usagers d'une société, qui au niveau organisationnel deviennent des « espaces vivants » qui évoluent du passé historique, fait de codes et signes en rapport avec les formes qui sont imaginées et données à l'espace.

Mais n'en restons pas là. Inspiré de Lefebvre (1991), ce qui devient on ne peut plus intéressant ici au niveau de la pratique de la gestion de projet, mieux comprise dans cette recherche par la pratique de la pharmacie, est que l'espace conçu, l'espace perçu et l'espace vécu deviennent respectivement, autant pour la pratique de la pharmacie que pour la pratique de la gestion de projet : (1) l'espace mental, référent à la théorie et aux concepts, à la philosophie et à l'épistémologie; (2) l'espace physique, référent à la matérialité des localisations (ou artéfacts humains) et (3) l'espace social, comme site (lieu) des relations sociales et de reproduction du social.

Pour ainsi dire, considérant, d'une part, l'ensemble des éléments théoriques et empiriques que nous avons apportés précédemment à propos de la théorie de la structuration, expliquant le système social de la pratique de la pharmacie et, d'autre part, ces derniers apports théoriques richissimes à propos de l'espace, notamment, ceux de Nocker (2006) qui considère le projet comme fait d'un espace émergent aux ontologies multiples, voire comme un espace créé et constitué de narrations multiples (ce qu'elle appelle l'horizon projet), l'accomplissement quotidien de la pratique sociale, comme travail sur tout projet, nommément la pratique de la gestion de projet, pourrait être abordée maintenant en ces termes, et notre *tentative* consistera ici à tenter de rapprocher deux mondes, celui de l'analyse philosophique et celui de l'analyse sociologique de l'espace :

1) l'espace conçu (les représentations de l'espace) d'Henri Lefebvre (1991) fait référence au structurel de Giddens (1984), puisque les propriétés structurelles, que sont les règles autant de signification que normatives et les facilités, se proposent ou s'imposent, comme leviers ou contraintes, à la pratique (sociale), en tant qu' « ordre » du système social;
2) l'espace perçu (la pratique spatiale) d'Henri Lefebvre (1991) fait référence à l'interaction de Giddens (1984), puisque la « modalisation » que fait l'agent de son action par les schèmes, les ressources d'allocation et d'autorité, ainsi que les normes, assure la dialectique d'appropriation sociale et physique qu'effectue l'agent lors de son action quotidienne dans les espaces particuliers de son (du) système social;

3) l'espace vécu (les espaces de représentation) d'Henri Lefebvre (1991) fait référence au soi-agissant de Giddens (1984), puisque le contrôle réflexif de l'action de l'agent, s'initiant par les traces mnésiques[70], sous forme d'un contrôle des dimensions physiques et sociales des cadres d'interaction, voire des lieux physiques et symboliques, constitue assurément des « espaces vivants », qui évoluent du passé historique du système social, lesdits espaces étant tout autant constitués de codes et signes, ceci, en rapport avec les formes qui sont imaginées et données à l'espace (physique)[71].

Sans conteste, c'est ce que notre recherche démontre ici, la présence tout à la fois d'un espace conçu, d'un espace perçu et d'un espace vécu. En effet, tout d'abord, un espace conçu, parce ce que c'est bien ce que démontre notre réponse à notre première question spécifique de recherche : « qu'en est-il de la régionalisation, en tant que lieux du système social, de la pratique de la pharmacie? »

Le but de cette première question était de décrire particulièrement cet espace conçu, de différents lieux, en tant que lieux « différenciés », du laboratoire de pharmacie, comme « fixité » de règles et ressources particulières, présentes *a priori*, avant tout action/interaction humaine. Nous avons décrit particulièrement cet espace conçu, en quatre zones : (1) l'accueil et les PASSERAS, (2) la chaîne frontales des prescriptions rapides, (3) la chaîne arrière des prescriptions lentes et (4) la facturation, ces lieux particuliers comme étant composés des conditions (médiums) d'action que sont les propriétés structurelles, c'est-à-dire, les règles autant de signification que normatives et les facilités de la pratique sociale, en tant qu' « ordre » du système social (*a priori).*

Et ensuite, notre recherche démontre la présence d'un espace perçu, parce que nous avons vu, dans un premier temps, en réponse à notre deuxième question spécifique de recherche, où nous avons effectué une typologie des quatre types d'agents-laboratoire et, dans un deuxième temps, en réponse à notre troisième question

---

[70] Les traces mnésiques « lient » le passé (historique) au présent, ce dernier qui est manifesté par le contrôle réflexif.

[71] N'oublions pas que l'espace physique est un artéfact humain au sens de la praxis.

spécifique de recherche, où nous avons traité du procès de structuration du système social, décrivant, par ordre décroissant de « couverture », le parcours des différents lieux ou zones du laboratoire particulièrement par les agents-pharmacien et les agents-technicienne et spécifiquement ensuite par le commis-technicien et la commis-caissière, comment justement chaque groupe d'acteurs prise spécifiquement certains lieux par rapport à d'autres, en rapport avec leurs spécificités de règles et ressources présentes, effectuant une médiation physique et sensorielle du système social, dans l'espace-temps, voire en temps-réel, lors de leur action/interaction, en tant que contrôle réflexif des dimensions physiques et sociales dudit système social, comme « modalisation » effective réelle en rapport avec les schèmes, les ressources d'allocation et d'autorité, ainsi que les normes, assurant la dialectique d'appropriation sociale et physique qu'effectue chacun des groupes d'agents lors de son action quotidienne dans les espaces particuliers de son (du) système social.

Finalement, nous démontrons la présence d'un espace vécu, d'une part, parce que nous avons réussi à apporter une réponse à notre question spécifique de recherche : la pratique de la pharmacie comporte bel et bien un système social fait d'un matériau consubstantiel agent-structure et qui se réinvente quotidiennement par le contrôle réflexif de l'action des agents, ces derniers utilisant leurs traces mnésiques en liant tout à la fois le passé historique au présent, sous forme d'un contrôle des dimensions physiques et sociales des cadres d'interaction, voire des lieux physiques et symboliques.

Nous démontrons la présence d'un espace vécu, d'autre part, parce qu'en rapport avec cette historicité dont nous avons exposé les principaux éléments à quelques reprises supra, lorsque nous avons entre autre parlé de l'histoire de la méthodologie d'application pharmaceutique, des techniques de préparation de la substance/médicament, de l'évolution de la profession de pharmacien s'orientant de plus en plus vers le processus décisionnel en matière d'optimisation de la pharmacothérapie des patients dans la prestation des soins pharmaceutiques, ces derniers survenant aujourd'hui au sein de véritables pharmacies aux laboratoires techno-scientifiques, l'ensemble de ces derniers constituant au final des « espaces

vivants », eux-mêmes qui évoluent du passé historique du système social, lesdits espaces étant tout autant constitués de codes et signes, ceci, en rapport avec les formes qui sont imaginées et données à l'espace (physique) quotidiennement.

Bien plus, nous proposons ici que, et nous insistons, au sens de proposition pure de recherche, si tout projet est considéré comme fait d'un espace émergent aux ontologies multiples, chez Nocker (2006), que ce dernier est tout à la fois, chez Lefebvre (1991) : l'espace conçu, l'espace perçu et l'espace vécu, et chez Giddens (1984) : le structurel, l'interaction et le soi-agissant, ces trois niveaux soient aussi considérés comme, respectivement, les niveaux : (1) scientifique, (2) opératoire et (3) empirique de tout projet, tels que décrits par Boutinet (2006).

Sous ce rapport, Boutinet (2006) décrit, d'une part, le (1) niveau scientifique de tout projet en termes d'appareillage conceptuel susceptible de nous aider à produire nos connaissances. Nous affirmons, bien inspiré de ce même auteur, que l'espace social qui se conçoit, lors de tout projet, en tant qu'ordre du système social par ses propriétés structurelles, se conçoit toujours en termes de connaissances à produire, nécessaires à tout projet, que ce dernier soit objet ou outil d'investigation scientifique.

D'autre part, Boutinet (2006) décrit le (2) niveau opératoire de tout projet comme guide d'action, indispensable à la conduite efficace de ce dernier, par un minimum d'anticipation et de détermination préalable de buts et d'étapes envisagées. Nous proposons ici, à la lumière de ce dernier, que l'espace social qui se perçoit, lors de tout projet, se perçoit toujours par cette relative cohésion, faite de production et reproduction d'espaces spatiaux réels ou virtuels, qui assure une continuité au projet, voire une opérationnalisation, impliquant à la fois un espace social et un espace pour chaque membre du projet.

D'autres part enfin, Boutinet (2006) décrit le (3) niveau empirique de tout projet en termes d'adaptations quotidiennes, lorsque l'on cherche à anticiper un avenir désiré, matérialisant son intention sous forme langagière et sa communication à autrui. Nous disons, toujours arrimé à la pensée de cet auteur, que l'espace social qui se vit, lors

de tout projet, se vit par l'entremise de symbolismes complexes, fait de codes et signes en rapport avec les formes qui sont imaginées et données à l'espace, d'une façon empirique.

Et c'est manifestement ce que démontre notre recherche à propos de la pratique de la pharmacie : (1) en tant qu'espace social qui se conçoit, en termes de connaissances à produire, utilisant un niveau scientifique d'appréhension de la réalité, voire de l'espace-temps, par l'utilisation quotidienne de nombreux appareillages conceptuels issus d'objets scientifiquement validés que sont la pharmacologie, la pharmacovigilance, la pharmacocinétique, etc.; (2) en tant qu'espace social qui se perçoit, d'un niveau tout à fait opératoire, grâce à de nombreux guides d'action, voire guides de pratique, permettant un minimum d'anticipation et de détermination préalable de buts et d'étapes envisagées lors de la pratique quotidienne de la pharmacie, par exemple, la démarche des soins pharmaceutiques, les approches de counselling au patient, les processus d'utilisation des logiciels informatiques, etc.; (3) en tant qu'espace social qui se vit, d'une façon empirique, en termes d'adaptations quotidiennes, telles que nous les avons décrites, entre autre, par les exemplifications de parcours de sentiers spatio-temporels d'agents-laboratoire et par des extraits de discours de ces derniers.

Le tableau 11 de l'appendice O résume bien ce dernier exercice d'itérations théoriques, fait de transpositions et permutations lexicales ayant pour assises les conceptions de Giddens (1984), auquel nous nous sommes livrés dès le début de cette discussion, inspirées de Nocker (2006), qui propose de voir le projet comme un espace émergent aux ontologies multiples : l'horizon projet, mais inspirées aussi de Lefebvre (1991), pour qui la production de l'espace, en l'occurrence, social, se réalise par l'interaction des corps, des objets et des environnements, ledit espace social étant le résultat d'un processus avec plusieurs aspects et plusieurs courants contributifs, signifiants et non-signifiants, perçus et directement expérimentés, pratiques et théoriques.

En fait, à n'en point douter, avec le tableau 11 de l'appendice O, on voit poindre ici de nouveaux liens intéressants pour de nouvelles explications/compréhensions de la

pratique de la gestion de projet, à la lumière de la théorie de la structuration, ceci, puisque la structure, l'interaction et le soi-agissant sont trois des quatre chevaux-moteur de la pratique sociale selon Giddens (1994).

Mais qu'en est-il de la conscience de soi, ce quatrième cheval-moteur de la pratique sociale selon Giddens (1984). En fait, Boutinet (2006) nous apporte des éléments de réponses, liant cette conscience de soi au temps et à l'espace, ces derniers qui constituent, comme nous l'avons dit plus tôt, ni plus ni moins que les paramètres de la pratique.

Boutinet (2006) aborde ainsi le projet dans ses coordonnées temporelles et spatiales. En effet,

> …le temps et l'espace constituent les clefs de compréhension essentielles de tout projet; ce dernier entretient avec eux une connivence aussi étroite que celle qui relie le projet au type d'acteur qui se profil derrière lui. Espace-temps et projet pour l'acteur concerné forment un tout (Boutinet, 2006, p55).

Il poursuit en ces termes :

> Sans cette double perception de la durée et de l'espace, nous sommes mis dans l'impossibilité de vivre et donc dans l'impossibilité de projeter. …C'est dire que temps et espace sont constitutifs de toute subjectivité et donc de tout projet, …; ils constituent les dimensions structurantes de toute subjectivité dans la façon par laquelle ils développent ces deux grandes capacités humanisantes, la capacité à exister, la capacité à habiter : temps vécu aux prises avec le temps chronologique, espace de vie confronté à l'espace topologique (Boutinet, 2006, p55-56)

Pour dire vrai, ces deux notions de capacités humanisantes auxquelles fait référence Boutinet (2006) : la capacité à habiter l'espace topologique et la capacité à exister dans le temps chronologique, ne peuvent qu'être mises en lien avec ses corollaires « giddentiens », tels que nous l'avions explicité lors de l'exposé des principaux éléments de la théorie de la structuration, sous le premier thème traitant *de l'agent, ses actions et le pouvoir,* à savoir respectivement : le contrôle réflexif de l'action, où l'agent contrôle les dimensions physiques et sociales de l'interaction (lorsqu'il

habite) et la conscience pratique, qui fait référence à des formes de rappel accessibles à l'agent lors de son action (lorsqu'il existe)[72].

Sur ce point, des deux dernières notions de contrôle réflexif de l'action et de conscience pratique, auxquels se greffait celle de la routinisation, nécessaires autant au maintien de l'intégrité de l'agent qu'à la pérennité des institutions, nous avions soulevé la question du pouvoir à propos justement du changement social : à savoir ce que font les humains et s'ils ont du pouvoir dans le changement social (Giddens, 1984)?

On se souvient, Giddens (1984) soutenait que les agents, exerçant un contrôle réflexif de leurs actions, jouent effectivement un rôle dominant dans les procès de transformation sociale, ceci, grâce au pouvoir comme capacité transformatrice dans l'action, où ledit contrôle réflexif implique d'être capable de « créer une différence », comme agent, c'est-à-dire, d'« être capable d'agir autrement » via des capacités causales déployées continuellement dans la vie quotidienne (Giddens, 1984).

Or, ce qui est à comprendre ici, au final, c'est que si tout projet est fait, comme l'avance Nocker (2006), d'un espace émergent de narrations multiples, constitué et formé à travers l'accomplissement quotidien de la pratique sociale, ceci, lors du travail sur tout projet; que cet espace est polysémique au sens des conceptions de Lefebvre (1991), voire signifiant : un espace conçu (mental), un espace perçu (espace physique) et un espace vécu (espace social); que cet espace est polyvalent au sens de Boutinet (2006), voire comporte une valeur scientifique, opératoire et empirique; que ces dernières notions de polysémie et de polyvalence du système social, confirme et affirme les conceptions de Giddens (1984), à savoir que tout système social est fait d'un matériau consubstantiel structure/action, et que ce dernier matériau consubstantiel peut être réifié par les agents qui, exerçant leurs capacités humanisantes en habitant et existant respectivement dans l'espace et le temps, voire en exerçant le contrôle réflexif de leur action et en utilisant leur conscience pratique,

---

[72] Nous ne mentionnons pas ici la conscience discursive, qui va de soi comme capacité de l'agent à exprimer verbalement des formes de rappel à la conscience, notamment quand il « existe » (il prend existence) dans ce temps chronologique.

nous soutenons que l'être humain est capable de créer une différence, ceci, si nous soutenons une gestion de projet davantage émancipatrice pour l'Homme et où les agents humains ont toujours la capacité d'agir autrement, si ils entrent en interaction avec les autres et l'environnement.

C'est pour cela que nous ne pouvons pas ne pas nous rattacher aux propos de Boutinet (2006), où ce dernier préfère parler du projet en termes de « conduite », terme issu d'une psychologie intentionnelle typiquement humaine, en place et lieu du terme « comportement », ce dernier ayant pour origine l'époque mécanistique privilégiant (malheureusement encore ici) le concept fonctionnaliste du comportement :

> …le projet caractérise cette conduite éminemment personnelle par laquelle je concrétise ma pensée, mes intentions à travers un dessin approprié; c'est en même temps cette conduite éminemment relationnelle qui me fait communiquer à autrui mes intentions pour le laisser juge de leur contenu.
>
> Tout projet à l'instar de n'importe quel dessin accomplit donc deux fonctions : il matérialise la pensée, ce qui donne l'occasion à l'auteur de mieux savoir ce qu'il veut; il communique la pensée, ce qui permet à autrui de ne pas rester indifférent face à l'intention qui lui est présentée (Boutinet, 2006, p5-6).

Conclusion

Dès le début de cette recherche, nous avions comme ambition avouée de poser un regard différent sur la pratique de la gestion de projet. C'est sur la base de la structuration de pratiques dans le champ de la pharmacie que nous espérions repérer des dynamiques qui auraient pu échapper aux études et aux réflexions intra-disciplinaires en gestion de projet.

Parce que nous pratiquons quotidiennement dans ce champ de pratique professionnelle, qu'est la pratique de la pharmacie communautaire, et que nous constatons que ladite pratique comporte tout à la fois ses nombreuses ambitions théoriques, mais aussi ses contraintes et ratées quotidiennes, ceci, par un manque de compréhension de ses tenants et aboutissants, notamment théoriques, tout comme en gestion de projet, nous avons cru bon revisiter la pratique de la pharmacie, offrant le terreau à un parallélisme pertinent avec la pratique de la gestion de projet.

Or, ce parallélisme fût rendu possible, d'abord en retraçant autant la mise en œuvre de la pratique de la pharmacie que celle de la gestion de projet et, ensuite, en nous attardant en profondeur sur l'historicité de la profession de pharmacien comme construction sociale historique.

Constatant que certaines assises théoriques de la pratique de la pharmacie étaient davantage d'un acabit positiviste, nous avons proposé que la sociologie nous apporte une meilleure compréhension de ladite pratique. Ainsi, nous avons, dans un premier temps, exploré quelques courants théoriques, tels le fonctionnalisme, le marxisme et l'interactionnisme, trois courants théoriques démontrant malheureusement leurs limites pour une meilleure compréhension de la pratique de la pharmacie.

Nous avons alors proposé, dans un deuxième temps, une compréhension novatrice et globale de la pratique de la pharmacie utilisant une théorie constructiviste : la théorie de la structuration d'Anthony Giddens (1984), d'un coté, et de l'autre, une étude de

cas, présentant alors le procès de structuration du système social d'une pharmacie communautaire en sol québécois, imaginant ainsi la pratique de la pharmacie comme un système social dont les acteurs, par l'entremise de leurs actions quotidiennes, contribuent à la production/reproduction permanente dudit système.

Nous avons alors présenté, à l'aide d'entrevues et d'observations d'agents en laboratoire d'une pharmacie communautaire en sol québécois: (1) les lieux « régionalisés » du système social comme *a priori* à toute interaction; (2) une typologie des différents agents co-présents dans ledit système et (3) la pratique quotidienne desdits agents, sous forme d'interactions.

Suite de cette recomposition, nous avons alors démontré que certains types d'agents fréquentent davantage certaines régions du laboratoire, en tant que contextualités en co-présence, y prisant alors des règles et ressources spécifiques qu'ils modalisent. Par ces dernières, en tant que conditions et contraintes aux interactions quotidiennes qu'ils souhaitent mener, les agents reproduisent autant les propriétés structurelles du système social et de l'histoire de la pharmacie, que certains éléments de leur propre personnalité, mettant au jour une dualité qui révèle une pratique sociale récursive.

Au final, retournant à notre parallélisme entre la pratique de la pharmacie et la pratique de la gestion de projet, faisant des liens trans-théoriques, nous avons proposé ici que tout projet soit considéré comme fait d'un espace émergent aux ontologies multiples (Nocker, 2006), que ce dernier soit regardé tout à la fois, chez Lefebvre (1991) comme un espace conçu, un espace perçu et un espace vécu, correspondant chez Giddens (1984) au structurel, à l'interaction et au soi-agissant, et que ces trois mêmes niveaux soient aussi appréhendés comme, respectivement, les niveaux : (1) scientifique, (2) opératoire et (3) empirique de tout projet, tels que décrits par Boutinet (2006).

Nous avons terminé sur le sujet du pouvoir comme capacité transformatrice dans l'action, espérant considérer que, dans tout projet comme système social, être capable de « créer une différence », comme agent, signifie, d'« être capable d'agir

autrement », bien sûr via des capacités causales déployées continuellement dans la vie quotidienne (Giddens, 1984), mais aussi, si nous voulons bien soutenir une gestion de projet davantage émancipatrice pour l'Homme et où les agents humains ont toujours la capacité d'agir autrement, ceci, s'ils se donnent la chance d'entrer en interaction les uns avec les autres, créant l'occasion d'agir autrement, revisitant à la fois les conditions et résultats de leur action.

Au-delà de ces résultats, il est possible d'opposer à la présente recherche son caractère singulier : une seule pharmacie et quelques agents. Or, il faut retenir de l'entreprise qu'il s'agit d'une recherche exploratoire fondée sur un univers théorique qui vient à peine de pénétrer autant le champ disciplinaire de la gestion de projet que celui de la pharmacie. Nous espérons que cette tentative pourra fournir une base de départ à ceux qui souhaitent analyser empiriquement le projet en tant que trialité spacio-temporelle.

Références

Anderson, S. (2001). The Historical Context of Pharmacy. Dans Taylor and Harding. *Pharmacy Practice.* (pp. 4-30). Taylor and Francis. London & New York.

Bissel, P., Traulsen, J.M. et Haugbolle, L.S., (2001). An introduction to sociology, and what it can do for pharmacy practice research. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 9. pp. 289-295.

Bissel, P., Traulsen, J.M. et Haugbolle, L.S., (2002a). An introduction to functionalist sociology : Talcott Parsons' concept of the « sick role ». *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 10. pp. 60-68.

Bissel, P., Traulsen, J.M. et Haugbolle, L.S., (2002b). How relevant is Marxixt sociology for pharmacy practice research? *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 10. pp. 127-140.

Bissel, P., Traulsen, J.M. et Haugbolle, L.S., (2002c). The contribution of interactionist sociology to understanding the experience of health and illness. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 10. pp. 213-224.

Bissel, P., Traulsen, J.M. et Haugbolle, L.S., (2003a). Feminist theory and pharmacy practice. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 11. pp. 55-68.

Bissel, P., Traulsen, J.M. et Haugbolle, L.S., (2003b). Researching « race », ethnicity and health : a critical review. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 11. pp. 183-197.

Bissel, P. et Traulsen, J.M. (2004). Concluding comments. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 12. pp. 169-171.

Boutinet, J.-P., (2006). *Psychologie des conduites à projet.* Presses Universitaires de France. Paris.

Bureau de l'Ordre des Pharmaciens du Québec. (2004, Janvier). Guide d'interprétation des nouvelles dispositions de la *Loi sur la pharmacie* et du *Code des professions.* Montréal. (pp.1-45).

Cicmil, S. et Hodgson, D. (2006). Making projects critical : an introduction. Dans S. Cicmil et D. Hodgson (éds). *Making projet critical*, (pp.1-25). New York : Palgrave.

Cicmil, S. (2006). Understanding Project Management Practice Through Interpretative and Critical Research perspectives. *Project Management Journal,* 37 (2), 27-37.

Références

Cohen, I. (1989). Structuration theory. London : Macmillan.

Collin, J. et Béliveau, D. (1994). Histoire de la pharmacie au Québec. Musée de la pharmacie du Québec. (pp. 1-333).

Collin, J. (1995). Boréal, *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980.* (pp. 1-239). Montréal.

Cornwell, J. (1984). Hard-earned lives: Accounts of health and illness from East London. London: Tavistock

Crawford, L., (2005). Senior management perceptions of project management competence. *International Journal of Project Managemen*t. Vol. 23, pp. 7-16.

Crossley, M. (1998). Sick role or « empowerment »? The ambiguities of life with an HIV positive diagnosis. *Sociology of Health & Illness.* Vol. 20, pp. 507-531.

Ducharme, P. (1995, Novembre/décembre). Soins pharmaceutiques : quelques définitions. L'Ordonnance. (pp. 12-13).

Durozoi, G. et Roussel, A. (1990) Nathan. *Dictionnaire de philosophie.* (p. 225) Paris.

Ferréol, G., Cauche, P., Duprez, J.-M., Gadrey, N. et Simon, M. (2002), Armand Colin. *Dictionnaire de sociologie.* (pp.1-242). Paris.

Garel, Gilles (2003). Pour une histoire de la gestion de projet. *Gérer et comprendre*, Décembre, pp. 77-89.)

Giddens, A. (1984). Presses Universitaires de France. *La constitution de la société.* Paris

Harding, G., Gantley, M. et Taylor, K. (2002). Analysing Qualitative Data. Dans Taylor and Harding. *Pharmacy Practice.* (pp. 486-492). Taylor and Francis. London & New York.

Hepler, C. Strand, L., (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacist*. Vol. 47. pp. 533-543.

Hernes, T. (2004), Steward Clegg and Alfred Kieser. Amsterdam: John Benjamins. *The spatial construction of organisation.*

Jones, P. (1993). Studying society: sociological theories and research practices. London: Collins Educational.

Références

Karnoe, P., (1997). Only in Social Action! *American behavioral scientist.* Vol. 40, No. 4., pp. 419-430

Kelly, W., (2002) What Is Pharmacy? Dans CRC Press, *Pharmacy. What it is and how it works*. (pp. 1-17). Washington, D.C.

Knapp, DA, Knapp, DE, (1968). An appraisal of the contemporary practice of pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education, vol.32,* pp.747-58

Krska, F & Veitch, G.B.A. (2001). Providing pharmaceutical care –the views of Scottish pharmacists. *The Pharmaceutical Journal, vol. 267,* pp. 549-555.

Kuhn, T.S. (1970) The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press

Lalande, A., (1999). Quatrige / Presse Universitaires de France. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. (pp. 1-1323). Paris.

Lefebvre, H., (1991). *The production of space.* Oxford : Blackwell.

Lyotard, J.-F., (1979). Les Éditions de Minuit. *La condition postmoderne.* (pp.1-108). Paris.

Martuccelli, D. (1999). Anthony Giddens, la condition moderne comme distanciation espace-temps. Dans Éditions Gallimard, *Sociologies de la modernité* (pp. 507-537). France.

Mays, N. (1994). Health services research in pharmacy: a critical personal view. Manchester: *Pharmacy Practice Research Resource Centre.*

Mobach, M.P. (2002). Pharmaceutical care research: hard or soft? *Pharmacy World and Science.* Vol. 24, pp. 1-4.

Morris, P.W.G., Patel, M.B. et Wearne, S.H. (2000). Research into revising the APM project management body of knowledge. *International Journal of Project Managemen*t. Vol. 18, pp. 155-164.

Nettleton, S. (1995). The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press. (pp. 1-298).

Nocker, Manuela (2006). The contested object : on projects as emergent space. Dans Damian Hodgson et Svetlana Cicmil (éds). Making Projects Critical. New York : Palgrave, pp. 132-154

Norgaard, L., Morgall, J.M. et Bissell P. (2000) Arguments for theory-based pharmacy practice research. *The international journal of pharmacy practice*, vol. 8, pp. 77-81

Packendorff, J., (1995). Inquiring into the temporary organization : new directions for project management research. *Scandinavian Journal of Management*, vol. 11, No. 4, pp. 319-333.

Rojot, J. (1998) La théorie de la structuration. *Revue de gestion des ressources humaines*. No. 26-27- Mai-Juin, pp.5-19.

Ryan, K., Bissel, P. et Traulsen, J.M. (2004). The work of Michel Foucault : relevance to pharmacy practice. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 12, pp. 43-52.

Séguin, F. et Chanlat, J.F. (1983). Les théories de l'organisation: d'un paradigme à l'autre. Dans Éditions Préfontaine inc. *L'analyse des organisations une anthologie sociologique. Tome 1. Les theories de l'organisation*. (pp. 3-73). Saint-Jean-sur-Richelieu.

Shenhar, A. et Dvir, D. (1996). Toward a typological theory of project management. *Research Policy.* Vol. 25, pp. 607-632

Smith, F. (2002). Theoretical perspectives and models in survey research. Dans Pharmaceutical Press, *Research methods in Pharmacy Practice*. (pp. 85-110). London, Chicago.

Soderlund, J., (2004) Building theories of project management : past rearch, questions for the future. *International Journal of Project Management.* Vol. 22, pp 183-191.

Tanna, N. (2002). Progress made towards implementing pharmaceutical care. *The Pharmaceutical Journal*, vol. 269, pp. 166-169.

Tindall, W.N. et Millonig, M.K. et (2003). The dream of pharmaceutical care. Dans CRC Press. *Pharmaceutical care: insights from community pharmacists*. (pp. 3-12). Boca Raton, London, New York & Washington, D.C.

Traulsen, J.M. et Bissel, P. (2004). Theories of professions and the pharmacist. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 12. pp. 107-114.

Traulsen, J.M. et Bissel, P., (2003). The risk society. *The International Journal of Pharmacy Practice.* Vol. 11. pp. 251-258.

Zhao, S. (2003). Toward a Taxonomy of Copresence. *Precence.* Vol. 12. pp. 445-455.

Figure 1 : figure-synthèse de la théorie de la structuration d'Anthony Giddens

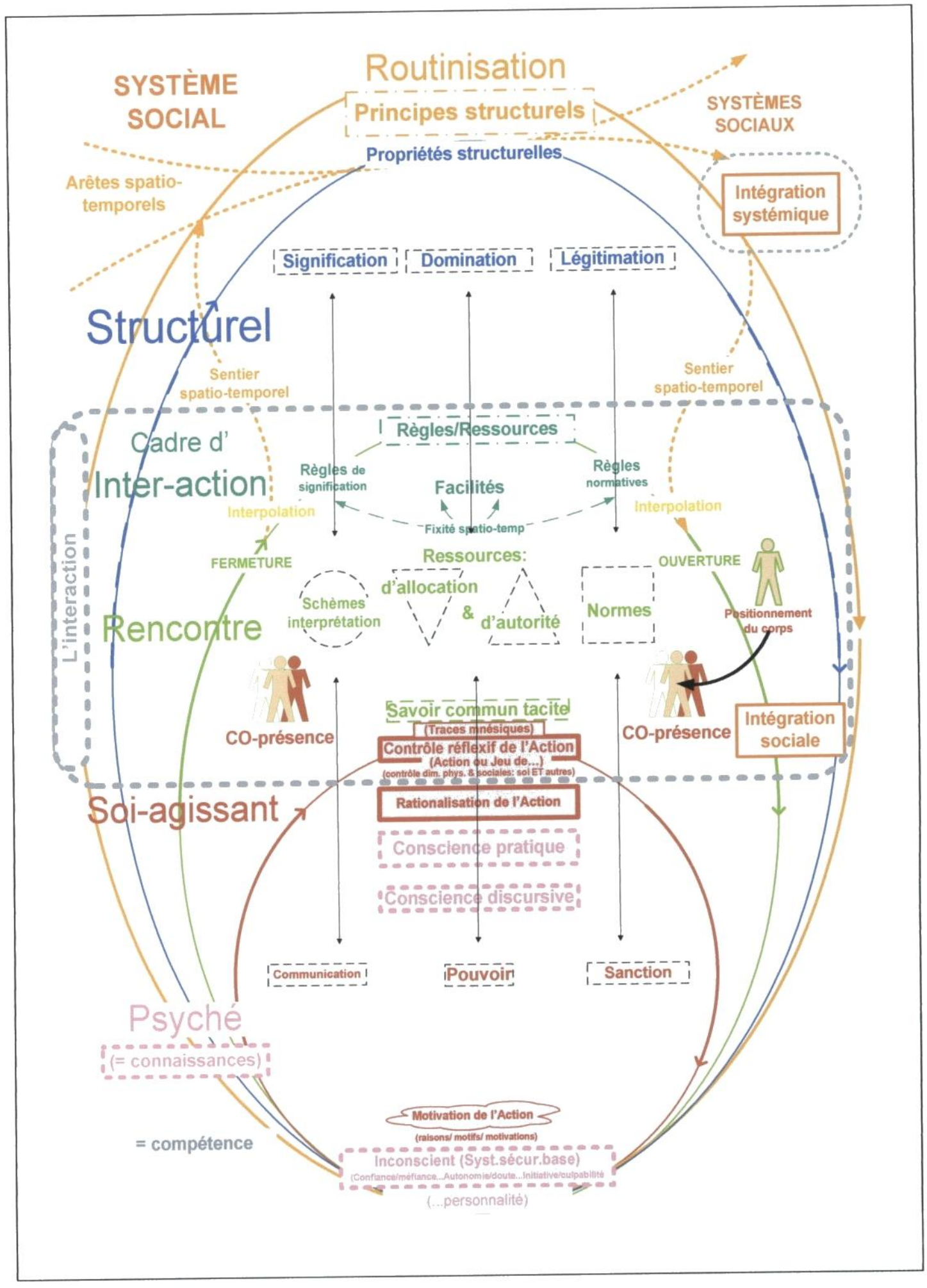


Figure 1. Figure-synthèse de la théorie de la structuration d'Anthony Giddens.

Figure 2 : plan typique d'une pharmacie communautaire : la pharmacie Omega

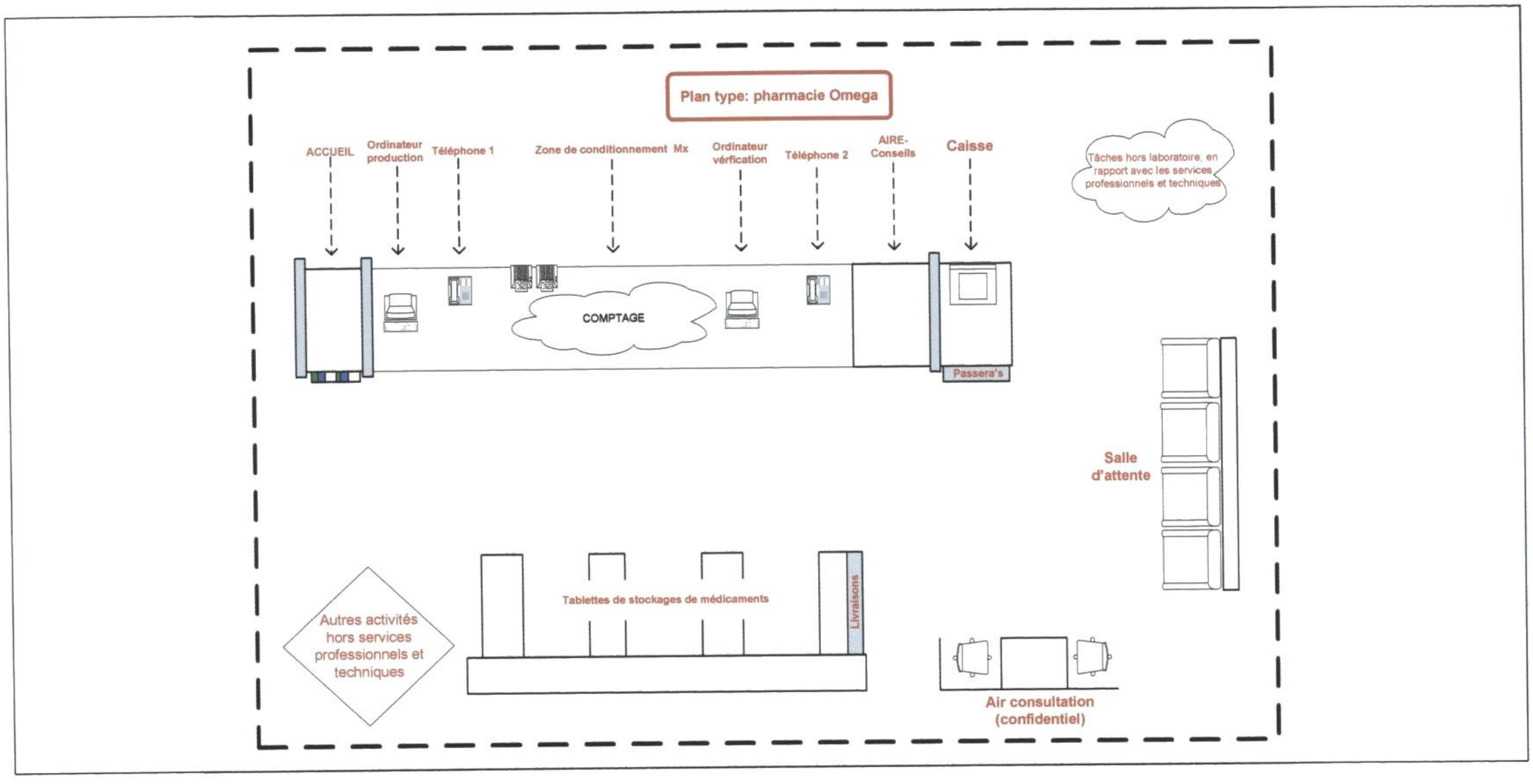
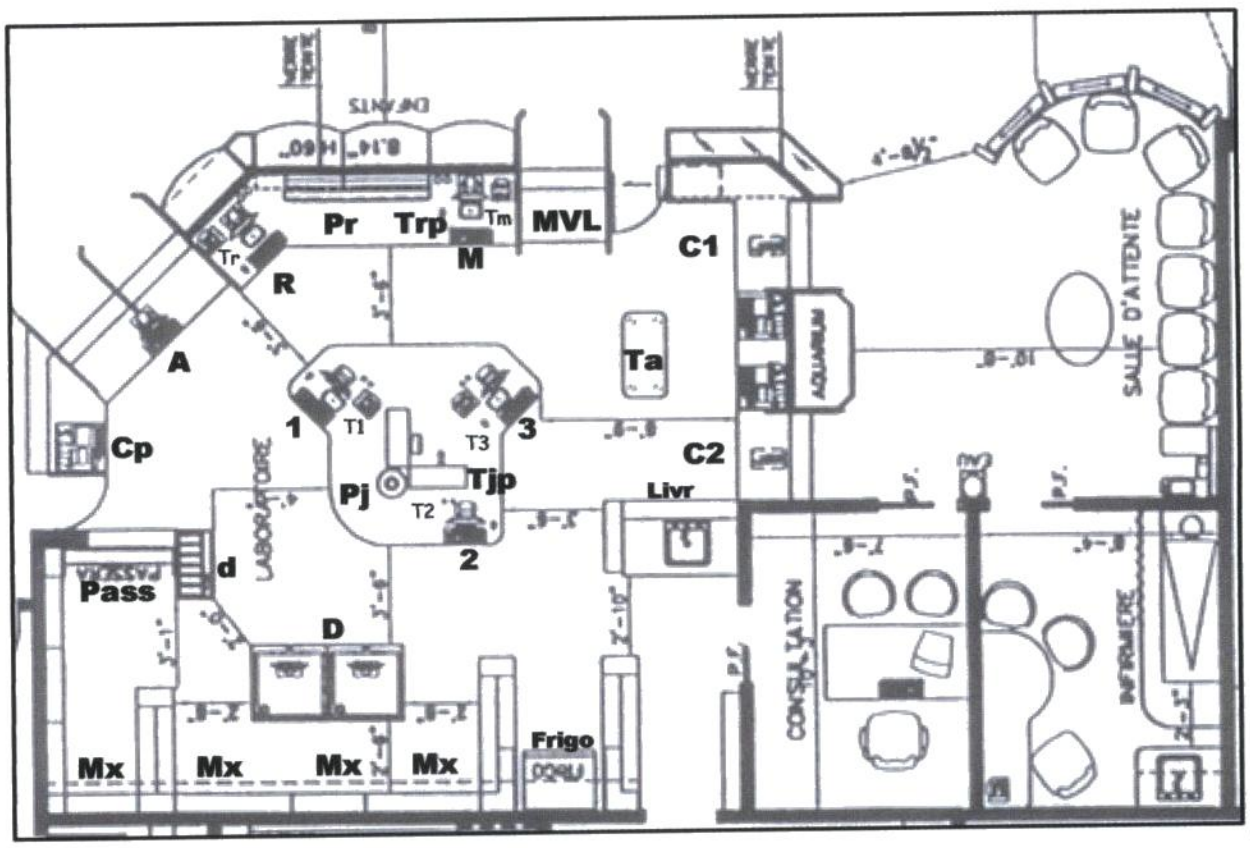


Figure 2. Plan typique d'une pharmacie communautaire : la pharmacie Omega

Voici le laboratoire de pharmacie…

- Il est fait de différents lieux ou zones.
- Des personnes: techniciens (nes), pharmaciens (nes), caissières, etc., y travaillent à tous les jours…
- …en relation entre eux ET avec d'autres personnes:
  - Des clients / patients
  - D'autres professionnels de la santé
  - D'autres personnes particulières…

1



2

Appendice C (suite):

Entrevue semi-directive

Vous êtes: 1 pharmacien, 3 techniciennes, avec qui c'est OK. L'ATP 1 est partie dans ses tâches quotidiennes. C'est relativement tranquille:
un matin de semaine ou fin de semaine.

Voici le scénario suivant:

- Jeune homme: Rx de Pénicilline: mal de dents
- **Femme 55 ans ans: Rx Biaxin, Bricanyl et Pulmicort**
- Mme Grisé: 2 grosses commandes de renouvellements Rx…elle et pour sa sœur
- **Le pharmacien termine la vérification d'une répétition de 7 rx…**
- Mélanie est venue pour sa Yasmin

- Décrivez-moi en détails:
  - comment cela pourrait-il se passer?

  ET
  - en relation avec qui?

3

Vous êtes: 2 pharmaciens, 6 techniciennes, avec qui c'est pas tout OK. C'est occupé +++. C'est le vendredi après-midi où…la salle d'attente commence à être pleine.

Voici le scénario suivant:

- Jeune homme: Rx de Pénicilline: mal de dents… son assurance passe pas finalement… pas content
- **Femme 55 ans ans: Rx Biaxin, Bricanyl et Pulmicort… interaction avec son Sotacor**
- Mme Grisé: 2 grosses commandes de renouvellements Rx: elle et pour sa sœur… elle a une question sur une crème pour la peau sèche
- **Le pharmacien termine la vérification d'une répétition de 7 rx…mais il y a un mot dans le panier, souligné jaune fluo: « en avance pour Oxycontin »**
- Mélanie est venue pour sa Yasmin

- Un homme âgé veut un sirop pour le rhume; il est derrière Mme Grisé
- Il y a une sortie d'hôpital: M. Malco!
- Un médecin veut parler au pharmacien
- 2 clients appellent pour renouveler leurs médicaments
- Un client se présente pour ramasser son « passera »
- M Robuste vient chercher son Naproxen, aux conseils-MVL
- Il y a Mme Beaudoin qui veut un renseignement au téléphone: ça presse!

- Décrivez-moi en détails:
  - comment cela pourrait-il se passer?

  ET
  - en relation avec qui?

4

Et puis…

- Comment se passe les relations entre les membres de l'équipe? Tout le monde est pareil…tout le monde est OK?

5

Et puis…

- Comment se passe les relations avec les clients/patients ? Tout le monde est pareil…tout le monde est OK?

6

Et puis toi…

- Si on parlait en termes positifs sur toi: de tes qualités, tes forces…, on dirait…?

7

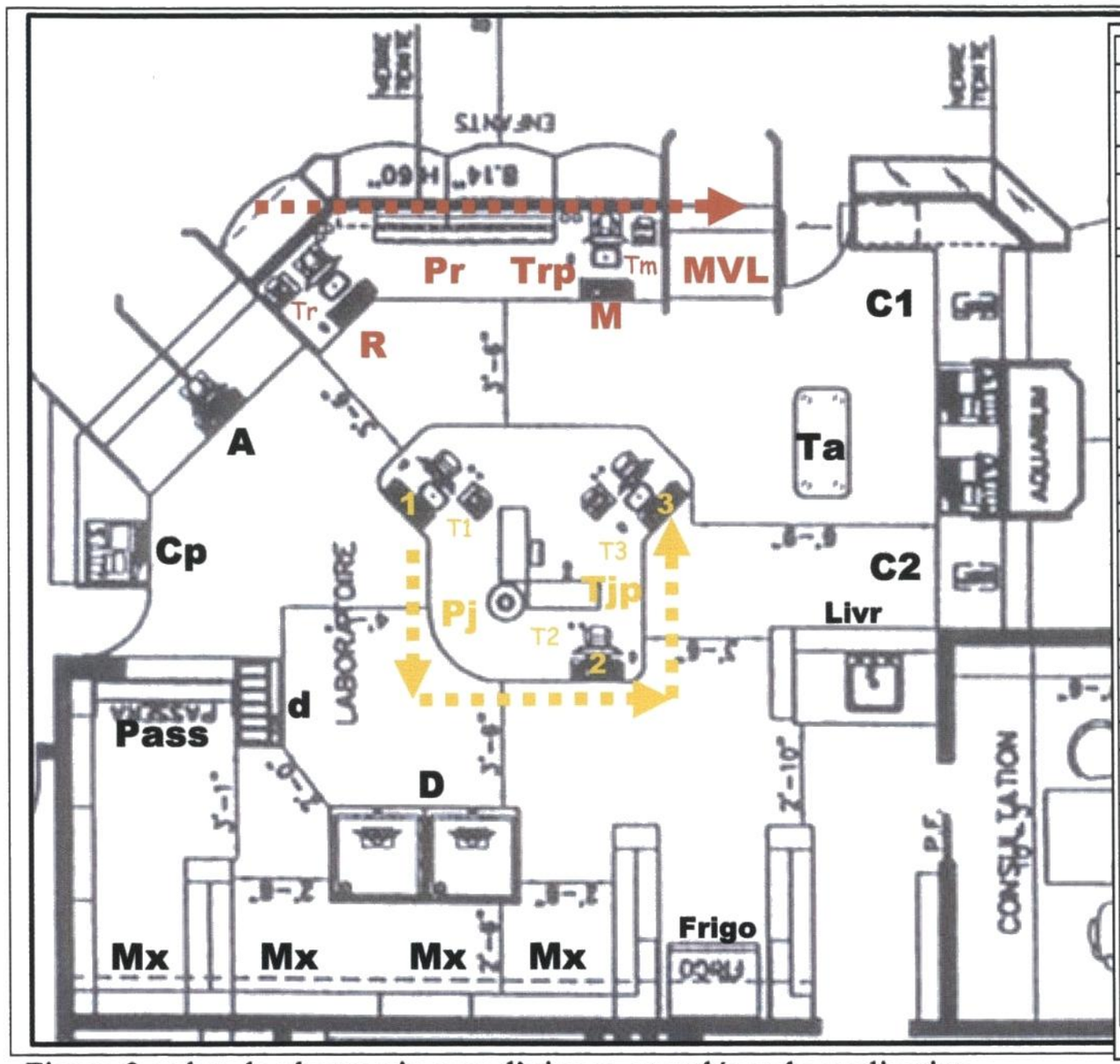
Et puis toi…

- Si on avait à te faire des reproches, ou que tu avais des points à améliorer…, ce serait quoi?

8

Appendice D : le plan de pharmacie, vue d'oiseau,

avec sa légende explicative à droite.



Cp	Caisse pour facturer les PASSERA's
A	Ordinateur/poste d'accueil
R	Ordinateur/poste de production des paniers rouges
Pr	Aire de préparation des paniers rouges
Trp	Tampon des rouges pour vérification par le pharmacien au poste M
M	Ordinateur/poste M
MVL	Aire conseils pour patients (conseils santé, sur médicaments prescrits ou pharmaceutiques sur produits de vente libre = Médicaments de Vente Libre
C1	Caisse no. 1
C2	Caisse no. 2
Ta	Table tampon pré-facturation
Livr	Aire de stockage des livraisons
Frigo	Réfrigérateur de médicaments
Mx	Tablettes de stockage des médicaments
D	Gros distributeur automatisé de médicaments (meilleurs vendeurs)
d	Petit distributeur automatisé de médicaments (meilleurs vendeurs)
Pass	Crochets de stockage des PASSERA's
1	Ordinateur/poste de production des paniers jaunes
Pj	Aire de préparations des paniers jaunes
2	Ordinateur/poste réservé aux sorties d'hôpital
Tjp	Tampon des jaunes pour vérification par le pharmacien au poste 3
3	Ordinateur/poste 3
Tr	Téléphone poste R
Tm	Téléphone poste M
T1	Téléphone poste 1
T2	Téléphone poste 2
T3	Téléphone poste 3

Figure 3 : plan de pharmacie, vue d'oiseau, et sa légende explicative.

Appendice E

Tableau 1 : répartitions des agents-laboratoire
selon leur groupe d'appartenance

Agent-laboratoire	Groupes d'agents-laboratoire
A, pharmacien-propriétaire.	Agents-pharmacien
J-F1, pharmacien-salarié	Agents-pharmacien
J2, pharmacienne-salariée	Agents-pharmacien
J-F2, pharmacien-salarié	Agents-pharmacien
M1, pharmacien-salarié	Agents-pharmacien
F, pharmacien-salarié	Agents-pharmacien
M2, technicienne d'expérience avec plus d'ancienneté	Agents-technicien(e)
J1, technicienne d'expérience avec moins d'ancienneté	Agents-technicien(e)
N, technicienne novice	Agents-technicien(e)
M3, technicienne d'expérience	Agents-technicien(e)
M4, technicienne d'expérience avec moins d'ancienneté	Agents-technicien(e)
P, commis-laboratoire	Agents commis-technicien
S, commis-laboratoire	Agents commis-caissière

Appendice F

Tableau 2 : tableau des acronymes des codes de codification des verbatimes

Intégration systémique	INTEGRASYST
Intégration sociale	INTEGRASOC
Routinisation	ROUTI
Récursivité vie quotidienne	RECURVIEQUO
Sérialité vie quotidienne	SERIALVIEQUO
Sentier spatio-temporel	SENTIER ST
Sérialité rencontres	SERIRENC
Ordre de succession rencontres	ORSUCRENC
Interpolation	INTERPOL
Règles et ressources	REGRESS
Règles de signification	RESIGN
Règles normatives	RENORM
Contextualité comme place (cadre interaction)	CONTEXPLA
Contextualité de coprésence (rencontre)	CONTEXCO
Contextualité d'épisode (rencontre)	CONTEXEPI
Ressources d'allocation	RESSALLO
Ressources d'autorité	RESSAUTO
Schèmes d'interprétation	SCHEME
Normes	NORME
Ouverture rencontre	OUVRENC
Fermeture rencontre	FERMRENC
Savoir commun tacite	SAVCOMTACI
Contrôle réflexif de l'action	CRA
Dimensions physiques et sociales	DIPHYSO
Coprésence	COPRES
Position du corps	POSICORP
Traces mnésiques	TRACMNE
Rationalisation de l'action	RATIONACT
Motivation de l'action	MOTIVACT
Raisons/motifs/motivations	RAIMOMO
Conscience pratique	CONSPRA
Conscience discursive	CONSDISC
Système sécurité de base	SYSEBA
Confiance/méfiance (face personne)	CONFIMEF
Autonomie/doute (dans la vie)	AUTODOU
Initiative/culpabilité (dans situation)	INITIACULP
Connaissances	CONNAI
Compétence	COMPET
Personnalité	PERSONAL

Appendice G

Entrevue semi-directive de N, ATP

C'est occupé beaucoup, c'est le vendredi avant-midi où la salle d'attente commence à être pleine. Ici à gauche, t'as les mêmes personnes que j'ai nommé tantôt, le jeune homme pour sa Pénicilline mais son assurance ne passe pas et le jeune homme n'est pas content, Il commence à être un petit peu pas content, la madame de 55 ans c'était pour faire renouveler ses prescriptions mais AH...il y a interaction entre son Biaxin et son Sotacort. Madame Grisé est venue chercher ses deux renouvellements, grosses commandes pour elle et sa sœur mais il y a une question sur la peau sèche comme elle l'a mentionnée à l'accueil qu'elle avait une question sur la peau sèche. Le pharmacien termine ses 7 médicaments dans son panier, mais là en regardant ça, il a trouvé une note marquée en jaune fluo, soulignée, « La personne est en avance pour son Oxycontin », pis Mélanie est toujours fine, elle est toujours juste sa Yasmine. Pis y a d'autres personnes qui sont arrivées, c'est ce que tu voulais me dire, car parfois d'autres personnes qui arrivent comme il y a un homme âgé qui arrive et qui veut un sirop pour le rhume et lui est derrière madame Grisé, il y a une sortie de l'hôpital et ça l'air que c'est monsieur Malcot, le malcommode qui est sorti de l'hôpital avec sa liste d'épicerie, il y a un médecin qui veut parler au pharmacien, y 2 clients qui appellent pour renouveler leurs médicaments, un client qui se présente pour ramasser son passera, monsieur Robuste vient chercher son Naprosyn et se présente ici au coin conseil MDL et madame Beaudoin qui veut un enseignement au téléphone et pis ça presse. Donc les mêmes questions : comment ça pourrait se passer, où, quand, qui, quoi et en relation avec qui.

- C'est un peu plus compliqué. Euh…… (longue hésitation). Le monsieur pour la toux, habituellement s'il se présente au A, nous on lui demande qu'il passe aux renseignements pharmaceutiques pour aller voir le pharmacien. Pis après ça, nous les techniciennes…c'est pas nous habituellement qui répondons aux renseignements pharmaceutiques, c'est vraiment le pharmacien. @@@ (renorm : pour.un.conseil = faire.passer.coin.mvl) (contexepi : ruée = + complexe) (sentier-st : accueil » » » coin.mvl) (ressauto : pharm. = renseignements.pharmaceutiques)

- Si le client n'est pas dans sa pharmacie, habituée, il faut évaluer si c'est vraiment pour le pharmacien ou bien c'est juste pour aller lui montrer la crème est où. Là on peut les aider comme ça. Mais habituellement, c'est plus le pharmacien qui informe les personnes. @@@ (renorm : si.client.pas.habitué = évaluation.par.atp = suffisante ou référer.pharm.) (ressauto : pharm. = conseils.personnes) (sentier-st : accueil » » » département.crèmes)

- Pour une sortie d'hôpital, il peut y avoir plusieurs façons pour une sortie de l'hôpital. Si c'est vraiment long, des fois on va même dans le coin des dispills et c'est une technicienne qui va juste faire ça. Surtout lorsqu'on a 6 techniciennes dans le lab, il y a en une qui va aux rouges, encore une fois, une qui va aller compter avec elle…même là, attends….1,2,.3,4,… 6 techniciennes je trouve ça beaucoup, @@@ (renorm : sorties.hopital = coin.dispills + 1.atp.dédiée PCQUE long) (sentier-st : accueil » » » coin.dispills) (copres : 6.atps = présence.de.beaucoup.atps)

- sûrement qu'on l'est souvent mais je m'en rends pas compte…et on peut faire d'autres choses aussi…. @@@ (copres/resign/renorm : 6.atps = beaucoup MAIS certaines.atps.font.autres.choses)

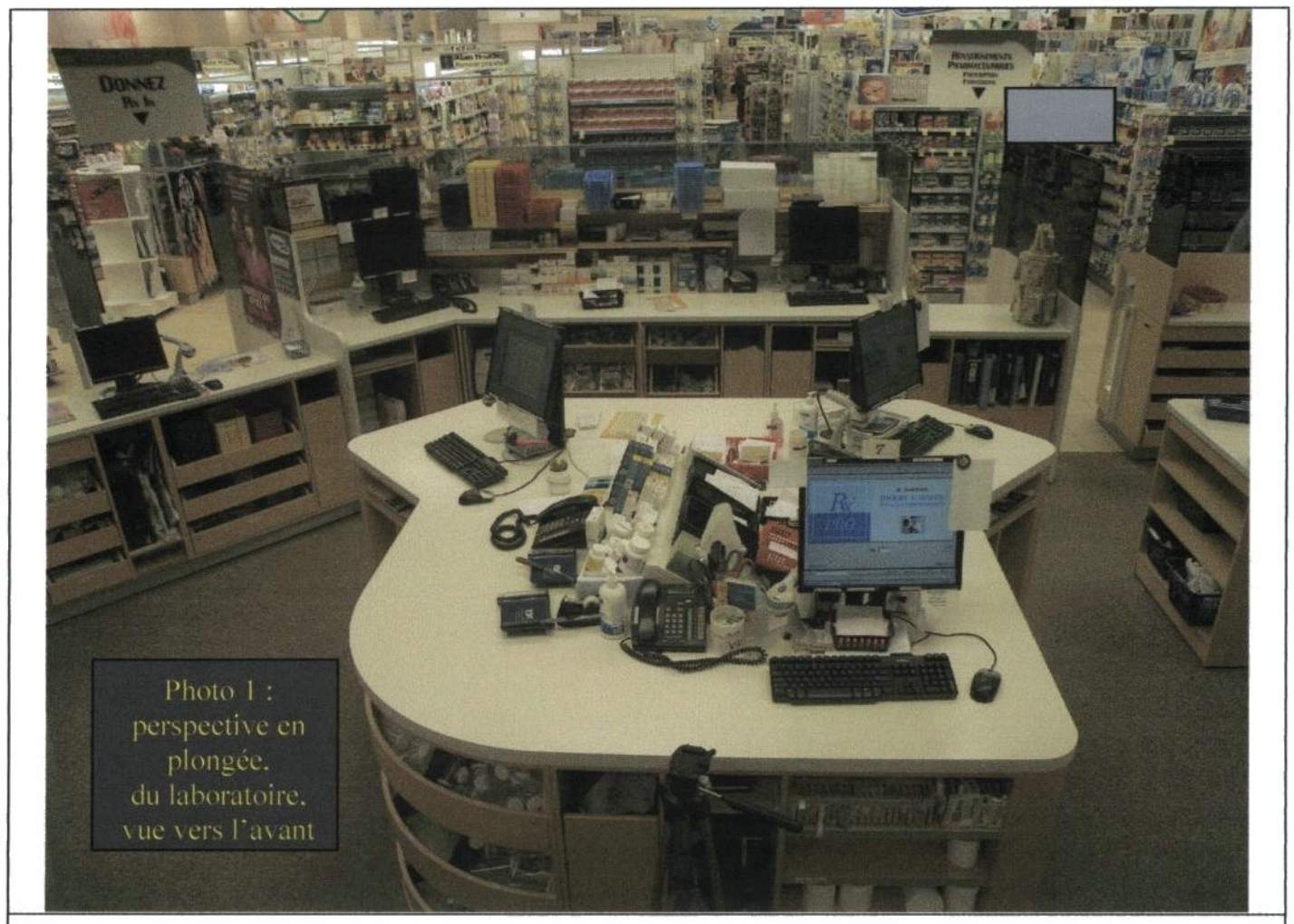
- …

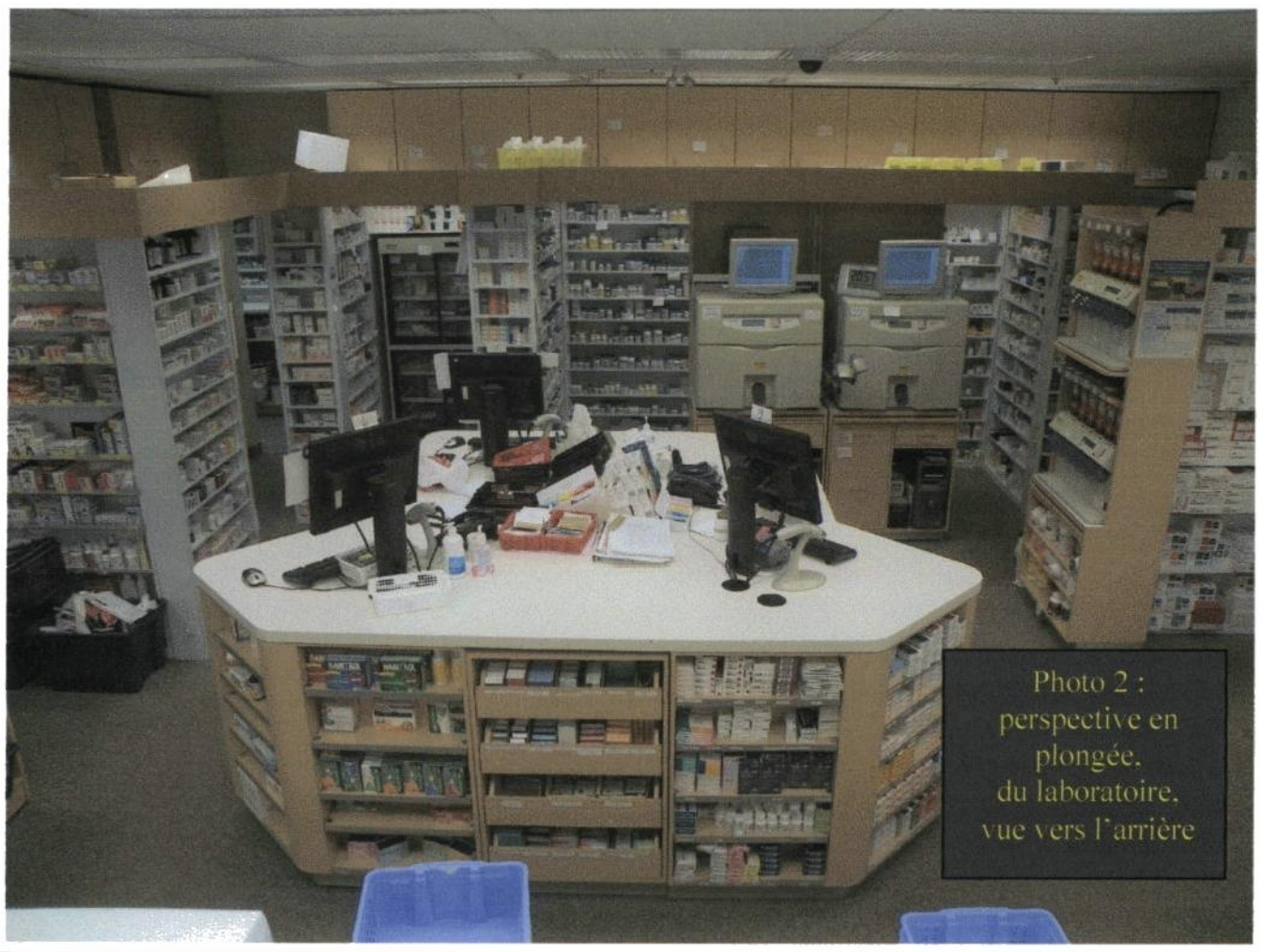
Comment ça se passe les relations entre les membres de l'équipe? Est-ce que tout le monde est pareil? Est-ce que tout le monde est OK? L'autre question ça va être : Comment ça se passe les relations avec les clients, vu qu'on essaye d'en parler. Est-ce que tout le monde est pareil, est-ce que tous les clients sont pareils? Donc la première question : Comment ça se passe les relations entre les membres de l'équipe? Parce que tantôt tu m'as lâché quelque chose, de style : ...si c'est un soir, des pharmaciens aiment mieux être à l'ordinateur 2 des jaunes, pis y en a d'autres qui aiment toujours être à l'ordinateur 3. Ça c'est pour le travail, mais en général est-ce que toutes les techniciennes pis les pharmaciens sont pareils?

- Non, mais je pense qu'il n'y a personne de vraiment pareil. C'est sûr que tout le monde a un peu sa façon de fonctionner aussi. C'est plus dur, car on ne fonctionne pas toujours pareil et parfois il peut y avoir des petits accrochages mais à part ça, je pense que c'est normal que tout le monde ait un peu sa petite façon. @@@ --- (personal/compet/resign/renorm : selon.personne + aptitudes = pas.mêmes.façons.réaliser.travail) (resign/renorm : chacun.façon.travailler = conflits.possibles)

- Euh….. Ben par exemple, y en a qui…. Comment je peux te dire ça…. Laisse-moi y penser….. Il y a des personnes que quand ils vont compter un panier, il va sortir toutes les étiquettes du panier. *OK.* Mais moi ce que je fais, je scanne toutes les étiquettes dans le compte-pilules, après je mets mes pôts dessus et je colle les étiquettes. Mais il y en a qui ne sont pas capables de fonctionner comme ça. Y en a qui vont le faire d'une autre façon. @@@ (cra-diphyso/renorm : certains.atps = pas.même.processus.réalisation.travail.au.niveau.collage.étiquettes = leurs.façons.faire.adoptées.particulières)

Photographies 1 et 2 du laboratoire de pharmacie





Appendice H (suite)

Photographies G et D du laboratoire de pharmacie

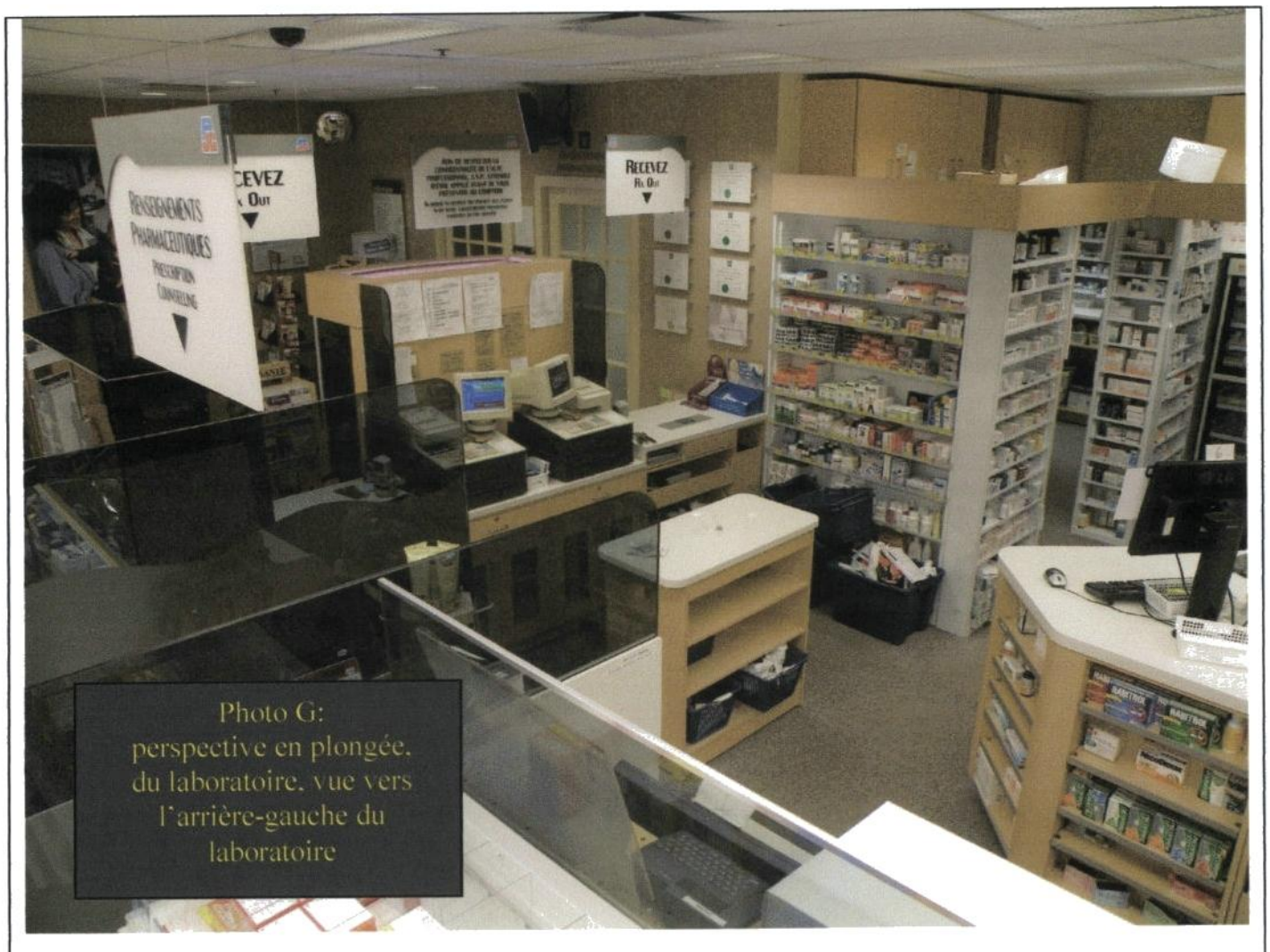


Photo G:
perspective en plongée,
du laboratoire, vue vers
l'arrière-gauche du
laboratoire

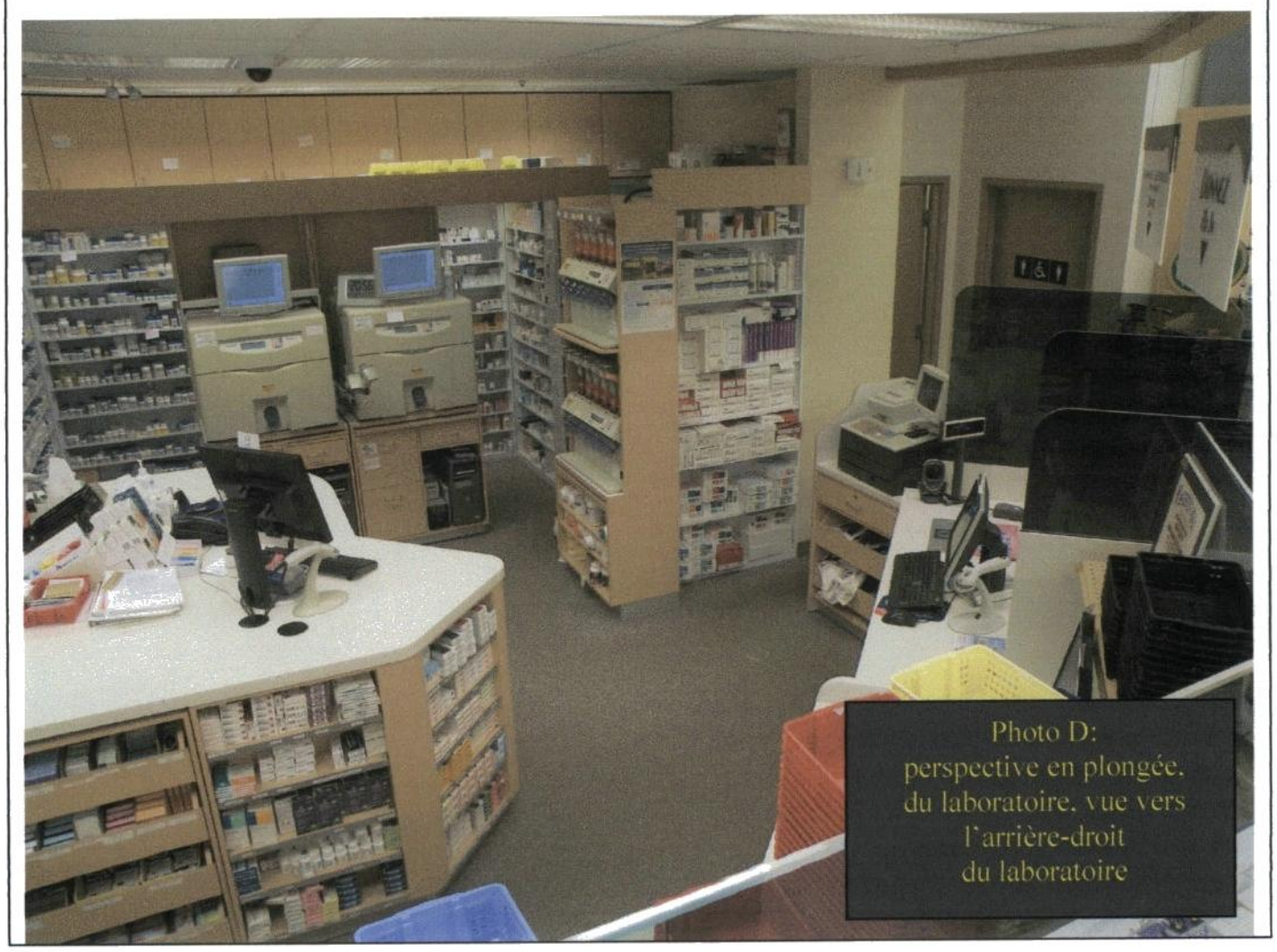


Photo D:
perspective en plongée,
du laboratoire, vue vers
l'arrière-droit
du laboratoire

Appendice H (suite)

Photographies 3 et 4 du laboratoire de pharmacie



Photo 3 : plan rapproché de la caisse des « passera's » et de l'accueil



Photo 4 : plan moyen de la chaîne de production des paniers rouges : poste-R. préparation. ordin.-MVL et conseils-MVL

Appendice H (suite)

Photographies 5 et 6 du laboratoire de pharmacie

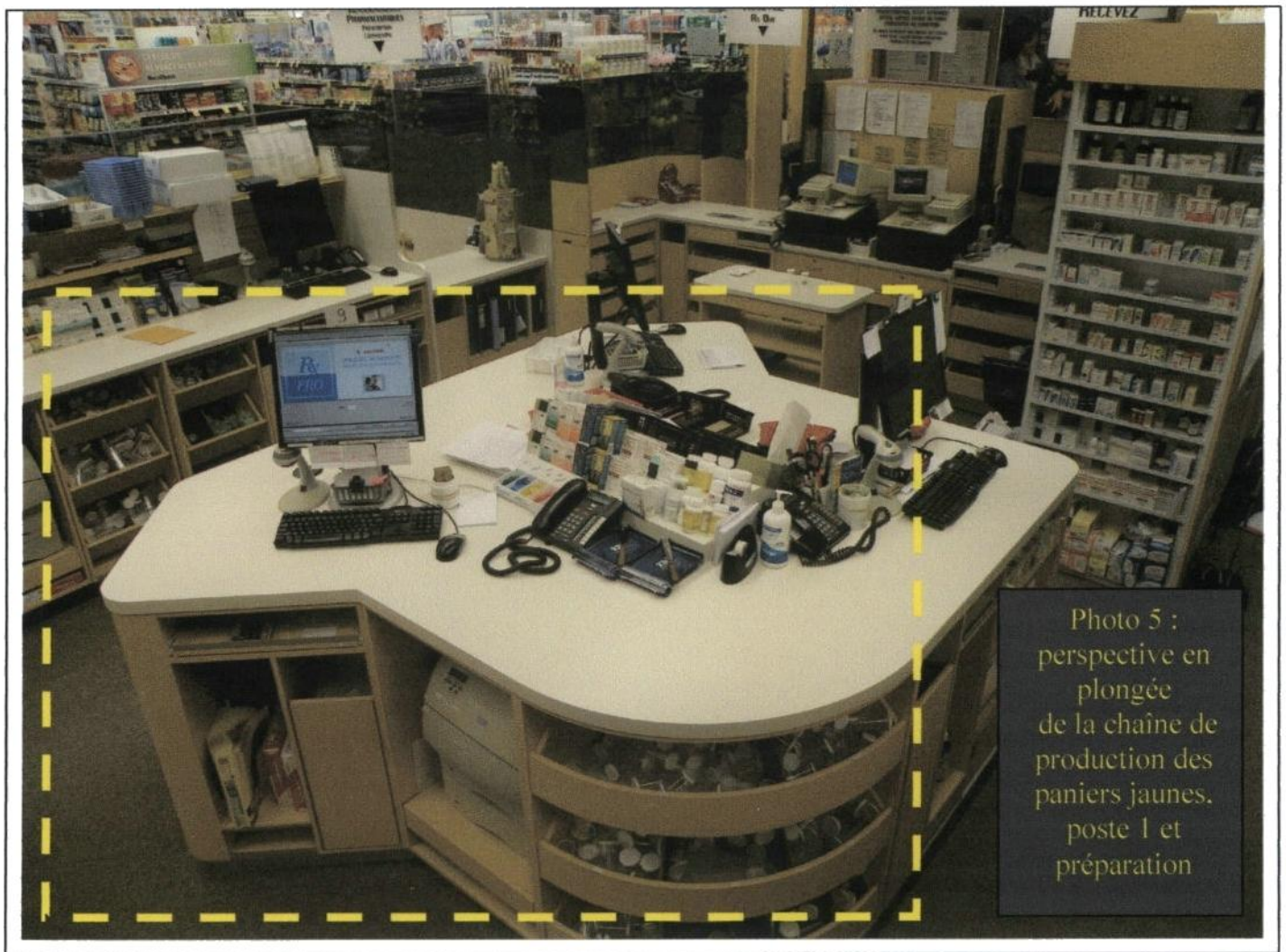


Photo 5 : perspective en plongée de la chaîne de production des paniers jaunes. poste 1 et préparation

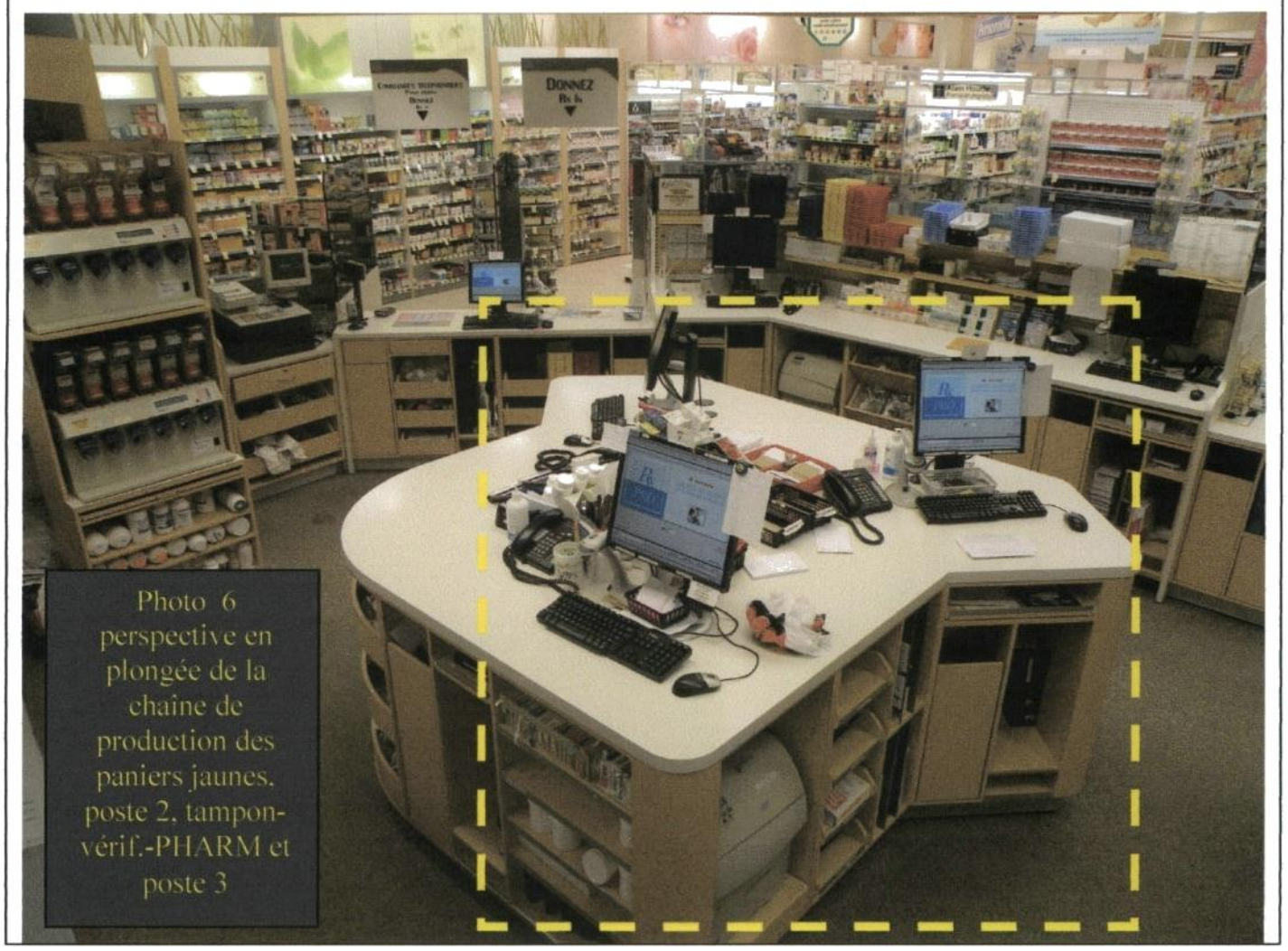


Photo 6 perspective en plongée de la chaîne de production des paniers jaunes. poste 2, tampon-vérif.-PHARM et poste 3

Photographies 7 et 8 du laboratoire de pharmacie

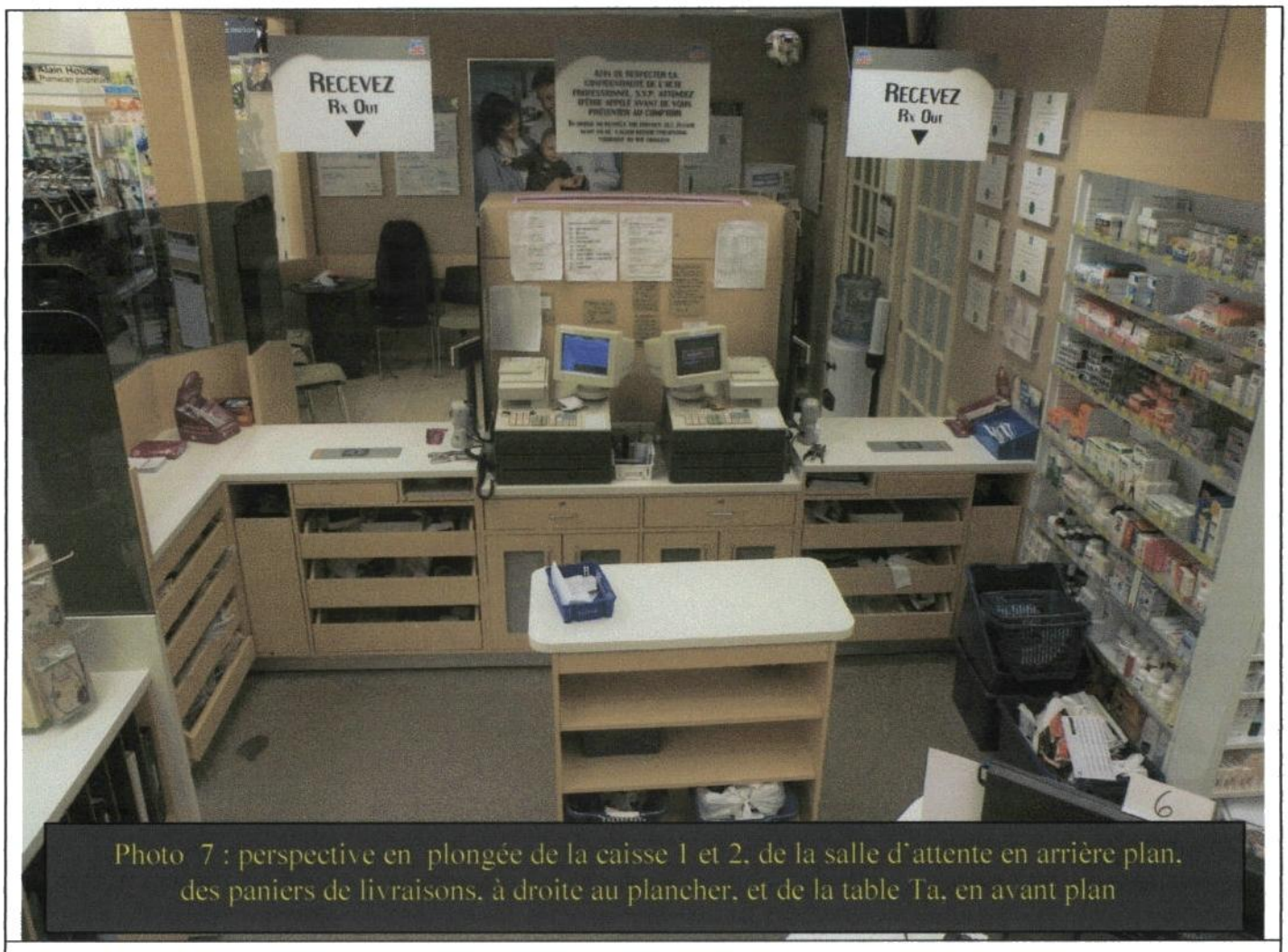


Photo 7 : perspective en plongée de la caisse 1 et 2, de la salle d'attente en arrière plan, des paniers de livraisons, à droite au plancher, et de la table Ta, en avant plan



Photo 8 : plan moyen de la salle d'attente, prise de la caisse 2

Appendice I : tableau 3 : description de la fixité des
aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
Accueil : caisse PASSE-RA's	À l'extrême gauche du labora-toire, utilisation par les agents, surtout de la partie à droite de la caisse Cp	Cueillette d'une commande téléphonique PASSERA	**Ressources :** la caisse enregistreuse, le clavier numérique pour les transactions débit, les cartes de débit ou de crédit, l'argent liquide, le scanner à commande, l'écran pour l'agent-client et celui pour l'agent-laboratoire sur la caisse même, le meuble-tiroirs pour les sacs d'ensachage, les comptoirs et cloisons séparatrices en vitre trempée, la pancarte indiquant le lieu des PASSERA's (en haut de la photo 3), le plancher, l'éclairage. **Règles :** (1) salutations d'ouverture de rencontre; (2) identification de l'agent-client par son nom; (3) attente de l'agent-client et déplacement de l'agent-laboratoire vers le lieu de stockage de sa commande téléphonique; (4) repérage et récupération de la commande, classée par ordre alphabétique; (5) désensachage de la commande des sacs de stockage et récupération d'un sac d'ensachage, dans les tablettes sous la caisse; (6) scan du reçu de la commande et établissement du prix par la caisse enregistreuse; (7) transaction d'argent liquide ou sous forme de carte de débit ou de crédit; (8) simultanément au client, fin d'ensachage; (9) récupération des talons de transactions ou remise de change si paiement en argent liquide; (10) fermeture de la caisse enregistreuse; (11) salutations de fermeture de rencontre.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
Accueil : réception des demandes-médicaments	À l'extrême gauche du laboratoire, surtout la partie à droite de l'ordinateur d'accueil A	Chercher des prescriptions de médicaments : **option A** : Renouvellements de médicaments mensuels; **option B** : re-prescriptions de médicaments connus ou **option C** : nouvelles ordonnances de nouveaux médicaments	**Ressources :** Pour l'ensemble des trois options : le comptoir et les cloisons séparatrices en vitre trempée, à droite de l'ordinateur A, la pancarte indiquant le lieu de réception des ordonnances (en haut de la photo 3), le plancher, l'éclairage; l'ordinateur et son logiciel qui renferme le dossier informatisé des patients; un stylo que l'agent-laboratoire a dans son sarrau, des bouts de papiers (présents dans un petit panier laissé à droite sur le comptoir) si le patient effectue sa demande verbalement; les paniers de diverses couleurs, selon la nature de la demande-client à répartir dans une des deux chaînes. **Pour l'option A** : les bouteilles de médicaments et leur étiquette, pouvant être scanné par le lecteur d'étiquettes (devant la souris de l'ordinateur A), une liste de médicaments écrite à la main par le client ou un reçu de médicaments du mois précédent; **Pour l'option B :** le papier d'ordonnance à la place des bouteilles vides, d'une liste-reçu ou d'une liste-écrite-à-la-main de médicaments comme dans l'option A, puisqu'il s'agit de médicaments represcrits **Pour l'option C :** le papier d'ordonnance de nouveaux médicaments prescrits. **Règles :** (1) salutations d'ouverture de rencontre; (2) repérage du dossier-informatisé de l'agent-client demandant et utilisant ses coordonnées client ou création de son dossier-informatisé, recueillant avec le logiciel les coordonnées-client et les données-patient; (3) transfert des éléments de départ des demandes-client dans les paniers correspondant à la grosseur/nature de la demande : paniers jaunes ou paniers rouges essentiellement et (4) fermeture de la rencontre avec les salutations habituelles

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
Le poste de travail informa-tique R des paniers rouges	Au début de la photo 4, à sa gauche, représentant le début de la chaînes des rouges : du panneau de mélamine vertical, découpé en courbes, séparant cette chaîne de l'aire d'accueil, jusqu'à la séparation verticale, à droite de la grosse imprimante à reçus/étiquettes de prescriptions. C'est en fait la surface de laboratoire occupée par le scanner (lecteur) de barres codes d'étiquette des bouteilles vides, lors de renouvel-lements, l'écran d'ordinateur et la souris et la surface de comptoir au dessus de l'imprimante.	**option A** : renouvel-lements de médicaments mensuels; **option B** : élaboration informatique de re-pres-criptions de médicaments connus ou **option C** : élaboration informatique de nouvelles ordonnances de nouveaux médicaments; tous contenus dans des paniers rouges.	**Ressources :** le plancher, l'éclairage et le comptoir; l'ordinateur (écran, clavier, souris…) et son logiciel qui renferme le dossier informatisé des patients. L'imprimante à reçus/étiquettes et feuillets conseils. Un panier rouge avec son contenu d'éléments de départ des demandes-client : **pour l'option A** : les bouteilles de médicaments et leur étiquette, pouvant être scanné par le lecteur d'étiquettes (à gauche de l'écran d'ordinateur du poste R), une liste de médicaments écrite à la main par le client ou un reçu de médicaments du mois précédent; **pour l'option B :** le papier d'ordonnance à la place des bouteilles vides, d'une liste-reçu ou d'une liste-écrite-à-la-main de médicaments comme dans l'option A, puisqu'il s'agit de médicaments represcrits; **pour l'option C :** le papier d'ordonnance de nouveaux médicaments prescrits. **Règles :** (1) empilement des paniers rouges, ne pouvant pas tous être traités en même temps, à gauche du poste R, celui en traitement, par l'agent-laboratoire présent au poste R, étant sur le dessus, les autres (prochains) paniers étant placés, dans l'ordre d'arrivée des agents-client, sous ce premier panier; (2) repérage et ouverture du dossier-informatisé de l'agent-client utilisant les éléments de départ des demandes-client; (3) utilisant le logiciel de l'ordinateur poste R : **pour l'option A,** renouvellement de médicaments mensuels, scannant les étiquettes-bouteille avec le lecteur optique ou renouvellements à partir, soit de la liste-reçu, soit de la liste liste-écrite-à-la-main donnée par l'agent-client/ **pour l'option B,** élaboration informatisée, selon les papiers d'ordonnances de médicaments connus /**pour l'option C,** élaboration informatisée, selon les papiers de nouvelles ordonnances de nouveaux médicaments; (4) impression des imprimés de reçus/étiquettes et feuillets-conseil et (5) récupération des imprimés dans l'imprimante de droite pour regroupement de ces derniers, ainsi que des éléments de départ des demandes-client, dans un panier rouge, (6) qui sera placé ensuite dans la prochaine aire dédiée au conditionnement de médicaments.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
L'aire de condi-tion-nement/ Prépa-ration des médica-ments	Toujours vers la droite, après la grosse l'imprimante à reçus/ étiquettes, finalement l'équivalent des deux séries de tiroirs/ réceptacles de flacons (bouteilles) de pilules au centre de la table frontale des rouges.	Condition-nement/ préparation des médicaments	**Ressources :** le plancher, l'éclairage et le comptoir; les flacons de pilules vides, contenus dans les tiroirs/réceptacles sous le comptoir; le panier rouge; les imprimés de reçus/étiquettes et feuillets-conseil contenus dans le panier rouge; les médicaments localisés dans d'autres lieux du laboratoire : aux tablettes de médicaments à l'arrière du laboratoire (identifiées par Mx sur le plan de pharmacie de l'appendice D), les distributrices automatisées de médicaments (identifiées par d et D sur le plan de pharmacie de l'appendice D, les lieux de stockage de médicaments pré-conditionnés (ex : les médicaments inhalateurs-respiratoires situés justement à même les tablettes-réceptables obliques, arrières, du fond du laboratoire de la chaîne des rouges ou les boites de contraceptifs, d'anti-hypertenseurs sous formats de boites de plaquettes alvéolés, etc., classées dans des tablettes au pourtour de la table arrière de la chaîne des jaunes qu'on aperçoit à la photo 2 de l'appendice H); le compte-pilules (localisé sur la tablette immédiatement au-dessus des inhalateurs pré-conditionnés en boites, 3^{e} élément à partir de la droite, à droite du pot de crème blanc) **Règles :** (1) découpage, au niveau des pointillés de chacun des imprimés de reçus/étiquettes, libérant ainsi, d'un coté des étiquettes de prescriptions, de l'autre des reçus de prescriptions; (2) disposition/ classement/rangement des reçus et feuillets-conseils dans le panier rouge et insertion des étiquettes dans des flacons de pilules vides, récupérés dans les tiroirs/réceptacles sous le comptoir; (3) se déplaçant, pour récupérer les médicaments identifiés sur l'étiquette de prescription, vers un des lieux de stockage des médicaments localisés aux divers endroits spécifiés au paragraphe précédent; (4) remplissage du flacon de pilules, directement à la zone des distributrices automatisées de pilules, comptage avec le compte-pilules à partir du pot en vrac récupéré dans une des zones de stockage Mx ou collage de l'étiquette de prescription directement sur un format pré-conditionné; (5) disposition/classement/rangement des médicaments conditionnés avec les reçus et feuillets-conseils, dans le panier rouge; (6) positionnement du panier rouge à l'aire tampon-vérification Trp; (7) déplacement vers la zone de stockage des médicaments en vrac, le cas échéant, afin de porter (retourner) le pot de pilules en vrac.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
L'aire tampon-vérifica-tion des paniers rouges (Trp)	À peu près, à la suite des tiroirs/ récep-tacles de flacons de pilules, vis-à-vis des deux portes cachant les poubelles de récupé-ration du papier non-utilisé des reçus/ étiquettes	Position-nement temporaire, pour vérification, du panier rouge : son contenu.	**Ressources :** le plancher, l'éclairage et le comptoir; le panier rouge, contenant la totalité des médicaments conditionnés, les reçus et les éléments de départ des demandes-client, le cas échéant (les flacons de pilules vides, apportés par l'agent-client, le cas échéant, ont servi au conditionnement ou ont été jetés s'ils étaient trop souillés) **Règles :** Positionnement du panier rouge à gauche de l'ordinateur poste MVL, vis-à-vis des poubelles de récupérations, sur le sens de la longueur.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
L'air de l'ordinateur poste M	À l'extrémité droite de la fin de la table de travail frontale, immédiatement avant l'aire de conseils-MVL	Vérification du contenu de panier rouge et utilisation du dossier informatisé pour les conseils-MVL, le cas échéant	**Ressources :** le plancher, l'éclairage et le comptoir; le panier rouge, contenant la totalité des médicaments conditionnés, les reçus, les éléments de départ des demandes-client, le cas échéant et les feuillets-conseils, le cas échéant; l'ordinateur (écran, clavier, souris…) et son logiciel qui renferme le dossier informatisé des patients; le lecteur optique d'étiquettes, à gauche de l'ordinateur. **Règles :** (1) positionnement du panier rouge immédiatement à gauche du clavier informatique; (2) repérage du dossier informatisé, utilisant le lecteur optique pour scanner les flacons de pilules; (3) vérification, utilisant le logiciel, de la validité du travail informatique, d'élaboration des ordonnances écrites ou de l'exécution des renouvellements, effectué auparavant, au poste R du début de la chaîne de production frontale; (4) vérification des contenus de médicaments dans les flacons de pilules : le bon médicament dans le bon flacon, sur lequel est collé une étiquette identifiant un médicament précis et sa teneur (force) d'ingrédient actif : c'est la vérification contenant-contenu + étude pharmacothérapeutique du dossier-patient; (5) disposition/ placement du panier rouge à la table Ta, de la zone des caisses de facturation (voir le plan de pharmacie de l'appendice D); (6) (il y a inscription et placement d'une note à la caissière si, après facturation aux caisses, l'agent-client doit être rencontré, à la caisse ou à l'aire conseils-MVL, pour des conseils d'usage sur les médicaments, le cas échéant)[73].

[73] Nous décrivons ici les règles, et auparavant les ressources nécessaires à leurs réalisation/exécution, en n'identifiant pas encore les types d'agents-laboratoire réalisant les activités technique ou professionnelles comme résultante de conduite. C'est pour cette raison que nos descriptions/définitions sont impersonnelles et, nous en sommes bien conscients, que cela nécessite aussi un certain défi de compréhension pour le lecteur.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
Aire conseils sur les médic-aments prescrits ou de vente libre (MVL).	Après le poste M des rouges, entre les deux panneaux de mélamine surplom-bés chacun d'une vitre en verre trempé, le panneau de mélamine de gauche s'élevant plus haut, découpé en courbe pour faciliter la rencontre de consul-tation ou de conseils avec les agents-client	Autant les conseils sur les médicaments de vente libre (MVL) que les conseils, souvent plus élaborés, sur les nouvelles ordonnances de médicaments ou sur les médicaments prescrits/ délivrés/ consommés antérieure-ment	**Ressources :** le plancher, l'éclairage et le comptoir, seulement, s'il s'agit d'un conseil sur un médicament de vente libre ou un conseil pharmaceutique ou médical général; le panier rouge, contenant la totalité des médicaments conditionnés, les imprimés (reçus et feuillets-conseil) et les éléments de départ des demandes-client, le cas échéant pour toutes les nouvelles prescriptions demandant des conseils d'usage; (l'ordinateur (écran, clavier, souris…) et son logiciel qui renferme le dossier informatisé des patients, s'il est nécessaire de l'utiliser/le consulter, (quoiqu'il fasse parti de l'aire délimitée précédente du poste M) **Règles :** (1) ouverture de rencontre; (2) échanges, conseils sur les MVL ou sur les médicaments prescrits, utilisant les feuillets-conseil comme support au discours sur le bon usage des médicaments prescrits, le cas échéant; (3) (consultation de l'ordinateur du poste M, si nécessaire); (4) (déplacement des agents, laboratoire et client, vers l'allée stockant un MVL, anticipé comme pouvant remédier/soulager un problème de santé); fermeture de la rencontre[74]

[74] On comprend mieux, maintenant, pourquoi nous avons identifié cette zone du laboratoire poste M et aire-conseils MVL. En surplus de la vérification des prescriptions rapides, cette zone est dédiée aussi aux conseils généraux de santé et, spécifiquement, aux conseils sur les médicaments de vente libre (MVL), ce qui ne survient absolument pas au poste 3 de vérification des paniers jaunes de prescriptions plus élaborées.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
L'aire de stockage des médica-ents pré-condi-tionnés, des paniers de couleurs et de divers outils de travail technique	À même la table de laboratoire de la chaîne des rouges, au fond, dans des tablettes-réceptables obliques ET Les deux tablettes au-dessus et dans le fond, de la table de laboratoire de la chaîne des rouges, s'étendant du début de cette chaîne, à gauche, derrière le poste R, jusqu'à son extrême droite, derrière le poste M	Stockage des médicaments pré-conditionnés, des paniers de couleurs et de divers outils de travail technique	**Ressources :** le plancher, l'éclairage et le comptoir; les médicaments inhalateurs-respiratoires et les tablettes-réceptables obliques, au fond, à même la table de laboratoire de la chaîne des rouges; deux tablettes, allant du début à la fin de la chaîne des rouges; des paniers de couleurs jaunes, rouges, bleus, bleus-pâle, noirs et blancs et quelques outils techniques comme : compte-pilules, spatule, coupe-pilules, bouts de papiers, réceptacle de trombones, feuilles-repère des codes informatiques. **Règles :** Pas nécessairement dans l'ordre, puisque réservoir de ressources matérielles, essentiellement : (1) saisie/utilisation de paniers de couleur selon le type de demande-client; (2) saisie de médicaments inhalateurs pré-conditionnés; (3) saisie/utilisation de compte-pilules, spatule de comptage et/ou coupe-pilules, de trombones de couleurs, de bouts de papier; (4) visualisation/utilisation des codes informatiques de la feuille-repère.

Appendice I (suite) : tableau 3 : description de la fixité des aires délimitées de l'accueil et de la chaîne frontale des rouges

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
Télé-phones R et M	À gauche du poste de travail R, sur le plan de pharmacie à l'appen-dice D, MAIS à droite de ce même poste, dans les faits, comme visible à la photo 4 ET à droite du poste de travail M	Réception des appels téléphoniques d'agents-clients, de d'autres pharmaciens étant dans d'autres pharmacies, de professionnels de la santé de l'hôpital, du CLSC, des cliniques médicales : médecins, pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux, inhalo-thérapeutes, etc.	**Ressources :** Téléphones et leur programmation (mise en attente, transfert vers un autre lieu/zone du laboratoire ou externe à ce dernier, etc.) **Règles :** (1) ouverture de rencontre/échange téléphonique; (2) discussion entre l'agent-laboratoire et l'interlocuteur; (3) décision/répartition de l'appel à l'agent-laboratoire concerné par la demande-interlocuteur ou prise de la demande pour exécution ultérieure.

Appendice J : tableau 11 : description de la fixité des aires délimitées de la zone de facturation

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
La table tampon pré-factura-tion (Ta)	En plein centre de la zone de facturation	Dépôt, pour attente de facturation d'un panier rouge ou jaune, après d'un agent-client, présent à la pharmacie OU attente d'ensachage d'un panier blanc, dont le contenu part en livraison de fin d'après-midi OU Attente d'ensachage d'un panier bleu, dont le contenu sera envoyé vers la zone de stockage des PASSERA's	**Ressources :** le plancher, l'éclairage; la surface de mélamine blanche; les tablettes de stockage des paniers **Règles :** (1) dépôt, par un autre agent-laboratoire, d'un panier d'une quelconque couleur; (2) récupération du panier pour facturation immédiate ou facturation ultérieure.

Appendice J : tableau 4 (suite): description de la fixité des aires délimitées de la zone de facturation

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
La caisse enregis-treuse 1, avec sa surface de travail adjacente, à gauche	À gauche de la zone de factura-tion, pour la surface de travail adjacente, commen-çant après la sortie à droite du coin MVL, jusqu'au comptoir de la caisse 1, l'orifice et la porte de la poubelle faisant office de séparation symbo-lique entre les deux aires délimitées ET L'aire de la caisse 1, de la poubelle au panier blanc entre les deux caisses	**À la surface adjacente à la caisse 1 :** dépôt/ placement et ensachage d'un panier blanc, dont le contenu part en livraison de fin d'après-midi OU dépôt/ placement et ensachage d'un panier bleu, dont le contenu sera envoyé vers la zone de stockage des PASSERA's OU Dépôt/placem ent, pour attente de facturation d'un panier rouge ou jaune, après d'un agent-client, présent à la pharmacie et facturation auprès de ce dernier	**Ressources :** le plancher, l'éclairage; **Pour la surface adjacente, à gauche de l'aire de la caisse 1** : la table de mélamine; un pourtour en panneaux de mélanine, surplombé de vitres trempées et les tiroirs contenant les sacs d'ensachage des PASSERA's (genre Ziploc); **Pour l'aire de la caisse 1** : la table de mélamine; deux panneaux de mélamine, surplombés de vitres trempées; une surface démagnétisante (grise) des pastilles magnétiques cachées dans les produits de la surface commerciale (prévention du vol); les tiroirs de stockage des sacs d'ensachage (des contenus de paniers rouges, jaunes et blancs); la caisse enregistreuse no. 1, avec son écran pour l'agent-laboratoire et une petite pour l'agent-client; une brocheuse; le clavier numérique pour les transactions de paiement par carte débit; un lecteur optique pour scanner les codes barres des reçus de prescriptions et les codes barres de produits de la surface commerciale; un stylo (sur la caisse). **Règles :** **Pour la surface adjacente, à gauche de l'aire de la caisse 1 :** (1) saisi des sacs Monacos (genre Ziploc), dans les tiroirs sous le comptoir de mélamine, pour ensacher les contenus de paniers bleus : les PASSERA's; (2) ensachage de ces contenus dans ces sacs spécialisés; (3) placement temporaire, du sac ensaché, à gauche ou dans le fond du comptoir, pour transport ultérieur vers le lieu de stockage des PASSERA's OU (1) saisi des sacs de plastiques traditionnels, sous le comptoir de la caisse 1; (2) ensachage des contenus de paniers blancs : les livraisons; (3) transfert/transport de ces sacs de livraisons ensachés vers la droite de la zone de facturation, ou sur la dernière tablette de la table tampon Ta, les plaçant dans des bacs bleus. **Pour l'aire de la caisse 1 :** (1) après vidage, sur la table de mélamine, du contenu du panier de couleur rouge ou jaune, pour facturation auprès d'un agent-client présent à la pharmacie : (2) appel de cet agent-client, présent/assis la plupart du temps dans la salle d'attente; (3) salutation et ouverture de rencontre avec l'agent-client s'étant rapproché; (4) scan des reçus de prescriptions comme facturation/transaction à la caisse et paiement en argent liquide, avec carte de débit ou carte de crédit , selon les même règles explicitées précédemment pour facturer un PASSERA; (5) ensachage des contenus de paniers, utilisant les sacs d'ensachage dans les tiroirs sous le comptoir; (6) fin de transaction, remise de change ou d'un talon pour signature avec le stylo; (7) remise à l'agent-client de son sac de prescriptions; (8) salutations et fermeture de rencontre.

Appendice J : tableau 4 (suite): description de la fixité des aires délimitées de la zone de facturation

Lieu/ zone	Zonage	Activité (s) principale (s)	Description des ressources et règles
Aire de la caisse enregis-treuse 2	À gauche, à partir du panier blanc entre les deux caisses, jusqu'au mur droit, arborant des diplômes universi-taires et des licences profes-sionnelles	Dépôt/placement, pour attente de facturation d'un panier rouge ou jaune, après d'un agent-client, présent à la pharmacie et facturation auprès de ce dernier	**Ressources et règles :** exactement comme la caisse 1, mais en configuration miroir, mais absence d'un stylo sur la caisse…
Aire du coin de stockage des livraisons	À droite, par terre, dans des bacs bleus et sur les dernières tablettes de la table tampon Ta	Stockage des livraisons	**Ressources :** Le plancher, l'éclairage; les sacs ensachés de livraisons; des bordereaux de livraisons écrits à la main; les bacs bleus de livraisons. **Règles :** (1) après avec ensaché les sacs et rempli le bordereau de livraison (à l'aire de travail, adjacente à la caisse 1); (2) dépôt/ placement des sacs ensachés dans les bacs bleus

Appendice K: tableau 5 : Observations des actions de J2, pharmacienne. Lieu de départ : poste 3

Temps x	Action/activité
012	Interaction avec atp ordi 2 + vérifier en même temps un panier bleu-passeras
047	Continue interaction avec atp ordi 2
102	Vérifie Mx à l'écran poste de travail 3
132	Échange avec une atp qui s'est présenté à son ordinateur : à sa gauche
143	Les deux vérifient ensemble quelque chose vs un dossier pour un PASSERA
212	Un imprimé est sorti de l'imprimante à sa gauche
220	Toujours en vérification de ce même panier et initiale le panier
229	Prend un panier blanc-livraison pour vérification contenant-contenu à sa gauche
251	Va au mvl pour répondre à un monsieur à l'aire conseil
309	Écoute le problème du client : face-à-face
325	Réponses au client
340	Elle se place en oblique poste ordinateur M pour consulter logiciel + discussion avec patient
405	Consultation du logiciel, client en attente + interaction ensuite
440	Regarde son écran en silence
458	Échange avec patient
505	Exposé au patient
538	Toujours consultation de l'ordi et consultation avec patient : position devant écran
617	Toujours en consultation et en oblique avec ordi et avec patient
703	Toujours consultation mais rencontre va se terminer bientôt
745	Retour poste de travail pour vérifier panier rouge, placé ensuite à la table Ta
800	Une atp vient interagir, se plaçant devant elle
820	ATP s'en va et revient pour échanger, pendant qu'elle continue à vérifier panier rouge/jaune
842	Vérification contenant/contenu pour vérifier quelque chose; atp est partie..
907	Interagit avec le pharmacien de retour à son poste M et …
925	… échange sur un cas clinique, le pharmacien se retournant
929	Chacun regarde son ordinateur respectif (pour l'échange sur le cas)
938	Vérifie Mx contenant-contenu, interagissant avec son écran
954	Pharmacien d'en avant…
1007	Toujours écran + vérifie paniers rouges et jaunes, taqués ensemble au début aire vérification
1051	Vérification paniers rouges et jaunes : placement sur les tablettes de la table Ta
1058	Attrape un panier blanc- livraison pour vérification contenant-contenu, essentiellement
1111	Termine vérification-dossier se déplace pour placer panier sur table Ta
1129	Attrape un panier bleu pour vérification
1145	Scanne un produit pour accéder à un dossier, rapidement
1205	Attrape un autre panier bleu : vérification à l'ordi et contenant-contenu : place 2^{e} tablette Ta
1225	Attrape un autre panier bleu : vérification, …idem
1311	Place panier bleu 2^{e} tablette Ta
1320	Panier noir pour des futures Px : check dossier informatique vs Px's écrites
1349	Attrape papier, vérifie quelque chose ???
1418	Imprime quelque chose et prend le papier dans imprimante: découpe le long des pointillées
1449	Reprend son papier sur aire vérification et consulte l'ordinateur vs ce papier
1451	Initialise son papier avant de le classer
1500	Attrape un autre papier et consulte l'écran d'ordinateur

Appendice K: tableau 6 : Observations des actions de J1, technicienne. Lieu de départ : poste R

Temps x	Action/activité
008	Interaction avec une patiente accueil : panier rouge sorti + discussion utilisant ordi A
054	Toujours interaction avec patiente et utilise toujours ordinateur A
143	Toujours en interaction, mais atp est ordinateur R et prépare étiquette/reçu mise panier rouge
213	Manœuvre ordinateur A de l'accueil
235	Interaction achève
247	Patiente reprend ses choses et J1 va joindre l'atp présente ordinateur R
300	Parlant d'une Px nouvelle, regardent écran et Julie semble superviser la jeune technicienne
322	J1 se dirige vers le conditionnement des rouges
343	Interaction avec 2-3 ATP, placée dernière l'aire de conditionnement, vs un client
408	Va chercher un pot-vrac et se dirige vers ordi R et interaction avec 2 autres atp
424	Vérification du contenu d'un Mx à trois personnes
442	Interaction avec personnes à sa droite
504	Les 3 atp's toujours interaction, qui finit et une ATP va reporter le pot en vrac
528	Toujours supervision de la jeune atp à l'ordi R
544	Va reporter « un pot » en vrac
600	Revient à l'aire de conditionnement, des jaunes …
607	…en attente d'étiquette-reçu de la tech de l'ordi no .1, une autre jeune ATP présente
629	Manœuvre la souris de l'ordi du poste 1 : diverses notes inscrites
710	Interaction et prend un papier, en co-présence d'une tech à l'ordinateur 2
738	Observe ce qui a été fait à l'écran, pendant qu'une autre atp manipule les étiquettes et …
755	…une autre technicienne arrive à sa gauche, pour discuter avec J1
809	Discussion avec une atp à sa gauche vs une situation vs un téléphone
825	Une autre atp est poste 1
828	Impression d'un reçu est faite
844	Clarification d'une situation problématique vs un patient toujours avec ATP à sa gauche
901	J1 expose son point de vue
912	Discussion avec une jeune atp de derrière et s'en va en arrière
928	Pharmacienne partie dîner et Alain H se rapproche et discute avec les ATP
954	J1 est toujours absente du labo et est partie avec une autre atp, ailleurs
1008	J1 et atp revenues; toujours pour cette situation problématique, se positionnent table jaunes
1042	C'est un cas d'assurance; vérification et Julie se retire
1051	Elle s'en va debout à l'aire de conditionnement des jaunes, …
1117	…reprécision du cas avec la jeune atp, les deux debout, face-à-face et…
1130	…Julie quitte le laboratoire avec cette jeune atp…

Appendice K: tableau 7: Observations des actions de P, commis-technicien. Lieu de départ : caisses

Temps x	Action/activité
013	Prend panier jaune, caisse no 1; pas de réponse, donc remet sur une tablette Ta
033	Vérifier nombre reçus et Mx dans un panier blanc et prend formulaire de livraison
050	Fait calculs directement sur la table Ta : gestion de la livraison
134	Écriture sur le formulaire, suite de manipulations de reçus
149	Scanne un pot de tylenol pour savoir le prix qui sera transcrit sur le bon de livraison
222	Utilisation de l'ensemble des ressources de la caisse
235	Inscrit sur une tablette la livraison à faire
241	Finit emballage dans sac de livraison
311	Sert panier blanc à sa droite, la livraison est maintenant dans le back bleu
325	Ramasse sa table : stylo sur caisse, etc.
332	Prend panier rouge et appel un patient
345	Facturation, interaction avec le client + transaction + emballage = talons dans sacs
415	Déplacement sur le plancher et interaction avec commis
428	Un patient le suit sur le plancher et ils cherchent quelque chose
440	Commis vient à sa rescousse et ils trouvent le produit naturel demandé
450	Retour au labo et direction dans le bureau de consultation
510	Toujours en train de chercher quelque chose dans les filières du bureau de consultation
552	Retour en avant avec une feuille particulière, vers sa table Ta de préparation des Mx
606	C'est finalement une copie de facture pour problématique particulière et classement ailleurs
620	Co-présence de la caissière
648	Se promène autour de paniers blancs et replace des ciseaux
659	Se déplace à l'accueil pour replace des paniers vides, rouges et blancs, dans les tiroirs
712	Accalmie
716	Va aire de conditionnement des jaunes : attente de conditionnement de Mx
717	Personne accueil
720	Attente de conditionnement de Mx
758	A pris un petit bonbon et retour conditionnement jaunes
802	L'atp poste 1'avise du Mx à compter
818	Part chercher Mx sur tablettes et reviens
830	Vide les pilules sur son compte-pilules
942	Fin préparation et retourne porter son pot en vrac et revient
1000	En attente de prochain Mx à compter
1024	Prend un autre étiquette pour compter et se dirige vers tablettes pour chercher pot vrac
1100	Fini son conditionnement et retourner chercher un autre pot vrac …
1100	…pour conditionner un autre Mx d'une étiquette choisie dans un autre panier
1208	Interaction avec atp principale qui passe derrière lui, concernant un produit à commander
1220	Interaction avec autre atp, et Mx a déjà été inscrit sur la liste de commande
1239	Conditionne d'autres Mx à aire de condionnement : étiquette vient de paniers devant lui
1313	Panier jaune étant terminé, semble-t-il
1325	ATP du poste 1'interpelle et lui dit de ne pas aller donner le panier jaune : aire de vérif. Tjp
1331	Replace panier jaune et va porter les pots vrac qu'il a utilisés auparavant
1350	Retour des tablettes
1351	Une autre atp remet finalement panier jaune à l'aire tampon de vérifi
1405	Replacement des pots vrac sur tablettes de Mx
1423	Va porter une bouteille liquide utilisée antérieurement comme référence d'une future Px
1436	Attente à l'aire de conditionnement des jaunes et attente du travail de l'atp 1 de l'ordi 1
1445	Part vers la caisse et prend un panier jaune, vérifié, laissé sur table Ta et servira client
1450	Faisant routines habituelles de transaction, facturation, interaction avec client
1551	Fin avec le client et place le panier jaune à gauche, sur table adjacente
1558	Se retourne vers table Ta, les contenus…
1628	Attente et reçoit un panier rouge du pharmacien ordinateur M
1644	Appel, transaction, ensachage, etc.

Appendice K: tableau 7: Observations des actions de P, commis-technicien. Lieu de départ : caisses

Temps x	Action/activité
1710	Fin interaction avec ce client rouge
1711	Se présente à la caisse avec un panier jaune préparé derrière lui
1738	Cliente présente en face : transactions habituelles, ensachage, etc.
1810	Vérifie derrière lui pour appeler la pharmacienne, poste 3, pour explication du Mx
1832	Retourne faire panier blanc pour livraison derrière lui
1852	La caissière s'est approchée
1909	P part porter des paniers vides à l'accueil pendant que caissière s'occupe livraison
1917	Pour aller ensuite à l'aire de conditionnement des jaunes…
1940	…où une atp lui demande de brasser la cassette d'encre de l'imprimante
2009	Part pour l'accueil pour répondre à une dame nouvellement arrivée à l'accueil…
2050	…et qui vide l'ensemble de +++ flacons de pilules qu'il répartira dans deux paniers jaunes
2059	Il répartira ces flacons et se dirigera vers atp de l'ordinateur 1, lui faisant un commentaire
2100	Se retourne stat et répond à une nouvelle patiente présente à l'accueil
2125	Questions, précisions, mise dans une panier rouge d'une Px
2135	Discussions avec pharmacien à l'ordinateur M …
2150	Finalement, cette Px sera plutôt mise dans un panier noir, pcque Px de vaccin
2210	P et patient en attente de la réponse du pharmacien, qui consulte son logiciel
2218	Le pharmacien part et vient rejoindre la cliente et P : ils sont maintenant trois agents
2230	Pharmacien poursuite la conversation avec la patiente
2231	P s'en va vers le conditionnement des paniers rouges où deux paniers sont à faire…

Appendice K: tableau 8 : Observations des actions de S, commis-caissière. Lieu de départ : caisses

Temps x	Action/activité
011	Appel d'un client, plusieurs fois, en rapport avec panier rouge, laissé à la table Ta
027	Part porter des paniers rouges vides, à l'accueil
038	À accueil, même temps, arrive cliente : attrape panier rouge et met bouteilles de Mx (rapides)
052	Retour aire de caisses
104	Panier rouge est appelé, mais ce n'est pas cette patiente qui se présente : met de coté ce panier
108	Discussions avec une dame et écrit sur Px laissée sur comptoir de la caisse par elle (caisse 1)
149	Va porter la Px, mise dans un panier rouge, à atp ordi A et dit patiente d'aller s'asseoir
201	Attrape un panier rouge, qu'elle observe longuement, pendant que patiente va s'asseoir
208	Appel de la patiente panier rouge : patiente pas revenu; replace panier sur sa table
220	Prend un panier bleu et prépare un PASSERA dans un sac (panier déjà là)
236	Attrape panier vide + se dirige accueil pour déposer son panier vide…
236	…et va ensuite vers le coin des PASSERA's, pour y placer sa commande téléphonique
301	Retourne à sa caisse : reclasse ses paniers et attrape 2 paniers bleus, reliés ensemble par pince
317	Ensachage dans sacs deux sacs Monacos (genre Ziploc), mais mettra de coté…
332	…parce que arrive une personne pour ramasser le panier rouge, demeuré là longtemps
355	Ensachage Mx's + transaction + échange avec patiente + fin remise change
418	Attrape panier rouge et appel de la patiente…
428	Scan, transaction, ensachage, etc et met panier rouge de coté avec autres paniers rouges vides
450	Attache les deux sacs Monacos, car commandes téléphoniques de mari et femme…
500	Fin transaction avec patiente précédente
505	Appel un autre client avec un panier rouge
510	Échange avec patient à la caisse en expliquant l'utilisation d'une bouteille vs instructions
522	Répète instructions patiente, pendant que patiente regarde bouteille + met panier rouge à coté
556	Clarification, avec feuillet informations + fin transaction
608	Se retourne vers panier jaune, qu'elle place à sa gauche, avec tous les autres paniers vides
625	Se dirige accueil pour classer paniers vides + déposer pince
636	Se dirige vers coin PASSERA's pour classer les deux commandes par ordre alphabétique
700	Retourne aux caisses
709	Attrape autre panier rouge, vide, pour aller le porter à l'accueil
730	Retour aux caisses
732	Pour classement des livraisons dans des bacs bleus, afin faire 2 bacs = 1 bac
800	Classement de boites et laisse boites de coté, pliées
810	Appel patient vs un panier rouge présent à facturer
820	Routines habituelles d'ensachage, transaction, etc.
920	Va se chercher du change : des 10$ vs des 20$
934	Prend panier vide, laissé à sa gauche et le place dans sur sa table adjacente
940	Part avec ses deux boites vides, pilées, pour s'en débarrasser…

Appendice L : figure 4 : le sentier spatio-temporel des actions de J2, pharmacienne. Lieu départ : poste 3.

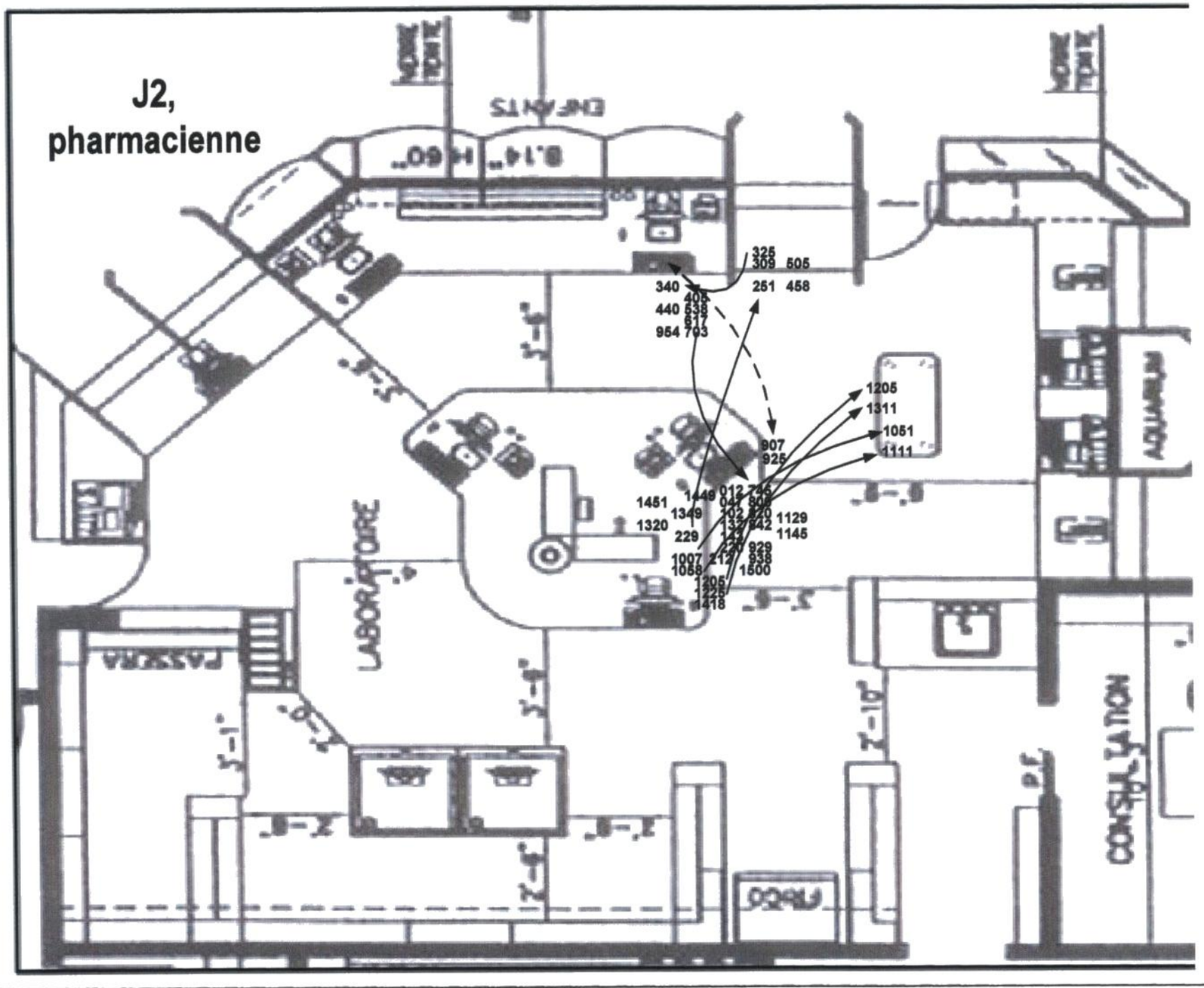


Figure 4 : représentation visuelle du parcours, le long de son sentier spatio-tempotel, de J2, pharmacienne.

Appendice L : figure 5 : le sentier spatio-temporel des actions de J1, technicienne. Lieu départ : poste R.

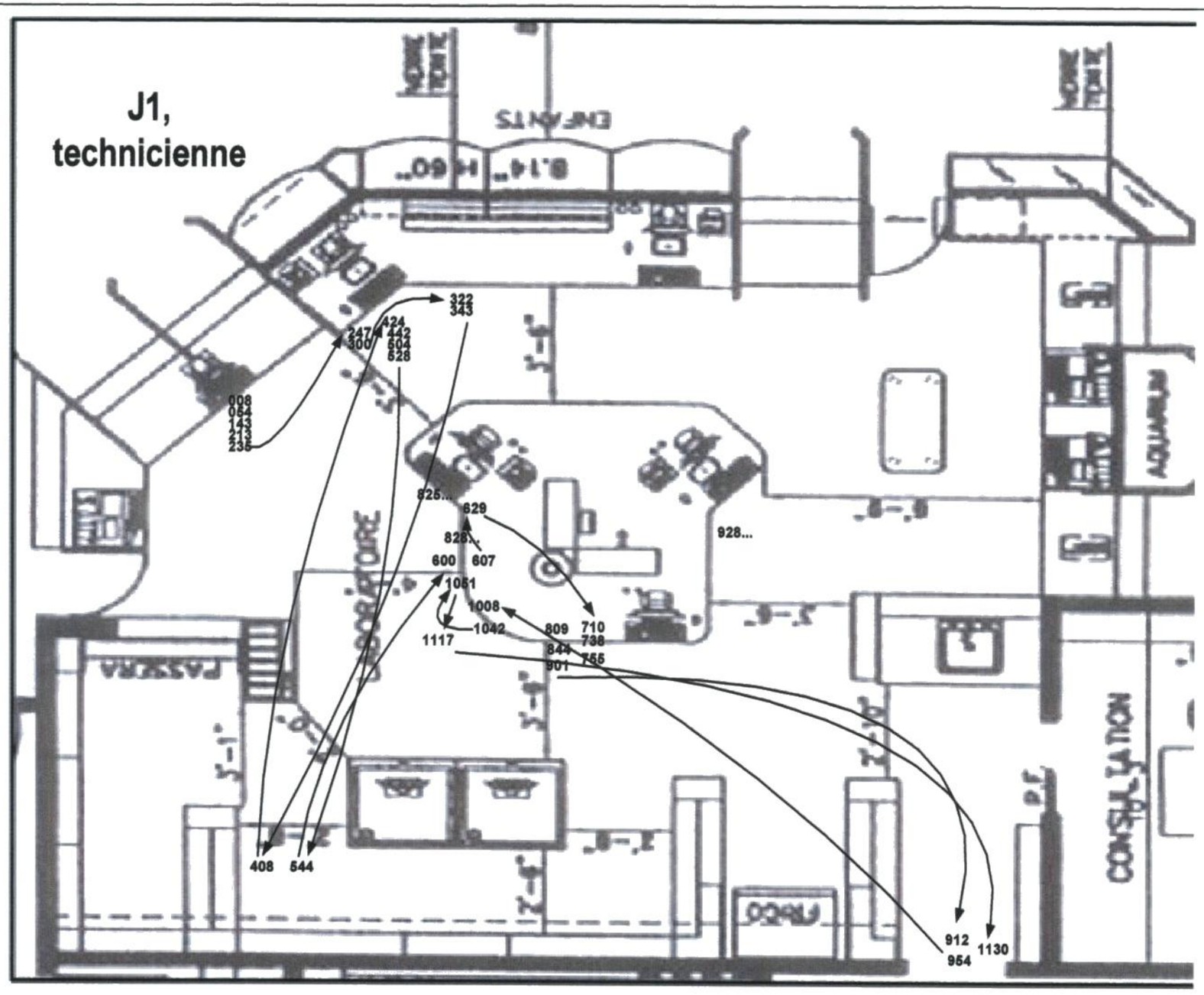


Figure 5 : représentation visuelle du parcours, le long de son sentier spatio-tempotel, de J1, technicienne

Appendice L : figure 6 : le sentier spatio-temporel des actions
de P, commis-technicien. Lieu départ : caisses

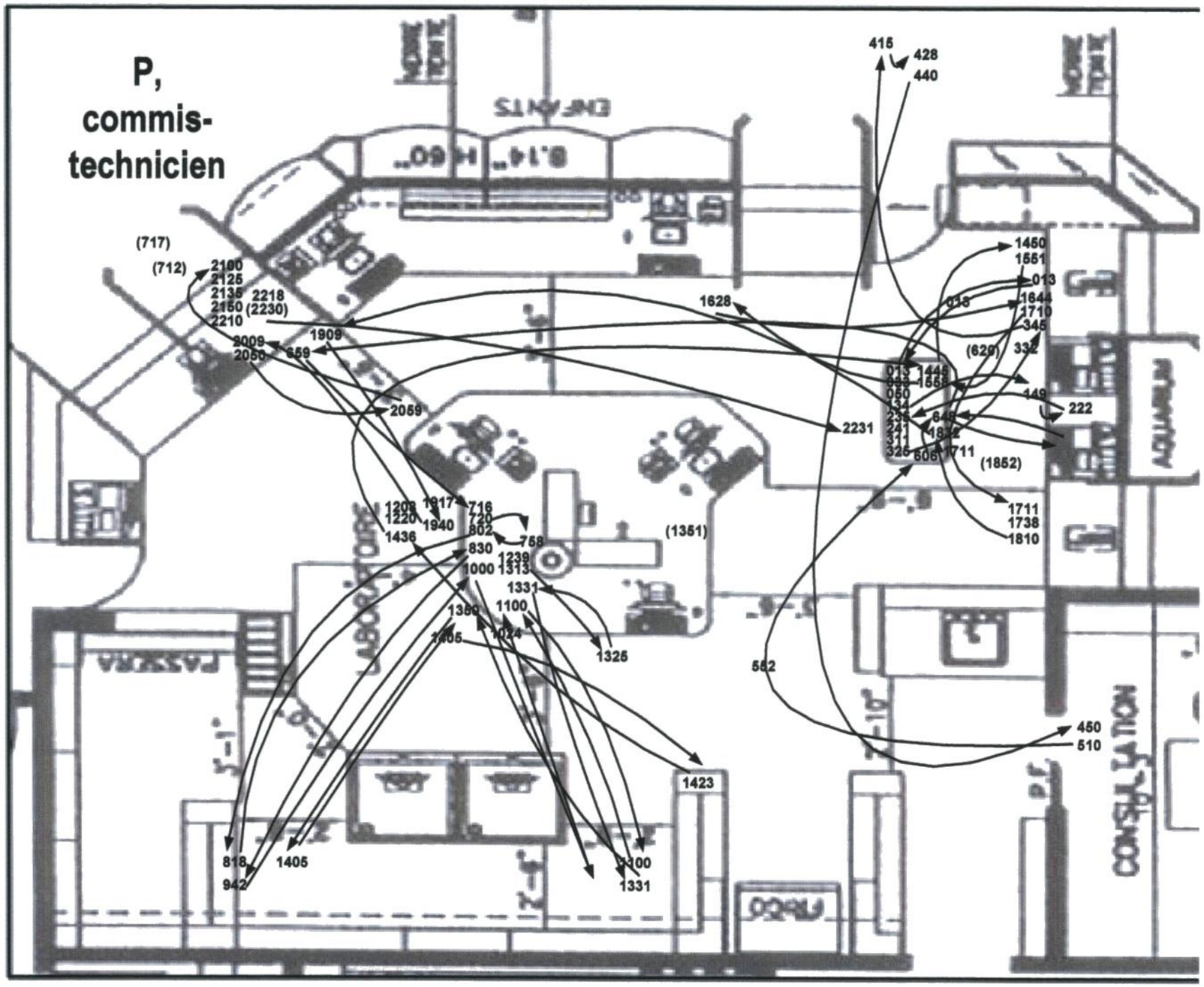


Figure 6 : représentation visuelle du parcours, le long de son sentier spatio-tempotel, de P, commis-technicien

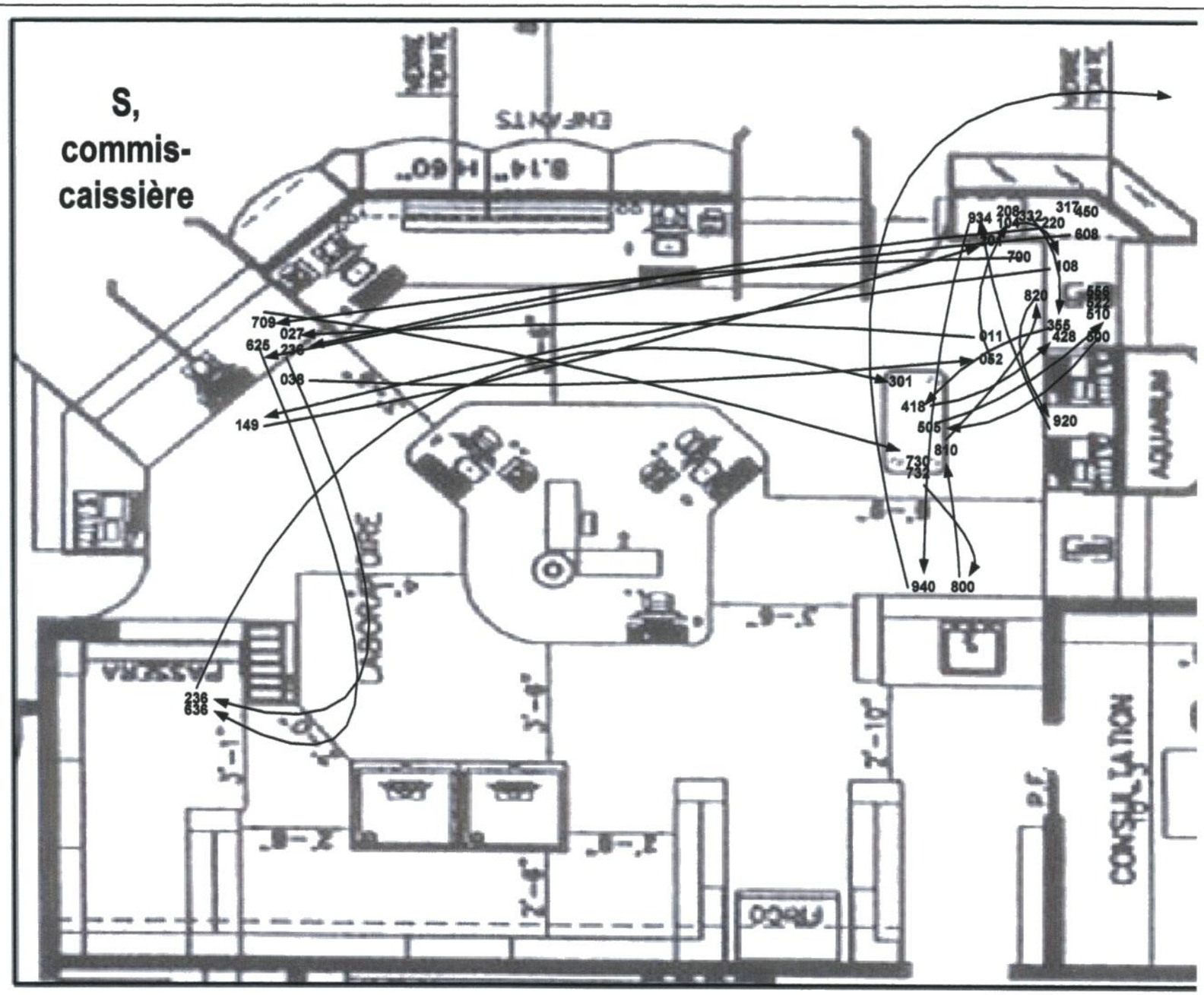


Figure 7 : représentation visuelle du parcours, le long de son sentier spatio-tempotel, de S, commis-caissière

Appendice M : tableau 9 : comparaison entre le projet architectural et le « soin du malade ».

Projet architectural	« soin du malade d'antan»
Le projet architectural naissait toujours d'un problème à propos de la nécessité de mieux habiter un espace donné, à l'origine comme informe	Le projet de « soin au malade » naissait d'un malaise morbide et la nécessité d'y appliquer « l'art de guérir » par la préparation et l'administration de substances (souvent végétales)
Dans le projet architectural, il ne pouvait y avoir de véritable espace organisateur sans référence au temps : l'immédiat de la construction, le passé mémorisé et le temps futur de l'utilisation de l'édifice construit	Dans le projet de « soin du malade » on ne pouvait appliquer « l'art de guérir » sans tenir compte de l'histoire de l'état morbide, de son état actuel et du « pronostic » futur, selon les vues de l'époque
Le projet architectural était l'art de gérer la complexité via trois impératifs : la solidité, bien sûr, mais aussi la commodité et la beauté	Le projet de « soin du malade » avait comme impératifs fort probablement des corollaires semblables : efficacité de la substance, disponibilité de la substance et convivialité d'administration de la substance au malade
Le projet architectural s'ouvrait sur la coordination et l'organisation de relations sociales (un espace social) entre le maître d'œuvre, le maître d'ouvrage, les corps de métiers et les utilisateurs	Le projet de « soin du malade » créait un espace de relations entre l'apothicaire-soignant, le malade et ses proches, ceci, lors de l'application de « l'art de guérir »
Le projet architectural comportait un relation dialectique d'itération entre la conception et la réalisation	Le projet de « soin du malade » était fait d'une relation dialectique entre des conceptions morbides (de la maladie), et son soin par « l'art de guérir », consistant en la réalisation autour des techniques de préparation de la substance et son administration possible au malade
Le projet architectural comportait des risques pathologiques : inefficacité, non-construction de l'édifice, défauts de constructions	Le projet « soin du malade » n'était vraisemblablement pas toujours un « art de guérir » si on considère l'administration de substances d'efficacité douteuses, comportant/créant des effets négatifs (secondaires ou adverses sont les termes utilisés aujourd'hui).

Appendice N : tableau 10 :
comparaison moderne des méthodologies
de la gestion de projet et de la pratique de la pharmacie.

Gestion de projet	**Soins pharmaceutiques**
Conception : 1. analyse de la situation	(1) établissement d'une relation de confiance pharmacien-patient
Conception : 1. analyse de la situation	(2) collection et organisation de l'information à propos du patient
Conception : 2. le travail d'explication et d'élaboration de l'espace-projet	(3) établissement d'une liste de problèmes reliés aux médicaments, ainsi que leur priorité
Conception : 2. le travail d'explication et d'élaboration de l'espace-projet	(4) après échange avec le patient, établissement d'un résultat désiré pour chacun des problèmes
Conception : 2. le travail d'explication et d'élaboration de l'espace-projet	(5) détermination de solutions réalistes (faisables) pour chacun de ses problèmes
Conception : 3. la faisabilité du projet retenu et sa validation	(6) choix de la meilleure solution pour chacun de ses problèmes
Conception : 3. la faisabilité du projet retenu et sa validation	(7) la discussion et la négociation d'un plan avec le médecin, au besoin
Conception : 4. les sources de la créativité	(8) l'éducation du patient sur le plan de l'intervention et la dispensation, au patient, de conseils sur sa médication
Réalisation : 1. planification des étapes 2. recherche/mise en place de moyens 3. détermination des procédures	(9) design et implantation d'un plan effectif de monitorage (suivi)
Réalisation : 4. gestion des écarts	(10) le suivi, la mesure et la documentation de l'évolution
	(10) la facturation des services professionnels réalisés à l'égard du patient

Appendice J : tableau 11 : description de la fixité des aires délimitées de la zone de facturation

Conceptions de Giddens	Conceptions de Lefebvre	Conceptions de Boutinet
Structurel	Espace conçu (espace mental)	Niveau scientifique
Interaction	Espace perçu ou Espace physique	Niveau opératoire
Soi-agissant	Espace vécu ou Espace social	Niveau empirique

Appendice K
Formulaire de consentement à la participation à un processus de recherche.

La pratique de la gestion de projet à la lumière de la pratique de la pharmacie : production et reproduction d'un système social.

Le présent formulaire de consentement est un des éléments de la méthode de prise de décision éclairée qui a pour but de vous donner une idée générale de la nature de la recherche que nous voulons conduire dans votre organisation et de ce qu'entraîne votre participation. N'hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Nous sommes là pour répondre à toutes vos questions ou interrogations, cela, de quelque nature qu'elles soient. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations fournies.

1. La recherche dont il est question ici est une exigence partielle pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Gestion de Projet (volet Recherche) de l'Université du Québec en Outaouais. Tous les renseignements relatifs à ce programme peuvent être obtenus à l'adresse suivante : http://www.uqo.ca

2. Le but de la présente recherche est de mieux comprendre comment les êtres humains produisent et reproduisent, quotidiennement par leurs routines de travail, ce système social qu'est la pratique professionnelle et technique de la pharmacie communautaire. Comme vous le savez, cette pratique est un univers hautement spécialisé et complexe, sa meilleure compréhension ne pouvant se faire qu'en s'intéressant particulièrement aux êtres humains qui font et refont ce dernier, de jour en jour.

3. La personne impliquée dans le processus de collecte des données est un pharmacien de profession. Il a aussi de l'expérience dans le domaine de la consultation en organisation et est étudiant à la maîtrise en gestion de projet.

4. Les données recueillies à la pharmacie Alain Houde le sont exclusivement par l'intermédiaire, d'abord, de trois journées d'observation de l'activité professionnelle et technique dans les lieux mêmes du laboratoire (accueils, comptoirs de conditionnement, téléphones, caisses, etc.). Les données sont ensuite recueillies par l'entremise d'entrevues individuelles d'une heure maximum, entre le chercheur et l'ensemble des personnes oeuvrant au laboratoire : une quinzaine de techniciennes et cinq pharmaciens de service. Les personnes seront enregistrées pour un traitement plus facile des données de recherche. On demandera aux personnes interviewées de décrire leur action quotidienne aux différents lieux observés, en présence de ses collègues et des clients. Les techniciennes et pharmaciens décriront l'exécution de leur travail quotidien, en général et à propos de situations particulières, notamment, la nature des activités réalisation de ce travail professionnel et/ou technique, les règles habituelles de sa réalisation, etc.

5. La confidentialité de l'origine des données est assurée tout au long du processus de recherche. L'identité des participants ne sera révélée d'aucune manière. Quant aux données recueillies, elles seront utilisées en veillant à conserver l'anonymat des personnes ayant tenu ces propos ou ayant effectué un travail quelconque en étant observé.

Afin d'assurer la confidentialité, il vaut la peine de mentionner que le logiciel de collecte et d'analyse des données est reconnu et utilisé par la communauté de chercheurs universitaires en tant qu'outil comportant, dans son utilisation, plusieurs mécanismes assurant la confidentialité et la sécurité des données.

En effet, le logiciel NVivo comporte un système de codification permettant la confidentialité des données, qui seront accessibles via un mot de passe, par le chercheur exclusivement. Les entrevues seront enregistrées à l'aide d'une enregistreuse numérique et gérer par NVIVO. Les fichiers audio et les transcriptions (toujours dans NVIVO) seront protégés par un mot de passe connu du chercheur. Les notes d'observation seront transcrites dans NVIVO. La version papier sera déchiquetée. La transcription des entrevues et les grilles d'observations auront un code. Ainsi, même le directeur de recherche n'aura jamais accès au nom des participants. Les données électroniques seront conservées pendant 5 ans et seront ensuite déchiquetées.

6. S'inscrivant dans un programme de formation universitaire, cette recherche a avant tout un objectif didactique. La prétention de l'étudiant-chercheur n'est pas de produire des résultats novateurs mais d'apprendre à conduire un processus de recherche selon les normes universitaires en vigueur. En conséquence, les personnes impliquées dans la collecte d'information doivent d'abord voir leur participation comme une contribution à la formation de l'étudiant-chercheur.

Par contre, en raison de la méthodologie qualitative choisie (observation du vécu concret des gens et entrevues avec ces derniers), les participants profiteront, si tel est le désir des décideurs en place, d'une démarche subséquente de développement de l'organisation du travail professionnel et technique, selon les besoins qui auront été mis en évidence par la recherche.

7. À la conclusion de la recherche, l'étudiant-chercheur s'engage à remettre à chacune des personnes impliquées un rapport résumant la problématique de la recherche et les résultats et conclusions que leur participation aura permis de mettre à jour. En aucun temps la participation à la recherche aura un impact négatif sur la qualité de vie au travail et hors du travail. Même, le fait de s'intéresser individuellement et collectivement au travail professionnel et technique aura des retombées positives, ne serait-ce qu'une meilleure compréhension des activités routinières quotidiennes.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements fournis ci-dessus, concernant votre participation au projet de recherche, et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Votre participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude, sans préjudice et sans répercussions pour votre emploi. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Pour tout renseignement sur le projet de recherche veuillez communiquer avec :

L'étudiant-chercheur	Le professeur superviseur :
Jean-F. Boisseau, étudiant 358 Henry Lachute, Qc. J8H 1H3 514-779-0417 jfboisseau@sympatico.ca	P[r] Jacques-Bernard Gauthier, Ph.D. Département des sciences administratives Université du Québec en Outaouais 101, rue Saint-Jean-Bosco, C.P. 1250, succursale B Gatineau, Qc. J8X 3X7 595-3900, poste 1732 Jacques-Bernard.Gauthier@uqo.ca

Pour toute autre question relative à vos droits à titre de participant pressenti pour ce projet de recherche, veuillez vous adresser à la personne suivante :

Le secrétaire du Comité d'éthique de la recherche :

Me Linda DuPont
Conseillère juridique
Université du Québec en Outaouais
283, boulevard Alexandre-Taché, C.P. 1250
Gatineau
J8X3X7
(819) 595-3900 poste 3974
linda.dupont@uqo.ca ,

Nom du participant	Signature	Date

Nom du chercheur	Signature	Date

Veuillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.