

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Ecole Nationale de Santé Publique



المملكة المغربية
٢٠ خ١٨٤٢١١١٢٢٠٤٢
وزارة الصحة
٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠
المدرسة الوطنية للصحة العمومية
٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠
٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠ ٢٠

**CYCLE DE SPECIALITE EN ADMINISTRATION SANITAIRE ET SANTE
PUBLIQUE**

FILIERE : Management des Organisations de Santé

PROMOTION (2012-2014)

Mémoire de fin d'études

**Evaluation de l'implantation des directives de la
Circulaire N 146/DHSA relative à l'usage rationnel
des médicaments, cas de l'hôpital Mohamed V de
Meknès**

ELABORE PAR : YAMMOU MOHAMMED

ENCADRE PAR : Dr. BELRHITI ZAKARIA

CO-ENCADRE PAR :

Pr. Asst. IDRISSE FAKHREDDINE MY OTHMAN

Dr. ZERHOUNI MOHAMED WADIE

RESUME

Introduction : L'usage irrationnel des médicaments est un problème de santé mondial. La prescription irrationnelle réduit la qualité des soins médicaux et entraîne un gaspillage de ressources. Notre étude porte sur l'évaluation de l'implantation des directives de la circulaire N°146/DHSA relative à l'usage rationnel du médicament. Plus spécifiquement, il s'agit de décrire le degré de mise en œuvre des directives de la circulaire et d'analyser les facteurs contextuels favorisant ou freinant la mise en œuvre de ces dernières.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cas reposant sur une méthode qualitative basée sur une analyse documentaire et des entretiens avec les gestionnaires centraux et locaux, les membres du Comité de Médicaments et Dispositifs Médicaux (CMDM), et les membres du conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP). Les données ont été analysées à l'aide du logiciel RQDA.

Résultats : Il existe un écart entre les activités planifiées et les activités réalisées. L'analyse du contexte a révélé que plusieurs facteurs ont favorisé l'implantation, dont le support des responsables centraux, l'implication des gestionnaires locaux et l'existence du comité des médicaments et dispositifs médicaux. Quant aux facteurs ayant freiné l'implantation, nous avons identifié la faible adhésion de certains membres du CMDM et du CMDP, la défaillance des mécanismes de communication entre les comités et les professionnels, ainsi que le manque de ressources, particulièrement l'informatisation du circuit des médicaments.

Conclusion : Les principales pistes d'amélioration de l'utilisation des médicaments à l'hôpital seraient le renforcement du rôle du comité de médicaments et dispositifs médicaux et le développement d'un outil informatique adapté au circuit des médicaments. La réussite de la mise en œuvre des directives de l'usage rationnel au niveau hospitalier passe par une approche composite de conduite de changement.

Mots clés : Médicaments, Usage irrationnel, Évaluation, Implantation, Comité de médicaments, Changement.

ABSTRACT

Introduction: Irrational use of medicines is a global health issue. Irrational drug prescription reduces the quality of care and *induces* an organizational inefficiency. We assessed the implementation of the activities prescribed by ministerial circular (N° 146/DHSA) about the rational use of drugs. In particular we analyzed the degree of implementation of the activities edited by the ministerial circular and analyzed the contextual factors that foster or thwart their implementation.

Method: We have conducted a qualitative case study in the regional hospital of Meknes. We carried on interviews with managers at different level. At a central level with managers in charge of the rational drug use policy. At the hospital level with the director, drug committee members and professionals we analyzed data using RQDA software.

Results: We found discrepancies between planned and implemented activities. Facilitators to the implementation are support from central department managers, involvement of hospital managers and drug committee members. The main barriers are the lack of resources mainly drug information management systems, the lack of commitment of professionals and the lack .of communication between drug committee members and professionals.

Conclusion: It is relevant in order to succeed in the implementation of the rational drug use to strengthen the role and attributions of the committee drug members and implement a drug information management system.

Keywords: Medicine, Irrational use, Evaluation, Implementation, Drug committee, Change.

ملخص

مقدمة: الاستخدام غير الرشيد للأدوية هو مشكلة صحية عالمية. وصف الدواء غير العقلاني يقلل من جودة الرعاية الطبية ويؤدي إلى تبذير الموارد. تركز دراستنا على تقييم درجة تنفيذ توجيهات المنشور رقم DHS/146 على الاستخدام الرشيد للأدوية. و تحديد العوامل السياقية التي تؤثر على هذا التنفيذ.

الأسلوب: هي دراسة حالة فريدة مع نهج نوعي على أساس تحليل المؤلفات والمقابلات مع المسؤولين المركزيين والمحليين، وأعضاء لجنة الأدوية والأجهزة الطبية (CMDM)، وأعضاء مجلس الأطباء أسنان والصيدلة (CMDP). وقد تم تحليل البيانات باستخدام برنامج RQDA.

النتائج: هناك فرق في درجة تنفيذ توجيهات المنشور. و الذي يمكن تبريره بالعوامل السياقية التي أثرت سلبا على التنفيذ و التي تتمثل في وجود ضعف في تعبئة أعضاء CMDM و CMDP ومهنيي المستشفى، فشل آليات الاتصال بين اللجنة والمهنيين، فضلا عن نقص الموارد، لا سيما نظام معلوماتي لتسيير الأدوية.

الاستنتاج: لتحسين الاستخدام الرشيد للأدوية في المستشفى يجب تعزيز دور لجنة الأدوية والأجهزة الطبية وتطوير نظام معلوماتي لتسيير الأدوية. ان نجاح تنفيذ توجيهات الاستخدام الرشيد للأدوية على مستوى المستشفى يتم من خلال نهج متعدد للتغيير.

الكلمات الرئيسية: الأدوية، الاستخدام غير الرشيد، التقييم، التنفيذ، لجنة الأدوية، تغيير.

Table des matières

1. Introduction	8
2. Méthode	10
2.1. Schéma de l'étude.....	11
2.2. Population cible et échantillonnage	11
2.3. Définition des variables de l'étude	12
2.4. Collecte de données.....	16
2.5. Considérations éthiques	18
3. Résultats	18
3.1. Résultats relatifs au degré de mise en œuvre de la circulaire	19
3.2. Les facteurs contextuels influençant l'implantation des directives de la circulaire	31
4. Discussion	38
5. Conclusion	44
6. Bibliographie	46
7. Annexes	55

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection de Longue Durée
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CMDM	Comité des Médicaments et Dispositifs Médicaux
CMDP	Conseil des Médecins, des Dentiste et des Pharmaciens
DCI	Dénomination Commune Internationale
DDN	Dispensation à Délivrance Nominative
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DO	Développement Organisationnel
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PFGSS	Projet de Financement et Gestion du Secteur de la Santé
RAMED	Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis
RIH	Règlement Intérieur des Hôpitaux
RQDA	Research Qualitative Data Analyse

1. Introduction

Les médicaments sont un élément essentiel du système de santé [1]. Cette importance est due à leur valeur thérapeutique et au coût qu'ils représentent [2]. De plus, les médicaments constituent un facteur de confiance des bénéficiaires de soins dans le système de santé [3].

L'usage rationnel vise à ce que l'utilisation des médicaments par les professionnels de santé soit justifiée du point de vue thérapeutique et rationnel sur le plan économique, pour assurer une meilleure qualité des soins et pour la promotion de la santé de la population [3,4].

L'usage irrationnel ou inapproprié des médicaments est un problème de santé mondial, du fait de sa fréquence, de sa gravité et de son coût socioéconomique [5]. En 2010, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé que près de la moitié des médicaments sont mal utilisés, en même temps, environ un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels. [6,7]

L'usage irrationnel du médicament peut se manifester au niveau de la prescription, de la dispensation, des services hospitaliers de santé ou du malade lui-même. Ceci entraîne des conséquences graves telles qu'une résistance aux antimicrobiens, des événements iatrogènes et un gaspillage de ressources financières [8-15].

Les problèmes de prescription rencontrés incluent entre autres la prescription de médicaments coûteux alors que des médicaments génériques tout aussi efficaces et moins chers sont disponibles pour la même indication [16].

Pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments dans le monde, l'OMS incite les pays membres à mettre en place des interventions destinées à en assurer une utilisation optimisée [17-19]. L'application de stratégies visant à encourager la prescription rationnelle dans les structures de soins pourrait réduire les problèmes liés à l'usage irrationnel des médicaments [5, 7, 20, 21].

Au Maroc, les produits pharmaceutiques occupent une place considérable dans le système de santé. Le Ministère de la Santé, avec la généralisation du RAMED, a consenti des efforts considérables pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments à travers la revue à la hausse du financement de ces produits qui a atteint 31,7% de la dépense globale de santé (Comptes Nationaux de Santé 2010), le regroupement des achats de médicaments et la mise en œuvre de la politique de promotion du médicament générique.

La prise de conscience de l'importance de l'usage rationnel des médicaments n'est pas récente au Maroc [22, 23]. Ainsi, l'article 64 du Règlement Intérieur des Hôpitaux (RIH) rend obligatoire la prescription des médicaments disponibles au niveau de l'hôpital par les médecins. Des mesures additionnelles ont fait l'objet d'une circulaire ministérielle (voir Annexe 1) sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments en milieu hospitalier [24-26].

Malgré les efforts déployés par le Ministère de la Santé (MS) pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité des médicaments, les produits pharmaceutiques sont fréquemment utilisés de façon irrationnelle. [27,28]. A cause de cette utilisation irrationnelle, les patients et principalement les indigents, subissent des frais supplémentaires pour se procurer les médicaments. En effet, L'analyse des dépenses directes des ménages en matière de santé révèle que près de 48,6% de ces dépenses sont consacrées aux médicaments [26, 27]. De plus, il existe une insuffisance de prescription des médicaments disponibles à l'hôpital, et une non application de la réglementation relative aux prescriptions par les professionnels* [29]. Ce qui a pour conséquence l'augmentation des quantités de médicaments périmés, les ruptures de stock et la saturation des aires de stockage au niveau des pharmacies hospitalières [30, 31].

Quel sont les facteurs qui expliquent la non application des directives liées à l'usage rationnel du médicament à l'hôpital?

* Article 64 du Règlement Intérieur des Hôpitaux et la Circulaire N° 146/DHSA

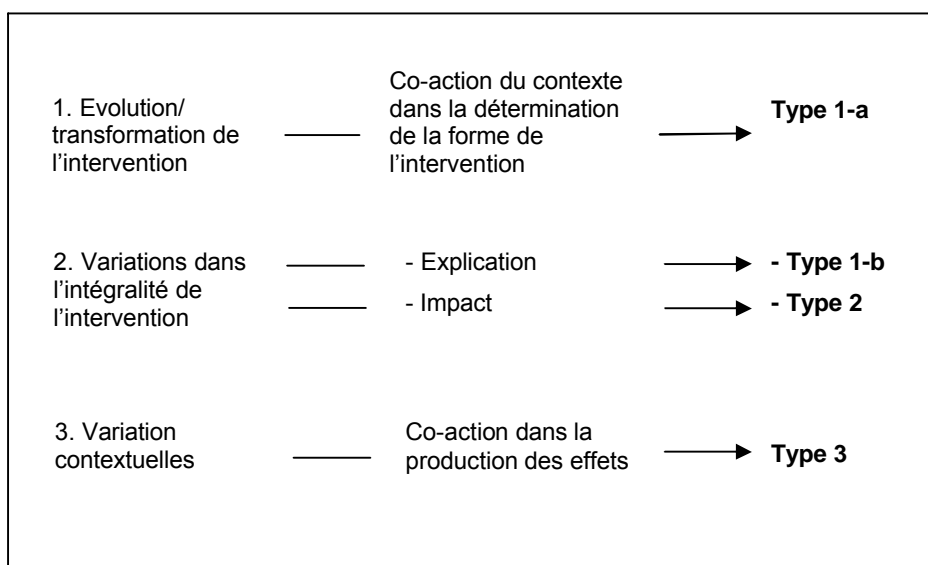
Notre étude consiste à décrire le degré de mise œuvre des directives de la circulaire ministérielle N°146/DHSA relative à l'usage rationnel des médicaments à l'hôpital et analyser les facteurs contextuels qui facilitent ou entravent leur mise en œuvre.

Notre étude a une double utilité théorique et pratique. Sur le plan théorique, elle permet d'identifier les leviers et les obstacles organisationnels, politiques et psychologiques qui influencent la mise en œuvre des directives de promotion de l'usage rationnel du médicament en milieu hospitalier. Sur le plan pratique, notre étude offrirait un essai de solutions au décideur hospitalier pour améliorer l'usage rationnel des médicaments.

2. Méthode

Pour évaluer le degré de mise en œuvre des directives de promotion de l'usage rationnel des médicaments et les facteurs facilitateurs ou barrières à l'implantation de ces directives, l'analyse de l'implantation est l'approche la plus appropriée [32]. C'est l'analyse du processus de mise en œuvre d'une intervention, c'est-à-dire à son intégration dans un contexte organisationnel donné. Notre étude correspond au type 1b de l'évaluation proposé par champagne (voire Figure 1). Il s'agit de comprendre les variations observées dans le degré de mise en œuvre d'une intervention.

Figure 1: Typologie de l'analyse de l'implantation selon Champagne et al (2009) [32]



L'analyse de l'implantation dans notre cas permet d'identifier l'influence du milieu d'implantation sur le degré de mise en œuvre des directives (intervention) de la circulaire relative à l'usage rationnel des médicaments. L'objectif est de proposer une explication de l'écart, observé, entre l'intervention planifiée et celle implantée réellement et de vérifier le degré d'exhaustivité et d'intégrité de l'intervention [32, 33].

L'implantation d'un programme subit des adaptations continues au contexte local, de ce fait les méthodes qualitatives et en particulier l'étude de cas est la méthodologie la plus appropriée pour l'analyse des adaptations locales d'une intervention à un contexte spécifique [34].

2.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative à visée évaluative. Le devis proposé est une étude de cas, type cas unique à niveaux d'analyse imbriqués. Selon Brousselle et al. «La méthode des études de cas est celle qui convient le mieux à l'analyse d'implantation.» [33].

Le site de l'étude est l'hôpital régional Mohamed V de Meknès. Le choix est justifié par deux raisons : C'est un hôpital régional d'une capacité litière de 378 lits répartis sur 17 services médicaux et chirurgicaux. La taille de l'hôpital rend compte d'une complexité suffisante pour une analyse en profondeur de l'implantation des directives relatives à l'usage rationnel des médicaments. La seconde raison est l'existence d'un comité de médicament opérationnel.

2.2. Population cible et échantillonnage

2.2.1. Population de l'étude

La population de notre étude est la population auprès de laquelle l'information sera recueillie, elle est composée par les niveaux d'analyse suivants: responsables centraux, gestionnaires locaux, membres du Conseil des médecins dentistes pharmaciens et du comité du médicament et des dispositifs médicaux et les professionnels impliqués dans l'implantation.

2.2.2. Méthode d'échantillonnage

Les recherches qualitatives reposent habituellement sur un petit échantillon [35].

Le principe qui a régit le choix de notre population cible est l'exhaustivité et la représentativité diversifiée des profils impliqués dans la gestion du médicament en milieu hospitalier.

Nous avons procédé à un échantillonnage par choix raisonné qui permet de maximiser l'utilité de l'information recueillies tout en restreignant le nombre d'éléments sélectionnés [36].

Tableau 1 : Composition de l'échantillonnage

<i>Niveau d'analyse</i>	<i>Nombre</i>
<i>Responsables centraux et locaux (DHSA, Région, Délégation, Hôpital)</i>	9
<i>Membres du CMDP, CMDM et gestionnaires des services hospitaliers</i>	14
Total	23

2.3. Définition des variables de l'étude

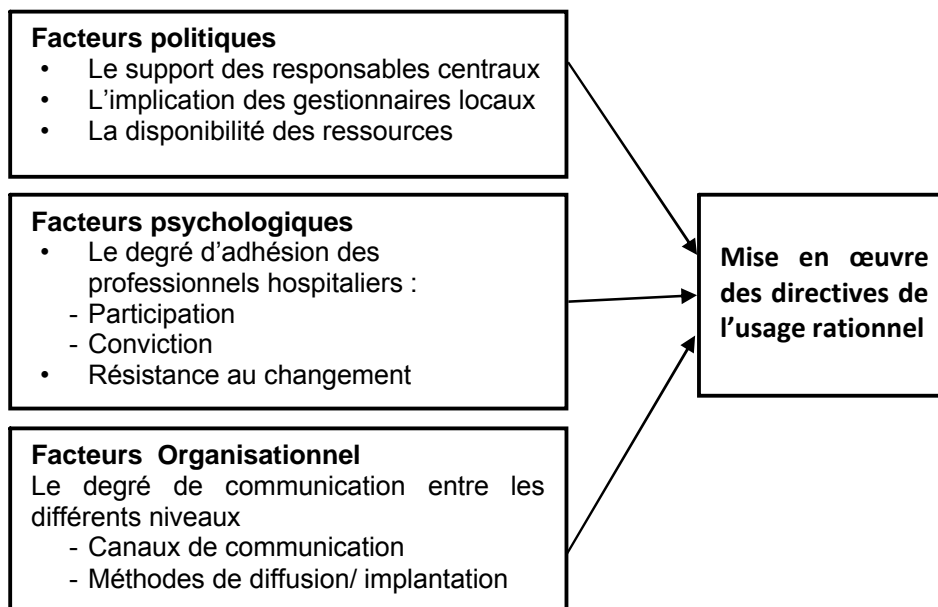
Le modèle d'analyse de l'implantation choisi est celui de Champagne et al. [37]. pour évaluer l'implantation de notre intervention, nous avons adapté le modèle conceptuel selon les particularités de conduite de changement relatif au thème de l'usage rationnel des médicaments (voir revue de littérature en Annexe 4).

Les variables indépendantes sont représentées par les facteurs susceptibles d'impacter positivement ou négativement l'implantation de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments aux patients hospitalisés à l'hôpital. D'après la revue de littérature, nous avons opté pour les modèles : politique, psychologique et développement

organisationnel. Ils se sont révélés les plus adaptés pour notre étude [33,34].

Selon ces modèles nous supposons les facteurs politiques tels que le support des responsables centraux, l'implication des gestionnaires locaux et la disponibilité des ressources agissant sur l'implantation de la circulaire. Nous supposons aussi que les facteurs de développement organisationnel tel que le degré de communication entre les différents niveaux d'analyse vont influencer l'implantation de la circulaire. De plus, nous supposons que les facteurs psychologiques tel que d'adhésion des professionnels hospitaliers vont influencer les professionnels pour accepter le changement.

Le modèle conceptuel



Hypothèses de recherche

- **Hypothèse 1** : Le support des responsables centraux est un facteur qui aurait influencé l'implantation des directives de la circulaire.
- **Hypothèse 2** : L'implication des gestionnaires locaux est un facteur qui aurait influencé l'implantation des directives de la circulaire.
- **Hypothèse 3** : La disponibilité des ressources est un facteur qui aurait influencé l'implantation des directives de la circulaire.

- **Hypothèse 4** : Le degré d'adhésion des professionnels hospitaliers est un facteur qui aurait influencé l'implantation des directives de la circulaire.
- **Hypothèse 5** : le degré de communication entre les différents niveaux d'analyse est un facteur qui aurait influencé l'implantation des directives de la circulaire.

Définition opérationnelle des variables

Les variables de cette étude ont été définies à partir de la recension des écrits et du modèle conceptuel.

Variable dépendante

La variable dépendante correspond au degré de mise en œuvre des directives de la circulaire relative à l'usage rationnel à l'hôpital.

Les variables indépendantes

Sont explicitées dans le tableau ci-dessous (voir Tableau 2).

Tableau 2: Les variables indépendantes de l'étude

Mesures	La variable dépendante
<i>Directives réalisées vs planifiées</i>	<i>Degré d'implantation des directives de l'intervention</i>
Mesures	Les variables indépendantes
<i>La perception des responsables centraux face à la circulaire ; leur accompagnement et suivi dans la mise en œuvre des activités par l'organisation des missions de supervision dont l'objectif est de développer les compétences des acteurs locaux.</i>	Le support des responsables centraux à l'implantation.
<i>La pertinence de l'intervention pour les responsables locaux, leur Contribution dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des directives de la circulaire (réunions de coordination)</i>	L'implication des gestionnaires locaux dans la mise en œuvre des activités.
<i>La disponibilité des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires au fonctionnement du comité du médicament.</i>	La disponibilité des ressources :
<i>la conviction des membres du CMDM de l'importance de la circulaire pour améliorer la prise en charge des patients, leur participation avec les utilisateurs finaux à la mise en œuvre, la sensibilisation et la formation sur les activités de l'intervention comme mesure visant le développement des compétences des professionnels hospitaliers.</i>	L'adhésion des membres du CMDM et des professionnels hospitaliers.
<i>Les mécanismes de communication utilisés pour présenter et diffuser la circulaire qui peuvent se traduire par les réunions d'information, les supports affichés et le bulletin pharmaceutique (Documents imprimés).</i>	Degré de communication entre les différents niveaux qui interfèrent avec le CMDM.

2.4. Collecte de données

Le degré de mise en œuvre des directives de la circulaire (voir Annexe 1) qui est notre variable dépendante est apprécié en comparant les activités planifiées au niveau du document de référence, avec celles mises en œuvre sur le terrain par le recours aux méthodes de collecte de données à savoir la grille d'appréciation de l'implantation de chaque directives de la circulaire et la consultation des documents.

Quant aux facteurs expliquant le degré de mise en œuvre, la méthodologie utilisée comprend des entretiens semi-structurés avec les personnes ressources qui appartiennent à différents niveaux d'analyse et la consultation des documents portant sur l'historique de l'implantation de la circulaire.

2.4.1. Les instruments de collecte de données

2.4.1.1. Grille d'appréciation:

Pour étudier la variable dépendante qui correspond au degré de mise en œuvre, nous avons choisi une grille d'appréciation de l'implantation de chaque directive de la circulaire suivant quatre niveaux. Cette grille est élaborée en tenant compte de la circulaire et de la revue de littérature [37, 38] (voir Annexe 2), elle comprend des questions et est destinée aux membres du comité des médicaments tout en consultant, parallèlement, la documentation relative à chaque activité.

2.4.1.2. Entretiens

Les entretiens représentent une méthode de collecte de données de choix à l'intérieur d'une étude de cas puisqu'ils permettent de connaître la perception des participants face à la problématique à l'étude [39].

Les entretiens semi-structurés, nous ont permis de voir comment la circulaire a été implantée, et les facteurs contextuels favorables ou défavorables à son implantation.

Le choix de faire des entretiens semi-structurés repose sur le fait que les personnes interviewées peuvent s'exprimer librement, tout en s'assurant d'avoir des informations sur les facteurs identifiées dans le modèle conceptuel.

Les grilles d'entretien (voir Annexe 3) sont testées auprès d'un petit nombre de professionnels responsables de l'implantation de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments au niveau d'un autre CHR similaire.

2.4.1.3. Consultation des documents

Une analyse des documents concernant l'implantation des activités de l'intervention est également réalisée. Les documents sont une source importante de données lors d'études de cas [40].

Pour la consultation des documents, nous avons eu recours aux différents archives et documents en relation avec les activités de l'intervention, documents administratifs (circulaires, notes de service, comptes rendus de réunions, bilans d'activités...) et les supports d'information du CMDM et CMDP (compte-rendu de réunions, rapports de formation...). Ces documents sont analysés et classés tout en conservant l'anonymat.

2.4.2. Plan d'analyse des données

La démarche retenue pour l'analyse de l'ensemble des données s'inspire de celle proposée par Miles et Huberman [41]. Selon ces auteurs, l'analyse se compose de trois niveaux d'activités: la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions.

Nous avons élaboré une grille de codage préliminaire en se basant sur le modèle conceptuel et les hypothèses de recherche à l'aide du logiciel RQDA (Research Qualitative Data Analyse). Ces codes sont révisés au fur et à mesure de l'analyse. Nous avons procédé par la suite à la transcription intégrale du contenu des entrevues dans un fichier Word,

puis à l'aide du logiciel RQDA, effectué une lecture répétée des discours, ce qui nous a permis de dégager les thèmes.

Le travail d'organisation des données s'est fait tout au long du processus de codage, et a permis de ressortir les segments de verbatim et la rédaction des résultats afin de répondre à la question de recherche relative aux variables de l'étude.

La consultation de documents portant sur l'historique de l'implantation de la circulaire a complété les données obtenues à la suite des entretiens.

2.5. Considérations éthiques

Avant de procéder à l'entretien, les participants sont informés des objectifs de l'étude et des explications claires sont présentées afin d'avoir leur consentement à participer à l'étude et qu'ils puissent décider librement et en toute connaissance de cause, de participer ou de ne pas participer à l'étude.

La confidentialité et l'anonymat des documents sont respectés. Les enregistrements audio des entretiens ainsi que la transcription des données sont conservés durant la phase de recherche.

3. Résultats

Pour répondre à nos deux questions de recherche:

- Quel est le degré de mise en œuvre de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments disponibles à l'hôpital?
- Quels sont les facteurs contextuels qui favorisent ou entravent l'implantation de la circulaire?

L'analyse va apprécier le degré de mise en œuvre des directives de la circulaire et expliquer les facteurs contextuels influençant ce degré d'implantation.

3.1. Résultats relatifs au degré de mise en œuvre de la circulaire

L'appréciation du degré de mise en œuvre a été effectuée par la vérification de la réalisation des directives par l'utilisation d'une grille d'appréciation (Selon quatre niveaux d'appréciation), l'analyse documentaire et les entretiens avec les différents intervenants impliqués dans l'implantation de chaque activité de la circulaire.(voir Tableau 3).

À partir des données recueillies et d'après l'analyse de la documentation au niveau de l'hôpital, les directives de la circulaire ont été développées et adoptées par le Conseil des Médecins, des Dentistes et des Pharmaciens (CMDP) à travers un sous-comité des médicaments et dispositifs médicaux (CMDM).

En effet, selon un membre du CMDM « *Nous avons décidé qu'un comité issue du CMDP se charge de l'implantation de la circulaire. Il y avait identification de chacune des activités de même que leurs objectifs respectifs et les personnes en charge de la réalisation de chaque activité. Et puis, le comité des médicaments a été impliqué dans la validation des documents avant qu'ils ne soient transmis aux professionnels* ». Un autre membre nous déclare « *C'est une partie de notre culture à l'hôpital; les médecins sont appelés à participer activement au comité, il en résulte une libre circulation de l'information entre les membres* ».

Le CMDM de l'hôpital Mohamed V est un comité pluridisciplinaire, composé du directeur de l'hôpital, d'un médecin représentant de chaque spécialité, du pharmacien, du médecin pharmacologue et des médecins généralistes.

Le CMDM se réunit chaque fois que le besoin se fait ressentir par le CMDP, le comité lui même ou sollicité par l'administration. Ces réunions ont pour objectif de mettre en œuvre toutes actions permettant une maîtrise de la gestion des médicaments au sein de l'hôpital.

L'implantation des directives de la circulaire (voir Annexe 1) a débuté en janvier 2012, et conformément aux dispositions de l'article 64

du RIH, par une présentation et une sensibilisation des différents membres du CMDM en premier lieu, puis une diffusion auprès des professionnels et affichage au niveau des différents services hospitaliers.

Nous allons décrire une synthèse de l'analyse du degré de mise en œuvre de chacune des directives de la circulaire.

3.1.1. Elaboration des schémas type de traitement pour les pathologies dominantes à l'hôpital et les mettre à la disposition des prescripteurs

D'après les données collectées, l'hôpital avait un historique dans l'élaboration des protocoles thérapeutiques avant la publication de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments, notamment dans le cadre du projet PFGSS*. Ensuite, l'hôpital a développé ces protocoles pour le renforcement des compétences des médecins internes afin de les guider dans leur formation pratique et théorique.

C'est sur la base de ces projets que l'élaboration des schémas type de traitement a démarré dans cet hôpital. Un membre du CMDP nous déclare *«Notre premier objectif, dans le cadre du PFGSS, était l'amélioration et le renforcement de la qualité des soins par l'élaboration de procédures et la standardisation des pratiques de prise en charge des patients hospitalisés par les praticiens et en même temps l'encadrement des internes»*.

A partir des entretiens réalisés avec les membres du CMDP, du CMDM et la consultation des documents (Rapport d'accréditation 2012, rapport d'activité du CMDM et CMDP, procès verbaux de réunions), différents schémas type de traitement ont été élaborés en collaboration avec le comité de formation continue de l'hôpital. Ces schémas type de traitement ont été adaptés à la liste nationale des médicaments essentiels et validés par le CMDP avec la participation des professionnels hospitaliers concernés, mais se limitent encore à quelques services

* Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé (pôle amélioration des performances de l'hôpital et assurance qualité)

médicaux. Un membre interviewé nous déclare *«Nous avons commencé par quelques services, principalement les urgences, Il est à rappeler que l'élaboration des schémas thérapeutiques est un processus difficile qui nécessite des efforts, et que les médecins n'ont pas assez de temps pour les réaliser.»* d'autres membres ont souligné que le temps n'est pas un obstacle : *«Si on juge le besoin d'un schéma thérapeutique, le temps ne serait pas un obstacle majeur».*

Selon les informations recueillies auprès de différents interviewés et par la documentation (affiches des schémas thérapeutiques, rapport d'accréditation, procès verbaux de formation), plusieurs moyens ont été utilisés pour diffuser ces protocoles aux professionnels de l'hôpital. Un membre nous a souligné *«Nous avons diffusé les protocoles thérapeutiques à travers des documents imprimés, dans le cadre d'un programme de formation continue et par affichage au niveau des services concernés».*

À la suite de l'élaboration de ces schémas thérapeutiques, pour certaines pathologies des kits spécifiques ont été mis en place et distribués à l'ensemble des services concernés. En effet, selon un répondant *«Cette procédure n'a pas été bien suivie ce qui a créé la péremption et une sous utilisation de ces kits.»*

A partir des informations recueillies pour cette activité, les résultats montrent un niveau partiel de son implantation reliée à certaines faiblesses dans la généralisation des schémas type de traitement à l'ensemble des pathologies fréquentes au niveau de l'hôpital ; la non actualisation régulière de ces schémas thérapeutiques en plus de l'absence d'un livret ou un classeur pour les regrouper *«Il était programmé une mise à jour chaque deux ans avec une présentation des modifications mais il n'y en a toujours pas eu».*

3.1.2. Transmettre à la pharmacie hospitalière toute ordonnance délivrée au patient hospitalisé afin de vérifier la disponibilité des produits prescrits

A partir des documents consultés au niveau du service de la pharmacie (bons de commande et de livraison, bilan de consommation des services) une dotation en produits pharmaceutiques est mise à la disposition des services hospitaliers. La composition de ces dotations est déterminée par la pharmacie et l'ensemble des prescripteurs concernés.

Le service de la pharmacie reçoit des ordonnances médicamenteuses des patients hospitalisés, par téléphone ou bien par le déplacement d'un personnel du service pour s'informer sur leur disponibilité.

Le personnel de la pharmacie peut aussi intervenir auprès du prescripteur (déplacement dans le service ou utilisation du téléphone...), soit pour proposer une substitution médicamenteuse des spécialités de référence par des médicaments ayant la même dénomination commune internationale (cas des génériques), soit pour proposer un médicament appartenant à la même classe ayant les mêmes indications (substitution thérapeutique). La pharmacie délivre les médicaments substitués après validation du médecin prescripteur. Il peut également intervenir pour commander le produit auprès du chef du Pôle des Affaires Administratives (cas des médicaments vitaux hors formulaire), après validation par le CMDM, si aucune autre possibilité n'est envisageable.

D'après les entretiens avec les acteurs locaux impliqués dans cette activité, certains prescripteurs sont d'accord pour cette substitution, d'autres exigent d'en être informés à chaque fois qu'un médicament est substitué.

En l'absence de l'informatisation de la gestion des médicaments, le circuit de réception des ordonnances et de substitution peut prendre beaucoup de temps (transmission de l'ordonnance, proposition de substitution, validation, délivrance et acheminement du médicament). En plus, cette action n'est pas assurée en dehors de l'horaire du travail normal et la fin de semaine sauf pour les cas urgents.

3.1.3. Constituer au niveau de la pharmacie une base de données sur les produits pharmaceutiques prescrits aux patients et non disponibles à l'hôpital afin de les intégrer dans les futures commandes

Pour les produits pharmaceutiques prescrits en dehors de la liste des produits disponibles au niveau de la pharmacie hospitalière, une base de données a été créée. Un responsable nous a dit *«Les prescriptions transmises à la pharmacie sont enregistrées sur un registre manuel utilisé comme support d'information exploité lors de la commande annuelle»*.

Les médicaments sont ajoutés au formulaire de commande après discussion au niveau du CMDM, et sur la base des recommandations des prescripteurs. Le CMDM finalise une liste de médicaments proposés pour l'ajout au formulaire national.

L'analyse des données recueillies indique que l'inclusion de ces médicaments dans les commandes annuelles se fait sur la base des méthodes décrites dans le guide d'estimation des besoins en produits pharmaceutiques élaboré par la DHSA.

Cette démarche n'est pas applicable lorsque la pharmacie hospitalière est fermée (le soir et la fin de semaine) ce qui entraîne une sous notification des ordonnances délivrées au patient pour l'achat. Le même responsable a souligné *«Un système informatique est nécessaire pour recevoir les ordonnances, effectuer l'analyse pharmaceutique et exploiter la base de données»*.

3.1.4. Mettre à la disposition de tous les médecins hospitaliers, la liste des produits pharmaceutiques disponibles à la pharmacie hospitalière dans un format facile à consulter

D'après l'entretien avec le personnel de la pharmacie et la consultation des documents (formulaires des produits pharmaceutiques), la liste des produits pharmaceutiques est disponible pour l'ensemble des services hospitaliers. La pharmacie a élaboré les listes qualitative et

quantitative des médicaments disponibles en Dénomination Commune Internationale (DCI). Ces listes ont été présentées à l'ensemble des prescripteurs de l'hôpital au cours des réunions du CMDM et pendant l'élaboration de la commande annuelle, avec une explication de son contenu.

D'autres moyens d'information des prescripteurs existent, il s'agit de l'information verbale, l'affichage des listes, les documents mis à la disposition des professionnels au besoin (cas des médicaments vitaux et des antibiotiques), ou au moment de la visite des médecins à la pharmacie.

Selon certains professionnels, les prescripteurs avaient la liste des médicaments disponibles en DCI et sur une version imprimée à portée de main. Cependant, un professionnel nous a déclaré *«L'absence d'un tableau des génériques équivalents à la liste des médicaments disponibles en DCI rend difficile la prescription de ces médicaments et peu de formations de prescription en DCI ont été réalisées»*.

3.1.5. Afficher la liste des M&DM disponibles à l'hôpital dans les départements et services avec une mise à jour trimestrielle, et informer les médecins prescripteurs, de façon régulière, des éventuelles ruptures de stock et/ou d'entrées nouvelles en stock

Après chaque inventaire, la pharmacie actualise la liste des produits pharmaceutiques disponibles au niveau de la pharmacie, et la communique à l'administration de l'hôpital et aux prescripteurs, elle provoque une réunion du comité du médicament pour présenter la liste aux professionnels concernés. Lorsqu'il y a des ruptures ou une nouvelle entrée de stock, elle informe les professionnels concernés par téléphone dans la plupart des cas.

Cette liste est affichée à plusieurs endroits de l'hôpital (le tableau d'affichage de la pharmacie, la zone de distribution de la pharmacie des urgences et les bureaux des infirmiers chefs de services), cependant, elle

est établie en DCI uniquement avec absence d'affichage du tableau d'équivalences en médicaments génériques.

D'après les entretiens avec le personnel de la pharmacie, l'actualisation de ces listes dépend de la charge de travail au niveau de la pharmacie, de la périodicité des inventaires et des ressources matérielles disponibles. Un professionnel nous a dit *«Le manque de l'informatisation du circuit des produits pharmaceutiques ne permet pas de connaître en temps réel la rupture de stock, les produits rentrés en stock et les produits en surstock»*.

Certains interviewés au niveau des services ont mentionné que le défaut d'actualisation de cette liste au niveau de l'hôpital est un *«frein à son utilisation»*.

3.1.6. Elargir l'utilisation des ordonnances nominatives aux prescriptions des antibiotiques et les médicaments des ALD, en plus des médicaments onéreux

En dehors de certaines molécules à réglementation spécifique (les stupéfiants), les demandes des antibiotiques, des médicaments des Affection de Longue Durée, et les médicaments onéreux à la pharmacie sont acheminées via une ordonnance nominative pré-imprimée qui constitue un document de base obligatoire pour toute prescription de ces médicaments. La pharmacie les dispense après une analyse pharmaceutique de cette prescription qui consiste à identifier le patient, le prescripteur, la posologie et la durée de traitement.

Ces prescriptions sont saisies sur un support manuel standardisé pour tous les services, validé par le CMDM et diffusé à l'ensemble des prescripteurs.

A partir des documents consultés (procès verbaux de réunions du CMDM et du CLIN, bilans annuels de consommation des médicaments), la liste de ces médicaments est validée régulièrement par le CMDM pour les médicaments onéreux et les médicaments ALD à partir de la liste diffusée

par le ministère. Pour la liste des antibiotiques, la pharmacie en concertation avec le CLIN, actualise cette liste et dispose d'un support d'information et suivi, et d'analyse de l'utilisation de ces produits permettant ainsi de fournir les données de consommation et de s'assurer de la conformité de la prescription. Le prescripteur est contacté en cas de non-conformité de la prescription ou d'une situation de consommation excessive.

D'après les professionnels interviewés, cette gestion des ordonnances, la dispensation nominative et l'analyse pharmaceutique impliquent des moyens appropriés, en particulier un système informatisé du service de la pharmacie hospitalière. Parfois Les prescriptions sont incomplètes (nom du médicament, dose non précisés, durée de traitement) et nécessitent de la part du personnel de la pharmacie un effort pour compléter ces informations.

La délivrance nominative des médicaments par la pharmacie n'est pas assurée le soir et la fin de semaine, en dehors des cas urgents.

3.1.7. Vérifier régulièrement avec des visites mensuelles inopinées le degré de prescription des médicaments disponibles à l'hôpital aux patients hospitalisés

En analysant les informations collectées par les entretiens il en ressort que la visite des services hospitaliers est effectuée seulement par le pharmacien après avis de l'administration, elle n'est pas régulière, et cible quelques services. Un responsable nous déclare *«Les visites réalisées se limitent à la vérification des dotations mises à la disposition des services, contrôle des quantités des produits pharmaceutiques en stock, et contrôle du respect des règles de stockage et de conservation de certains médicaments»*.

À travers l'analyse de la documentation (comptes rendus de supervision, notes de services), cette périodicité mensuelle n'est pas respectée. Une grille de supervision des services hospitaliers, est en cours d'élaboration pour promouvoir la bonne gestion des médicaments y

compris la conformité des prescriptions au schéma thérapeutique et à la liste des médicaments disponibles au niveau de l'hôpital.

3.1.8. Interdire aux représentants des industries pharmaceutiques les visites aux médecins durant les horaires de travail

D'après les entretiens avec les acteurs locaux, cette activité n'est pas encore implantée, l'organisation des services hospitaliers pour recevoir les visiteurs médicaux est variable (prise de rendez-vous, lieu de rencontre...). Un responsable nous a dit «*La seule initiative mise en place se limite à la restriction de l'accès des véhicules des visiteurs médicaux à l'hôpital*».

Les relations entre les représentants de l'industrie pharmaceutique et les professionnels de santé ont été signalées par la plupart des interviewés, elles ne se limitent pas à la promotion des produits pharmaceutiques, mais concernent aussi la participation à l'organisation des différentes activités de formation programmées par l'hôpital et l'actualisation des connaissances des prescripteurs sur les médicaments (séminaires, tables rondes...). Un professionnel nous a mentionné «*Souvent nous sollicitons les représentants de l'industrie pharmaceutique pour organiser les formations réalisées par le comité de formation continue*».

3.1.9. Inviter les médecins à respecter l'obligation de rapporter les prescriptions des médicaments sur le dossier d'hospitalisation

Cette activité s'est réalisée par la mise en place d'un support d'information standard (fiche de prescription pré-imprimée) au niveau de l'hôpital pour respecter l'obligation de reporter les prescriptions sur le dossier du malade, de garantir la traçabilité des produits pharmaceutiques administrés aux patients, et d'offrir un outil de supervision et de contrôle de l'observance du traitement.

A partir de la consultation des documents, cette feuille de prescription a été élaborée et validée par le CMDM avec la participation des acteurs concernés (médecins et infirmiers), elle permet la différenciation des produits délivrés par le service et les produits achetés par le malade. Des séances de formation ont été organisées sur les méthodes de remplissage avec distribution de ces fiches à l'ensemble des services hospitaliers pour s'assurer de l'utilisation de ce support et l'adhésion des professionnels.

Selon les interviewés, aucune réunion de rappel sur cette activité n'est tenue après les premières réunions de validation, et la prescription des médicaments disponibles à l'hôpital n'est pas systématiquement vérifiée.

3.1.10. Organiser des rencontres semestrielles entre les professionnels et l'administration hospitalière pour promouvoir les génériques et le bon usage des médicaments à l'intérieur de l'hôpital

D'après les données recueillies, les rencontres semestrielles sur la promotion des médicaments génériques au niveau de l'hôpital ne sont pas encore implantées, selon les interviewés, cela nécessite des interactions répétées dans le temps pour favoriser l'adhésion des professionnels hospitaliers à la prescription des médicaments génériques. Un responsable nous a dit *«Certains prescripteurs sont réticents aux médicaments génériques. Il devient plus difficile de promouvoir les médicaments génériques et de combattre les réticences des médecins»*.

Ces réunions de sensibilisation ont été tenues par le pharmacien au cours des rencontres du CMDM et n'ont pas été généralisées à l'ensemble des professionnels hospitaliers.

Après consultation des documents (procès verbaux du CLIN, dépliants, rapports de réunions, communications affichées), la promotion du bon usage des médicaments à l'hôpital a ciblé principalement les antibiotiques. Les journées annuelles organisées par le CLIN ont visé la communication des résultats d'enquêtes sur la consommation des

antibiotiques au niveau des services hospitaliers et la diffusion des recommandations locales de bonne pratique en antibiothérapie. L'objectif était de prévenir l'émergence des résistances bactériennes et de sensibiliser les professionnels au bon usage des antibiotiques.

Tableau 3 : récapitulatif du degré de mise en œuvre des directives de la circulaire

Activité (Mesures)	Niveau implantation (*)
1. Elaborer des schémas type de traitement pour les pathologies dominantes à l'hôpital et les mettre à la disposition des prescripteurs.	Partiel
2. Transmettre à la pharmacie hospitalière toute ordonnance délivrée aux patients hospitalisés afin de vérifier la disponibilité des produits prescrits.	Partiel
3. Constituer au niveau de la pharmacie une base de données sur les produits pharmaceutiques prescrits aux patients et non disponibles à l'hôpital afin de les intégrer dans les future commandes.	Total
4. Mettre à la disposition de tous les médecins hospitaliers, la liste des médicaments et dispositifs médicaux disponibles à la pharmacie hospitalière.	Partiel
5. Afficher la liste des médicaments et dispositifs médicaux dans les départements et services avec une mise à jour trimestrielle.	Partiel
6. Utilisation des ordonnances nominatives : Antibiotiques, Médicaments des affections de longue durée, Médicaments onéreux.	Total
7. Vérifier régulièrement avec des visites mensuelles inopinées le degré de prescription des médicaments disponibles à l'hôpital aux patients hospitalisés.	Réflexion sur l'activité en cours
8. Interdire aux représentants des industries pharmaceutiques les visites aux médecins durant les horaires de travail.	Non réalisé
9. Inviter les médecins à respecter l'obligation de rapporter les prescriptions des médicaments sur le dossier d'hospitalisation.	Réalisé
10. Organiser des rencontres semestrielles entre les professionnels et l'administration hospitalière pour promouvoir les génériques et le bon usage des médicaments à l'intérieur de l'hôpital.	Partiel

* Les niveaux de l'appréciation de l'implantation de chaque activité de la circulaire :
(1) signifie que l'activité est totalement réalisée.**(2)** signifie que l'activité est partiellement réalisée.**(3)** signifie qu'une réflexion sur l'activité est en cours.**(4)** signifie que l'activité n'est pas réalisée.

3.2. Les facteurs contextuels influençant l'implantation des directives de la circulaire

3.2.1. Support des responsables centraux

Selon les entretiens réalisés au niveau de la DHSA, la rationalisation de l'usage des médicaments au niveau des hôpitaux constitue une des priorités du ministère de la santé pour améliorer l'accessibilité, la disponibilité, la qualité et l'utilisation des médicaments, comme nous a confirmé un responsable central *«L'usage rationnel des médicaments est un élément de la stratégie sectorielle du ministère (2012-2016) et de la politique pharmaceutique nationale»*.

L'analyse des entretiens montre aussi que les responsables centraux ont supporté cette intervention par l'organisation de rencontres nationales afin de former et de sensibiliser les pharmaciens et les gestionnaires hospitaliers en tant que mesures d'accompagnement dans la phase de mise en œuvre de la circulaire. *«Au début, la majorité des pharmaciens et des gestionnaires hospitaliers a bénéficié de formations sur la gestion des médicaments y compris l'usage rationnel au cours des cycles de perfectionnement»* confirme un autre responsable central.

Le ministère, dans le cadre des activités de suivi et d'évaluation qui accompagnent le lancement du RAMED en 2012, avait mis en place un comité ministériel ayant pour but de suivre et de soutenir le processus d'implantation de la circulaire. De plus, la DHSA en collaboration avec d'autre département a réalisé des visites ayant ciblé tout le circuit des médicaments dans les hôpitaux. Un responsable central nous a dit *«Nous menons des missions d'audit et d'inspection régulières au niveau des hôpitaux pour relever les dysfonctionnements et proposer les solutions dans le cadre d'une commission nationale d'évaluation des pharmacies hospitalières»*.

Pour assurer le bon usage des médicaments au niveau des hôpitaux, la DHSA a mis en place d'autres mesures d'accompagnement, nous ont confirmé les responsables centraux. Il s'agit de :

- L'élaboration de certains protocoles thérapeutiques au niveau national.
- La révision de la liste des médicaments et dispositifs médicaux sur la base de la liste des médicaments essentiels de l'OMS.
- L'élaboration du guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière.
- L'élaboration d'un guide de détermination-quantification des besoins pharmaceutiques et du processus de commande en pharmacie hospitalière.
- Projet en cours de circulaire portant création d'une commission nationale des médicaments et dispositifs médicaux.

Les acteurs locaux ont reconnu l'importance de ce support, en disant: *«Dans le cadre de sa politique en matière de médicaments, la DHSA nous fait participer à l'élaboration des différents guides, et au processus de l'actualisation de la liste nationale des produits pharmaceutiques... »*

Cependant, l'absence d'un système d'évaluation des directives de la circulaire a été relevée à plusieurs reprises par les acteurs locaux. Un responsable local nous a mentionné *«L'intervention s'avère nécessaire pour l'amélioration des pratiques au niveau de l'hôpital, pourtant elle n'a fait l'objet d'aucun suivi ni évaluation spécifique quant à son implantation dans nos hôpitaux, souvent ces activités sont intégrées dans le suivi global du circuit des médicaments»*

3.2.2. Implication des gestionnaires locaux

Au niveau régional et préfectoral, les responsables locaux ont mentionné qu'à leur niveau ils accordent de l'importance à toute action qui vise le bon usage des produits pharmaceutiques au niveau des hôpitaux. Un responsable nous a dit *«Ces activités ont été inscrites dans le plan d'action annuel des comités de médicaments au niveau régional et provincial...Le budget programme 2014-2016, par son axe : L'amélioration de l'accessibilité des médicaments et produits pharmaceutiques, est une opportunité à saisir pour intégrer certaines activités de la circulaire»*. Ainsi, leur perception positive face aux directives de la circulaire a favorisé leur implication et leur engagement.

Il ressort des entretiens et la consultation des documents (rapports d'audit, procès verbaux de réunions) que les gestionnaires locaux apportent leur soutien aux hôpitaux pour tous les aspects de la gestion des médicaments et principalement la prescription rationnelle, à travers les missions d'audit, la sensibilisation et les rappels au cours des réunions périodiques des comités de médicaments, en plus des efforts de formation et diffusion de l'information pour soutenir la mise en œuvre. *«Nous avons réalisé un audit dans le cadre du suivi de toutes les étapes de la gestion des médicaments au niveau des hôpitaux relevant de la région, c'est-à-dire que nous avons vérifié dans l'ensemble le circuit des médicaments, de la réception jusqu'à livraison aux patients, y compris le suivi de la réalisation des activités de la circulaire ».* Un autre responsable local nous a déclaré *«Notre objectif est d'assurer une régulation régionale de la gestion des produits pharmaceutiques et associer l'ensemble des hôpitaux à cette démarche pour les préparer à la réussite du RAMED».*

Au niveau de l'hôpital, les gestionnaires locaux adhèrent au CMDP et CMDM, même s'ils ne participent pas nécessairement à toutes les réunions, ils soutiennent celles-ci et assurent les conditions de travail favorables en matière d'accès à l'information et la disponibilité des ressources.

Les membres du CMDM ont exprimé l'importance du soutien de l'administration de l'hôpital. L'ensemble de ces acteurs reconnaissent cette implication comme un facteur important. Un répondant nous a dit *«Le comité des médicaments est fonctionnel parce que nous avons le soutien de la direction de l'hôpital».* Un autre nous a confié *« Les responsables se sont impliqués dans la phase initiale de mise en œuvre, et continuent à participer indirectement».*

Les professionnels interviewés, ont insisté sur l'importance de renforcer les activités de formation continue et mettre en place un système de suivi et d'évaluation des directives de la circulaire par l'administration et le CMDM et d'une supervision régulière des services *« ...Son application nécessite un suivi et une information régulière au niveau des services.»* a déclaré un professionnel hospitalier.

3.2.3. Disponibilité des ressources

D'après les informations recueillies à travers les entretiens, l'affectation des ressources pour soutenir l'implantation des activités se fait par l'administration de l'hôpital. Ces ressources sont engagées pour la formation continue et l'organisation des journées scientifiques, en plus, pour assurer un approvisionnement régulier en produits pharmaceutiques, principalement les médicaments vitaux. Un responsable local nous a déclaré *«Pour moi, la gestion des produits pharmaceutiques est prioritaire, ma mission est d'en assurer l'approvisionnement et en garantir le bon usage...Mon rôle est de mobiliser les moyens nécessaires, car nous sommes convaincus que les activités de la circulaire favorisent elles mêmes la rationalisation de ce que nous avons déjà»*.

En effet, Le budget consacré au CMDM par l'administration est considéré par les professionnels interviewés comme insuffisant pour permettre la pérennité de la formation continue, indépendamment de l'industrie pharmaceutique. Certains médecins ont mentionné que ces formations suscitent l'intérêt des représentants pharmaceutiques qui utilisent d'autres moyens notamment l'organisation de tables rondes et de congrès comme sources d'information sur les médicaments. Un membre du comité nous a dit *«Les ressources allouées me semblent insuffisantes car ne permettent pas de couvrir nos interventions. Nous comptons beaucoup sur les représentants de l'industrie pharmaceutique pour soutenir les programme de formation et les journées scientifiques à l'hôpital»* Un autre a ajouté *«Les représentants des médicaments nous fournissent habituellement des informations sur les nouveaux produits»*.

La majorité des interviewés ont soulevé l'importance des ressources matérielles et en particulier l'outil informatique qu'ils trouvent insuffisantes pour favoriser l'implantation des directives de la circulaire. *«La gestion des ordonnances et la dispensation nominative des médicaments impliquent des moyens appropriés, en particulier l'informatisation du circuit des médicaments»* rappelle un professionnel.

3.2.4. Degré d'adhésion des membres du CMDM et des professionnels hospitaliers

L'analyse des entretiens avec les membres du CMDM montre que la plupart des membres ont adhéré et participé à la mise en œuvre de la circulaire parce qu'ils sont convaincus que les directives de la circulaire sont nécessaires pour l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés. Un membre du comité a dit *«La bonne utilisation des produits pharmaceutiques au niveau de notre hôpital est un des objectifs prioritaires du comité depuis sa création en 2006, et la circulaire est maintenant une preuve pour convaincre les médecins de prescrire les médicaments disponibles à l'hôpital»*. Un autre membre nous a déclaré *«Il s'agit notamment de diminuer les variations dans la pratique des médecins et d'optimiser l'utilisation des médicaments afin d'améliorer la qualité des soins à travers une prescription exclusive des produits figurants dans la nomenclature du ministère de la santé»*.

Selon les interviewés, la formation a pour objectif d'assurer l'amélioration du niveau de connaissance des professionnels et la modification de leurs habitudes de prescription et de dispensation pour une utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques au niveau de l'hôpital. Ceux qui ont participé à titre volontaire à l'élaboration, la validation et la présentation des schémas thérapeutiques, ont exprimé leur satisfaction. Un membre interviewé nous a déclaré *«Dès le début, certains membres ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à la préparation et la validation des schémas thérapeutiques et de la liste des besoins annuels en produits pharmaceutiques, leur participation a été importante.»*.

Beaucoup d'efforts ont été déployés pour impliquer davantage les médecins par la sensibilisation, mais l'adhésion de certains d'entre eux à quelques directives de la circulaire demeure encore insuffisante. Un membre de CMDM nous a rapporté *«Au sein des comités, on travaille de plus en plus ensemble pour harmoniser nos pratiques et pour arriver aux mêmes résultats. Dès le départ, l'aspect multidisciplinaire a été un facteur qui a motivé la participation des membres du CMDM. Toutefois, il y a des*

membres qui sont actifs sur les changements, d'autre qui le sont moins». Un participant nous a dit «La participation des professionnels est indispensable pour que les décisions du CMDM soient applicables et acceptées par les médecins... franchement, vous ne pouvez pas améliorer le respect de protocoles, par exemple, sans la participation des utilisateurs finaux.». Un autre a dit «Il ne suffit pas de dire : j'ai un protocole pour cette pathologie et je l'applique, il faut s'impliquer dans l'élaboration de ce protocole. Lorsque vous participez à l'élaboration des protocoles thérapeutiques, vous les connaissez, et surtout vous les appliquez».

De nombreux interviewés ont mentionné que malgré l'élaboration, la diffusion et la formation sur certaines directives de la circulaire, par exemple les schémas thérapeutiques n'ont pas abouti à un changement des pratiques, un répondant nous a expliqué *«D'une part, certains prescripteurs résistants jugent que les activités de la circulaire auraient menacé leur autonomie et leur liberté de prescription. D'autre part, on trouve les habitudes de prescription, il est plus rapide de prescrire par habitude que de chercher un protocole thérapeutique ou de choisir l'un des médicaments disponibles sur le formulaire».*

D'autres interviewés justifient le manque d'intérêt des professionnels par la surcharge de travail et le manque de temps.

3.2.5. Degré de communication entre les acteurs des différents niveaux d'analyse

Selon les informations recueillies par la documentation (circulaires, guides) et les entretiens réalisés auprès des responsables centraux, le ministère a assuré une large diffusion de la circulaire au profit des acteurs locaux dans une perspective d'amélioration des soins et des pratiques professionnelles. Les réunions de coordination, les journées nationales, les guides, les circulaires et la formation représentent les outils de communication que le département central a investis pour communiquer avec ces acteurs. *« On est conscient de l'importance d'une communication riche de la diversité de ses canaux pour maintenir la coordination avec tous les acteurs locaux ».*

D'après les données recueillies à travers la consultation des documents (notes de service, procès verbaux de réunions) et les entretiens, l'administration de l'hôpital a communiqué la circulaire aux professionnels lors des réunions du CMDP, des séances de formation et par affichage à l'hôpital. Un responsable local nous a dit *« Il s'agit d'une communication de l'information aux praticiens dans le but d'améliorer leurs connaissances, leur compréhension et leur acceptation des dix mesures »*.

Pendant les entretiens, des critiques ont été exprimées sur le mode de diffusion passif de la circulaire. Les professionnels ont manifesté le besoin de plus de diffusion et de communication, ils pensent qu'une diffusion appropriée engendrerait une meilleure adoption des directives. *«Aucun plan formel de communication n'a été réalisé, même si cela est essentiel pour l'implantation de toute intervention à l'hôpital. Il reste encore beaucoup de choses à faire au niveau de la communication avec les professionnels, surtout un système de rappel sur les activités et une continuité de la communication.»*

Les interviewés ont également indiqué que le CMDM devrait concentrer ses efforts sur la création de canaux de communication efficaces avec les professionnels hospitaliers notamment un bulletin d'information pharmaceutique périodique pour la diffusion des informations sur les médicaments. Un membre du comité nous a dit *« Nous avons élaboré un bulletin local contenant des informations pratiques et à jour sur les médicaments, malheureusement ça n'a pas marché, faute de moyens pour la diffusion en plus du manque de temps »*.

Certaines personnes interviewées ont mentionné l'existence d'une communication informelle. *«Lors de l'élaboration de la commande annuelle, certains médecins nous apportent des schémas thérapeutiques oralement, je dois les prendre en considération même s'ils ne sont pas validés par le CMDP »*.

4. Discussion

Notre travail porte sur une analyse de l'implantation de la circulaire relative à l'usage rationnel des médicaments disponibles au niveau de l'hôpital Mohamed V de Meknès. Il a pour objectif de décrire le degré de mise en œuvre des directives de la circulaire et d'analyser les facteurs contextuels ayant facilité ou entravé l'implantation.

Le degré de mise en œuvre constaté (voir Tableau 3) à l'hôpital Mohamed V de Meknès pourrait être influencé par les facteurs contextuels constatés durant notre évaluation.

Il ressort de l'analyse des résultats que l'implantation des directives de la circulaire a bénéficié d'un support et d'un appui des responsables centraux. Ces derniers ont assuré un encadrement des acteurs locaux tout au long du processus d'implantation (accompagnement, formation, sensibilisation ...). Il est démontré qu'afin de favoriser le changement, ce support est primordial pour que l'implantation ait plus de chances de réussir [42]. C'est également le cas dans le contexte des pays africain tel que le Maroc [43]. Selon Denis et Champagne, le succès d'une intervention dépend largement du soutien accordé par les acteurs exerçant des contrôles importants [33, 34]. Rondeau explique que plus les acteurs supportent le changement proposé et le considèrent comme légitime, plus grandes sont les chances de son adoption [44].

Les responsables centraux l'ont supportée et appuyée vu qu'ils sont convaincus de la pertinence des directives de la circulaire pour améliorer la prise en charge des patients. Ce qui a influencé positivement le degré de mise en œuvre de la circulaire. Ces résultats appuient l'hypothèse de notre étude qui suppose que «Le support des responsables centraux influencerait le degré de mise en œuvre.»

La deuxième hypothèse est également vérifiée, dans la mesure où les gestionnaires locaux sont impliqués dans l'implantation de la circulaire grâce à leur perception positive de ses directives. Ainsi, l'appui de ces gestionnaires a été rapporté par les interviewés. Cette implication dans la mise en œuvre est essentielle [45]. Selon Boonstra, le changement

provient de la direction qui lui accorde son soutien, mais repose sur l'engagement de tous les membres de l'organisation à chaque étape du processus de changement [46].

Quant à notre troisième hypothèse « La disponibilité des ressources aurait influencé négativement l'implantation des directives de la circulaire » elle est vérifiée. Les ressources matérielles, humaines et cognitives sont des conditions nécessaires au changement et constituent une composante essentielle pour l'implantation de l'intervention [34].

Parmi ces ressources le temps des professionnels, en effet, certains d'entre eux dédient une grande partie de leur temps aux activités de soins, ce qui rend difficile leur participation à certaines directives de la circulaire. Le manque de temps est une barrière fréquemment mentionnée dans la littérature [47]. Pour Flottorp, les recommandations de bon usage des médicaments ne sont pas suivies par les praticiens à cause d'un manque de temps [48].

L'insuffisance des ressources financières allouées à la formation continue avait retenti sur la mise en œuvre de la circulaire de manière à favoriser la participation de l'industrie pharmaceutique au financement des différentes activités de formation sur les médicaments. Une étude a constaté que les facteurs affectant le processus de prise de décision des prescripteurs est influencé par les activités de marketing de l'industrie pharmaceutique. La motivation principale des acteurs de l'industrie pharmaceutique est la promotion de produits spécifiques plutôt que l'amélioration de la qualité des soins [49]. Les prescripteurs à l'hôpital reçoivent leur information de l'industrie pharmaceutique notamment par la visite de ses représentants aux médecins (visite médicale au bureau). Selon des auteurs américains les connaissances des médecins sont alors conformes aux messages diffusés par l'industrie pharmaceutique [50-53]. Cette attitude pourrait limiter le succès de la stratégie de la prescription rationnelle des médicaments, du moment où la plupart des praticiens n'accèdent pas facilement aux sources crédibles d'information sur les médicaments [54].

Souvent les prescriptions irrationnelles surviennent à la suite d'une mauvaise information des prescripteurs, d'où la nécessité de limiter l'intervention de l'industrie pharmaceutique en matière de formation et d'information [55, 56].

En plus, le manque de ressources matérielles, principalement l'informatisation du circuit des médicaments affecte la capacité à implanter correctement les directives de la circulaire. Pour Charlety, les règles de la prescription et de la dispensation des médicaments exigent la mise à disposition de moyens informatiques pour gérer ces activités dans un souci d'économie et de sécurité pour le patient [57]. Selon Boiteux, l'informatisation du circuit du médicament est un facteur de changement qui peut être utilisé pour mettre en place une nouvelle organisation [58].

L'informatisation est un élément favorisant l'implication de tous les professionnels (médecins, pharmaciens, personnel soignant, personnel administratif) dans le suivi et l'organisation du circuit des médicaments dans les hôpitaux [59].

En ce qui concerne notre quatrième hypothèse « l'adhésion des membres du CMDM et des autres professionnels hospitaliers influencerait le degré de mise en œuvre », les résultats montrent que cette adhésion est insuffisante. D'après Boonstra, pour réussir l'implantation d'un changement, il faut s'assurer que tous les acteurs de l'organisation participent à la prise de décision et sont impliqués activement dans le processus de changement [46]. Ainsi, Le changement ne peut avoir lieu que si l'organisation en entier participe à l'effort fourni [60].

D'après les résultats obtenus, l'implantation de la circulaire relative à l'amélioration de l'utilisation des médicaments à l'hôpital est attribuable, principalement, à la présence du CMDM. Ce dernier a joué un rôle clé dans l'adoption et la réalisation de certaines directives de la circulaire, il est chargé de la transmission de l'information aux professionnels hospitaliers. En effet, selon l'OMS, le CMDM au niveau de l'hôpital est un facteur de changement qui joue un rôle important dans la promotion de l'usage rationnel des médicaments [61]. Il est suggéré qu'améliorer les performances des CMDM peut conduire à des améliorations de la qualité

de l'usage des médicaments et l'amélioration de prise en charge des patients [62].

La représentation pluridisciplinaire des différentes spécialités est considérée comme un point fort du CMDM. Selon la revue de littérature, une large représentation des différentes spécialités dans le CMDM est importante [63]. La participation des membres qui sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des décisions du CMDM est l'une des clés de la réussite de ce dernier [64]. Ainsi, une adhésion des responsables au CMDM est indispensable à la mise en œuvre et l'évaluation de ses décisions. Cette approche de collaboration est considérée comme ayant un effet sur le succès de la démarche de mise en œuvre [50].

La formation pour les membres du CMDM et les professionnels et une diffusion auprès du personnel en général (rencontres des membres, rencontres organisées auprès du personnel) sont parmi les moyens utilisés pour l'implantation de la circulaire. Toutefois, des études démontrent que la formation seule ne semble pas avoir d'impact sur les pratiques professionnelles [65]. L'efficacité de ces interventions est affectée par la qualité des matériaux et des méthodes utilisées [66].

L'insuffisance de suivi et d'évaluation de l'application des directives à l'hôpital a été mentionnée à plusieurs reprises. Selon des auteurs, le suivi et l'évaluation sont nécessaires pour l'adhésion des prescripteurs aux recommandations de bon usage des médicaments et pour s'assurer si le changement des comportements souhaité est atteint [67, 68].

Malgré l'existence de certains supports et outils favorisant l'acceptation du changement par les professionnels, ces derniers peuvent présenter des résistances et constituer ainsi un obstacle à la mise en œuvre du changement. En effet, une étude démontre que les professionnels s'opposent à tout changement lorsqu'ils sentent leur compétence et leur autonomie menacées [69].

Enfin, les résultats relatifs à la cinquième hypothèse suggèrent qu'il y a une insuffisance de communication entre les membres du CMDM et

les professionnels hospitaliers. Cela aurait influencé négativement le degré de mise en œuvre des directives. Malgré une perception générale positive sur les directives de la circulaire, certaines critiques sur le mode de communication ont été exprimées. D'après certains auteurs, les directives de l'usage rationnel du médicament ne sont pas suivies par les praticiens à cause d'un manque de communication [48].

Le CMDM a pour rôle de promouvoir un système de communication auprès des professionnels hospitaliers sur la prescription rationnelle des médicaments [70]. Améliorer les modes de communication sur les activités de la circulaire demeure une démarche nécessaire pour qu'elles soient réellement appliquées. Kotter montre l'importance de la communication pour rapprocher les points de vue, clarifier les attentes réciproques et instaurer un lien de confiance entre initiateurs et destinataires [71].

Au niveau de l'hôpital, la diffusion de la circulaire s'est limitée à une distribution passive, un affichage et une présentation aux professionnels lors des réunions et formations. Or, la distribution passive est insuffisante pour modifier le comportement des prescripteurs [72]. À l'inverse, la distribution active (c'est-à-dire avec des réunions d'échange en petits groupes, une véritable formation des praticiens comprenant des séminaires de sensibilisation et d'information) a une influence sur l'état de connaissance et l'adhésion des professionnels à ces recommandations et donc sur la qualité des prescriptions de médicaments [73]. Parallèlement, les rappels sont un autre moyen d'inciter les praticiens à suivre les recommandations [74].

Le bulletin d'information pharmaceutique est un autre mécanisme de communication pour améliorer l'utilisation des médicaments, c'est une intervention relativement peu coûteuse qui peut atteindre un grand nombre de praticiens [75, 76].

Par ailleurs, L'association de plusieurs méthodes de mise en œuvre est plus efficace en termes de modification des pratiques qu'une seule méthode [77]; plus les efforts déployés sont importants, plus la probabilité de succès est grande [78].

Il convient de rappeler que les comités de médicaments et dispositifs médicaux sont considérés comme des garants de l'utilisation rationnelle des médicaments en milieu hospitalier [79]. Leur création résulte d'une volonté des professionnels concernés par le médicament. L'OMS recommande que les CMDM jouent également un rôle dans la prévention et la gestion des problèmes de sécurité liés aux médicaments [19].

Validité de l'étude

Validité interne

Champagne et al considèrent que l'étude de cas unique offre un potentiel élevé de validité interne [33]. La procédure de triangulation des sources de données qualitatives a permis de diminuer le risque d'erreur ou de biais liés à la méthode de collecte utilisée (entretiens semi-directifs et consultation des documents). Cette procédure nous a permis aussi de renforcer la confiance aux résultats et aux interprétations.

Validité externe

La validité externe fait référence à la capacité de généraliser les résultats de l'étude [33]. Elle s'appuie sur trois principes: la similitude (capacité de généraliser les résultats à des contextes similaires), la robustesse (réplication des résultats dans des contextes variés) et l'explication (meilleure compréhension des liens entre les variables à l'étude) [34].

Notre étude est une étude de cas unique, ce qui limite en partie la validité externe. Cependant, la réalisation d'autres études similaires permettrait de généraliser, avec plus de confiance, les conclusions de la recherche [33]. Il est à noter que les problématiques de validité externe représentent la barrière majeure des études de cas unique.

5. Conclusion

En guise de synthèse, malgré les efforts consentis afin de mettre en œuvre les directives de la circulaire, nous constatons qu'il existe un écart entre les activités planifiées et les activités réalisées.

Parmi les facteurs qui auraient facilité l'implantation des directives de la circulaire, nous citons le support des responsables centraux et l'implication des gestionnaires locaux qui ont influencé positivement l'implantation des directives de l'usage rationnel des médicaments. De plus, l'existence d'un comité de médicaments et dispositifs médicaux opérationnel à caractère pluridisciplinaire à l'hôpital serait également un levier qui a favorisé l'implantation.

D'autre part, la faible adhésion des membres du CMDM et des professionnels hospitaliers, la défaillance des mécanismes de communication entre le comité et les professionnels, ainsi que le manque de ressources, particulièrement l'informatisation du circuit des médicaments, seraient les principaux facteurs qui ont entravé l'implantation des directives de la circulaire.

Au terme de notre étude, nous suggérons des pistes d'amélioration afin de promouvoir une meilleure utilisation des médicaments à l'hôpital. Il nous semble qu'un renforcement du rôle du comité de médicaments à l'hôpital par l'allocation de ressources nécessaires à son fonctionnement (financement de ses propres activités par exemple réunions et formations, bulletin d'information pharmaceutique.) et l'adoption d'une approche pluridisciplinaire pour obtenir l'adhésion des membres et des professionnels et apporter une amélioration à l'implantation des directives.

Le développement d'un outil informatique adapté au circuit des médicaments de la prescription jusqu'à administration pourrait faciliter la mise en place d'indicateurs de suivi et d'analyse. Cela constitue un avantage pour l'évaluation de l'usage des médicaments.

Un effort soutenu de communication entre le CMDM et les professionnels permettrait d'obtenir un changement des pratiques par des

rappels sur les directives et la formation répétée périodiquement de l'ensemble des acteurs concernés par les médicaments. Ce qui aiderait à maintenir le climat de confiance, discuter les difficultés rencontrées et trouver les réponses adaptées.

La simple diffusion des directives visant l'amélioration des pratiques de prescription et de l'usage rationnel des médicaments est insuffisante pour modifier les pratiques cliniques. Plusieurs méthodes de mise en œuvre existent. L'association de plusieurs méthodes d'intervention (diffusion de documents imprimés, audits, feedbacks, bulletin d'information pharmaceutique) est alors plus efficace pour réussir le changement et modifier les pratiques qu'une seule méthode. En d'autres termes, les stratégies orientées vers l'utilisateur final et plus intégrées dans le processus de prestation des soins de santé semblent avoir plus de succès.

6. Bibliographie

6.1. Bibliographie de l'article

- [1] Guy C. Drug prescribing: a discussion of its variability and (ir)rationality. *Health Policy*. 1987; (7): 73-94.
- [2] Massol J, Le Jeune C. Comment évaluer l'intérêt des médicaments ? *Presse Médicale*. 2007; 36: 505-11 ;
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. L'usage rationnel des médicaments. Rapport de la Conférence d'experts. Nairobi: OMS, 1985 ; 297p.
- [4] Chéron C, Fouassier E. Accès des pays en développement aux médicaments: vers une nouvelle flexibilité juridique du droit des brevets. *Médecine & Droit*. 2009 ; 74-80
- [5] Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp FM. Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy Plan*. 1999; 14 (2): 89-102.
- [6] WHO. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet. World Health Organization, Geneva. 2010; N 338.
- [7] Organisation Mondiale de la Santé. Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux. Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments. Genève. 2002.
- [8] Stuart BL. Antibiotic resistance: the problem intensifies. *Advanced Drug Delivery Reviews*. 2005; 57: 1446-50.
- [9] European Centre for Disease Prevention and Control/European Medicines Agency (ECDC/EMA) Joint Technical Report. The bacterial challenge time to react. A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm, Sweden: EMA. 2009.
- [10] France. Semaine de la sécurité des patients 2011. Prévenir l'erreur médicamenteuse. Disponible a l'URL : <http://www.ch-cornouaille.fr>.
- [11] Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*. 1995; 274 (1): 29-34.
- [12] Jeffrey White T, Arakelian A, and Jay P Rho. Counting the Costs of Drug-Related Adverse Events. *Pharmacoeconomics*. 1999; 15 (5): 445-58.
- [13] Montravers. Impact économique des « mauvaises prescription ». *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2000 ; 19: 388-94
- [14] Collin J, Damestoy N, Lalande R. La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences Sociales et Santé*. 1999; 17(2): 31-52.
- [15] Bugnon O, Buchmann M. Pharmacie d'officine et médecine interne générale à la croisée des mêmes chemins : des opportunités à saisir. *Revue Médicale Suisse*. 2012; 8: 2287-91.

- [16] Santoso B. Drugs in developing countries. In : Van Boxtel CJ, Edsards IR, eds. Drug benefits and risks : International textbook of clinical pharmacology. New York: John Wiley & Sons, Ltd. 2001.
- [17] Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et promouvoir les bonnes pratiques pharmaceutiques. 2003.
- [18] Organisation Mondiale de la Santé. Médicaments essentiels: le point. 2003 ; No 32.
- [19] Holloway K, Green T. Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques. Guide pratique. Organisation mondiale de la Santé. 2005.
- [20] Divanon F, Hazera P, El Baroudi NE, Rennes C, Tanquerel JJ, Beck P. Impact économique de la rationalisation de l'antibiothérapie dans un centre hospitalier général. Revue Médecine Interne. 2001; 22: 737-44.
- [21] Hans V. Hogerzeil Promoting rational prescribing: an international perspective. Medical Officer, World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs, Geneva, Switzerland. British Journal of Clinical Pharmacology. 1995; 39: 1-6.
- [22] Boussengar L. Analyse de la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau d'une structure d'accueil des urgences. Cas de l'hôpital Ibn Sina de Rabat. INAS. 2004.
- [23] Yousfi A. Etude sur la contribution des patients à l'achat des médicaments prescrits dans les formations sanitaires de base. INAS. 1999.
- [24] Ministère de la santé. Circulaire N 146/DHSA/OO du 16 OCT 2011. Amélioration de la prescription aux patients hospitalisés des médicaments et dispositifs médicaux disponibles dans les hôpitaux.
- [25] Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. Health Policy Plan. 2001; 16 (1): 13-20.
- [26] Dumoulin J. Analyse du système d'approvisionnement pharmaceutique au Maroc: l'expérience de regroupement des achats depuis 2001 Mission OMS. 2004.
- [27] Organisation Mondiale de la Santé. Financement des soins de santé au Maroc. Novembre 2007.
- [28] Maroc. Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généralisé. Conseil Economique, Social et Environnemental. 2013.
- [29] Maroc. Rapport annuel de la cour des comptes. 2012.
- [30] Maroc. Ministère de la santé. Rapport de la Commission Consultative du Médicament et des Produits de Santé. Janvier 2013.
- [31] Ministère de la santé. Stratégie sectorielle de santé 2012-2016.

- [32] Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. L'évaluation: concepts et méthodes, Les Presses de l'Université de Montréal. Paramètre. 2009.
- [33] Champagne F. La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission des soins de santé au Canada. 2002; 39 : 47p.
- [34] Denis J-L, Champagne F. L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. Revue canadienne d'évaluation de programme. 1990; 5(2): 47-63.
- [35] Patton M. Qualitative research and evaluation methods. Third edition. Sage publications. Thousand oaks. 2002.
- [36] Contandriopoulos, AP, Champagne, F., Potvin, L, Denis, JL et Boyle, P. Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Les presses de l'Université de Montréal. Montréal. 1990.
- [37] Umlil A, Bodin JM, Cledat Y. Contrat de bon usage des médicaments: proposition d'une méthodologie pour réaliser l'état des lieux du circuit du médicament dans un Centre Hospitalier Général. Le Pharmacien Hospitalier. 2006; 41 (165) : 85-98
- [38] Société française de pharmacie clinique. Le Manuel d'auto-évaluation de la Pharmacie Hospitalière, SFTP, 1998.
- [39] Stake RE. The art of case study research. Sage publications. Californie. 1995.
- [40] Yin R. Case study research: Design and Methods. Fourth edition, Sage publications. Thousand oaks. 2009.
- [41] Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Second édition, Sage publications. USA. 2003.
- [42] Mark D. Cannon and Amy C. Edmondson. Failing to Learn and Learning to Fail (Intelligently): How Great Organizations Put Failure to Work to Innovate and Improve. Long Range Planning. 2005;38: 299-319.
- [43] Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. International journal of health planning and management. 2004; 19: 337–364.
- [44] Rondeau A. Transformer l'organisation : vers un modèle de mise en œuvre. École des Hautes Études Commerciales de Montréal. 2002.
- [45] Dunphy D, Dick R. Organizational Change by Choice. In, Boonstra JJ. Dynamics of Organizational Change and Learning. John Wiley & Sons Ltd. 2004.
- [46] Boonstra JJ. Dynamics of Organizational Change and Learning. John Wiley & Sons Ltd. 2004.
- [47] Gray J A M. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. 2nd edition. Harcourt Publishers Limited; 2001.

- [48] Flottorp S, Håvelsrud K, Oxmann AD. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care why is it so hard to change practice? *Family Practice*. 2003; 20: 332-9.
- [49] Jenkins KN, Barber N. What constitutes evidence in hospital new drug decision making? *Social Science & Medicine*. 2004; 58:1757–66.
- [50] Prosser H, Walley T.. New drug uptake: qualitative comparison of high and low prescribing GPs' attitudes and approach. *Family Practice*. 2003; 20(5): 583-91.
- [51] Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs the importance of who says what. *Family Practice*. 2003; 20(1):61-68.
- [52] Wazana A.. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000; 283(3): 373-80.
- [53] Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. In, Leavitt F. *The REAL Drug Abusers*. Rowman & Littlefield Publishers. 2003.
- [54] Ben Abdelaziz A., Rahmani S., Harrabi I., Gaha R., Lazreg F., Ghannem H. Place des Visiteurs médicaux dans l'information pharmaceutique des Médecins généralistes de la région sanitaire de Sousse (Tunisie). *Archive Public Health*. 2002, 60, 295-308.
- [55] De Vries TP, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA *Guide to good Prescribing. A practical manual*. World Health Organization Action Programme on Essential Drugs. World Health Organization-Drug Action Programme (WHO-DAP). World Health Organization, Geneva. 1994.
- [56] Adolfo Figueiras á Francisco Caamano Juan Jesus Gestal-Otero Influence of physician's education, drug information and medical-care settings on the quality of drugs prescribed. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2000 ; 56: 747-53.
- [57] Charlety D, Gody C, Allex-Billaud S, Gassaud B. Les gains d'une informatisation intégrée. *Pharmacie hospitalière française*, 1993, 104- 36. Dans : Jean-Yves Peron. *L'informatisation du circuit du médicament a l'hôpital. Cadre législatif et réglementaire et rôle de l'inspection de la pharmacie*. Ecole Nationale de Santé Publique rennes. 2002.
- [58] Boiteux A. Informatisation du circuit du médicament : plus de sécurité, plus de productivité. *Pharmacien hôpital*, 1993, 29, 24-25. Dans : Jean-Yves Peron. *L'informatisation du circuit du médicament a l'hôpital. Cadre législatif et réglementaire et rôle de l'inspection de la pharmacie*. Ecole Nationale de Santé Publique rennes. 2002.
- [59] Lezin B, Thouin A, Besnehard J, Lobbedez T, Ollivier C, Ryckelynck J.P. Les conditions du succès de l'informatisation de l'unité de soins : à propos d'un logiciel de dispensation pharmaceutique *Revue de Médecine Interne*. 1999; 20 : 664-9.
- [60] Stokols D. Establishing and maintaining health environment: toward a social ecology of health promotion.. *American Psychologist*. 1992;47:6-22.

- [61] Green T, Beith A, Chalker J. Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques: pour un usage plus rationnel des médicaments. Disponible sur l'URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5523f/2.5.html#Js5523f.2.5>
- [62] Tan E L, Day R O, Brien J E. Prioritising drug and therapeutics committee (DTC) decisions: a national survey. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2005;1: 526-45
- [63] Fijn R, Brouwers J, Knapp R, et al. Drug and Therapeutics (D&T) committees in Dutch hospitals: a nation-wide survey of structure, activities, and drug selection procedures. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1999; 48: 239-46.
- [64] Bate P. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*. 2000; 28: 485-512.
- [65] Davey P, Brown E, Charani E, Fenelon L, Gould IM, Holmes A, Ramsay CR, Wiffen PJ, Wilcox M. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 4.
- [66] Barrier J H, Séréni D, Piette JC, Lévesque H, Ziza J.M, Aumaître O, Pouchot J. La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles de l'interniste : enjeux et débats. *Revue de médecine interne*. 2007; 28: 813-17.
- [67] Laing R, Ruredzo R. The essential drugs programme in Zimbabwe: new approaches to training. *Health Policy and Planning* 1989; 4: 229-34.
- [68] Kathleen Anne Holloway Combating Inappropriate Use of Medicines. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2011; 4(3): 335-48.
- [69] Duff L A, Kitson A L, Seers K, Humphris D. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23: 887-95.
- [70] Weekes LM, Day R O. The Application of Adverse Drug Reaction Data to Drug Choice Decisions Made by Pharmacy and Therapeutics Committees. *An Australian Perspective. Drug Safety* 1998; 18 (3): 153-59.
- [71] Kotter JP. *Leading change: Why transformation efforts fail*. Harvard Business Review, 1995.
- [72] Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39(8): 112-45.
- [73] Braybrook S, Walker R. Influencing prescribing in primary care: a comparison of two different prescribing feedback methods. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 1996; 21: 247-54.
- [74] Durieux P. Les recommandations pour la pratique clinique : quelles leçons tirer de l'expérience française ? *Revue d'Epidémiologie de Santé Publique*, 2005, 53: 105-09.
- [75] Management Sciences for Health et Organisation mondiale de la Santé Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques : 2009.

- [76] Denig P, Haaijer-Ruskamp FM, Zijssling DH, Impact of a drug bulletin on the knowledge, perception of drug utility, and prescribing behavior of physicians. *Annals of Pharmacotherapy*. 1990; 24: 87-93.
- [77] Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 2004; 8:1-72.
- [78] L. Moret, C. Lefort, N. Terrien. La qualité pour les nuls : de la rédaction d'un mode opératoire à son évaluation, en passant par sa mise en œuvre. *Transfusion Clinique et Biologique*. 2012; 19: 174-77.
- [79] WHO Drug Information. Drug and Therapeutics Committees: A Swedish Experience. 2002; 16(3): 207-13.

6.2. Bibliographie de l'état des connaissances

- [80] Abelli C, Andriollo O, Machuron L, Videau JY, Vennat B, Pouget MP. Equivalence pharmaceutique des médicaments essentiels génériques. *STP pharma pratiques*. 2001; 11 (2): 89-101
- [81] Holloway KA, Ivanovska V, Wagner A.K, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. *Tropical Medicine and International Health*. 2013; 6(18): 656-4.
- [82] Bharti SS, Shinde M, Nandeshwar S, Tiwari SC. Pattern of prescribing practices in the Madhya Pradesh, India. *KUMJ*. 2008; 6:55-9.
- [83] WHO. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. 2001. Available at: [http:// www.who.int/drugresistance/WHO](http://www.who.int/drugresistance/WHO)
- [84] Molab PGM, Gansd ROB, Nannan PV, Pandayb, Degenerc JE, Laseurb M, Haaijer-Ruskampa F.M. Reliability of assessment of adherence to an antimicrobial treatment guideline. *Journal of Hospital Infection* 2005; 60: 321-8.
- [85] USAID. Comment étudier l'utilisation des antimicrobiens en milieu hospitalier : Indicateurs choisis. 2012.
- [86] European Centre for Disease Prevention and Control/European Medicines Agency (ECDC/EMA) Joint Technical Report. The bacterial challenge time to react. A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm, Sweden: EMA. 2009.
- [87] N. Asseray, M.-R. Mallaret, M. Sousbie, B. Liberelle, L. Schaerer, E. Borrel, M.-O et al. Antibiothérapie à l'hôpital: évaluation des pratiques de prescription dans le cadre d'un réseau interhospitalier. *Médecine et maladies infectieuses*. 2002; 32: 468-76.
- [88] Alfandari S, Guery B, Senneville E, Georges H, Leroy O, George O, Coignard C, Caillaux M, Beaucaire G. Diminution de la consommation des antibiotiques après introduction d'ordonnances nominatives à durée limitée. *Médecine et maladies infectieuses*. 1999; 29: 567-2

- [89] Bates D W, Leape L L, Petrycki S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults. *Journal of General Internal Medicine*. 1993; 8: 289-94.
- [90] Trivalle C, Ducimetière P. Effets indésirables des médicaments : score de risque en gériatrie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2013; 13: 101-6.
- [91] Wester K, Jonsson AK, Spigset O, et al. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2007; 65: 573-9.
- [92] Schmitt E. Le risque médicamenteux nosocomial. Paris : Masson. 1999.
- [93] Bohand X, Lefeuvre L, Le Garlantezec P, Aupée O, Paillet M. Mise en oeuvre de la dispensation à délivrance nominative des médicaments à l'HIA Percy. *médecine et armées*. 2010; 38 (3): 267-72.
- [94] Erah P, Olumide G, Okhamafe A. Prescribing practices in two health care facilities in Warri, Southern Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 2003; 2 (1): 175-182.
- [95] Foster S. Supply and use of essential drugs in sub-saharan africa: some issues and possible solutions. *Social Science & Medicine*. 1991; 11(3): 1201-18.
- [96] Fischer M A., Jerry A. Economic Consequences of Underuse of Generic Drugs: Evidence from Medicaid and Implications for Prescription Drug Benefit Plans. *Health Services Research*. 2003; 38:4.
- [97] Bruneton C. Créer ou renforcer le comité du médicament dans un hôpital. *Médecine Tropicale*. 2006; 66: 569-72.
- [98] Grelaud G. Politique du médicament : les déterminants, les logiques et les acteurs. *Gestions hospitalières*. 2008; n°474.
- [99] Jha N, Shankar PR, Bajracharya O, Piryani RM. Framing objective criteria for selection of medicines in a nepalese teaching hospital: initial experiences. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2009; 3:1455-9.
- [100] Ministère de la Santé, Circulaire N° 26570/SG/00 du 25 novembre 2008. Mise en place du comité du médicament et des dispositifs médicaux.
- [101] Hoffmann M. The right drug, but from whose perspective? A framework for analysing the structure and activities Of drug and therapeutics committees. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2013; 69(1): S79-S87.
- [102] Léon G.B et al. Utilisation des médicaments essentiels génériques par le personnel hospitalier: le cas du CHU Yalgado Ouédraogo. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 2002; 12 (2), 257-62.
- [103] WHO. Interventions and strategies to improve the use of antimicrobials in developing countries, a review. Drug management program. Geneva. 2001.


- [104] Hogerzeil H, Holloway K. How to promote quality use of cost-effective medicines Evaluating Pharmaceuticals for Health Policy and Reimbursement. 2008.
- [105] Thompson O'Brien MA, Oxmas AD, Davis AD, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Collaboration. November 1997.
- [106] Birna Trap et al. The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial. Health Policy And Planning. 2001 : 16(3) ; 273-80.
- [107] Filion-Carrière M, Harvey D. Etat de la situation en formation médical continue à distance en Amérique du nord. Revue du conseil québécois de la formation à distance 2003.
- [108] Favre I. Pour l'utilisation des médicaments essentiels génériques en Afrique. Réseaux Médicament et Développement. REMED. 1997: 7-11.
- [109] Tsakala TM et al. Évaluation des prescriptions dans le traitement du paludisme et de la gastroentérite en milieu hospitalier : Cas des hôpitaux Bondeko et St Joseph à Kinshasa. Cahiers Santé. 2005:15 (2); 119-24.
- [110] Flottorp S, i Håvelsrud K, Oxman AD. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care why is it so hard to change practice? Family Practice. 2003; 20(3): 333-9.
- [111] Van de Ven, A.H, Poole MS. Explaining development and change in organizations. Academy of Management Review. 1995; 20: 510–40.
- [112] Colletette P, Delisle G, Perron R. Le Changement Organisationnel: Théorie et Pratique. Consultable sur : Google book.
- [113] Nurcan S, Barrios J, ROLLAND C. Une méthode pour la définition de l'impact organisationnel du changement. Ingénierie des systèmes d'information. 2002; 7(4): 107-39.
- [114] Scheirer M A. Designing and using process evaluation. Dans: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. Handbook of practical program evaluation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 2004.
- [115] Desmarai L. La recherche évaluative. Une option pour l'évaluation des activités de développement. Dans : Tremblay P A, Tremblay M, Tremblay S. Développement local, économie sociale et démocratie. Presses de l'Université du Québec. 2002.
- [116] Gagnon S. Le sens du DO : autonomie et démocratie, disions-nous? Interactions. 2000; 4(2): p 26.
- [117] Tessier R, Tellier Y. Changement planifié et développement des organisations. Presses de l'Université du Québec. 1992
- [118] Bennis W, Warren G., Organization development: its nature, origins and prospect. Cité dans: Kondalkar V.G. Organisation development. New Age International. 2009.

- [119] Beckhard R. What Is Organization Development? In: Joan V. Gallos. Organization Development. A Jossey-Bass. 2006; 3-12.
- [120] Stacey RD. Strategic Management and Organisational Dynamics. The Challenge of Complexity. Fifth Edition. Prentice-Hall. 2007.
- [121] Coch L, French J. R. P (1948). Overcoming Resistance to Change. Cité par: Tessier R, Tellier Y. Méthodes d'intervention développement organisationnel. Presses de l'Université du Québec. 1992.
- [122] Schein EH. Organizational Culture and Leadership. Jossey Bars publicers. 2004.
- [123] Greiner L, Bhambri A. New CEO Intervention and Dynamics of Deliberate Strategic Change. Strategic Management Journal. 1989; 10: p 20.
- [124] Eby L. Perceptions of organizational readiness for change: Factors related to employees reactions to the implementation of teambased selling. Human relations. 2000; 53: p.25.
- [125] Lau C, Woodman RW. Understanding organizational change: a schematic perspective. Academy of Management Journal. 1995; 38: p 18.
- [126] Burns T, Stalker GM. The management of innovation (1961). Cite par: Jeffrey Pfeffer. New Directions for Organization Theory: Problems and Prospects. Oxford University Press. 1997.
- [127] Rouleau L. Théories des Organisations. Approches Classiques, Contemporaines et de L'Avant-Garde. Presses de l'Université du Québec. 2007.
- [128] Séguin F, Hafsı T, Demers C. Le management stratégique : De l'analyse à l'action. Les Éditions Transcontinental. 2008.

7. Annexes

Annexe 1 :

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

La Ministre

Circulaire n° DHSA/00
146

9 6 OCT 2011

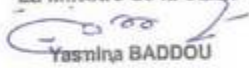
Messieurs les Directeurs Régionaux de la Santé

OBIET : Amélioration de la prescription aux patients hospitalisés des médicaments et dispositifs médicaux disponibles dans les hôpitaux.

Dans le cadre de la préparation des établissements hospitaliers à la généralisation du Régime d'Assistance Médicale "RAMED", particulièrement l'accessibilité des patients hospitalisés aux produits pharmaceutiques disponibles dans les hôpitaux, et pour mettre en application les dispositions de l'article 64 du Règlement Intérieur des Hôpitaux relatives aux médicaments et dispositifs médicaux, les dix mesures additionnelles ci-jointes, doivent être mises en place pour améliorer l'utilisation et la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux en milieu hospitalier.

L'élaboration des schémas types de traitement pour les pathologies les plus fréquentes, le renforcement de l'information et de la communication auprès des prescripteurs sur l'utilisation rationnelle des médicaments et dispositifs médicaux et l'amélioration du système d'information et de traçabilité relatif à la prescription et à l'utilisation des produits pharmaceutiques au niveau des services et départements constituent les principaux axes de mise en œuvre de ces mesures.

Aussi, il vous est demandé de prendre toutes les dispositions nécessaires pour l'application de ces mesures et de leur assurer une large diffusion auprès des prescripteurs, gestionnaires et utilisateurs des médicaments et dispositifs médicaux de vos établissements.

La Ministre de la Santé

Yasmina BADDOU

Ampliations :

- Monsieur le Secrétaire Général
- Monsieur l'Inspecteur Général
- Madame et Messieurs les Directeurs de l'Administration Centrale
- Madame le Chef de la Division de l'Approvisionnement

10 Mesures pour l'amélioration de la prescription aux patients hospitalisés des médicaments disponibles dans les hôpitaux

1. Elaborer des schémas types de traitement pour les pathologies dominantes à l'hôpital et les mettre à la disposition des prescripteurs.
2. Transmettre à la pharmacie hospitalière toute ordonnance délivrée au patient hospitalisé afin de vérifier la disponibilité des produits prescrits.
3. Constituer au niveau de la pharmacie hospitalière une base de données sur les produits pharmaceutiques prescrits aux patients et non disponibles à l'hôpital afin de les intégrer dans les commandes futures de l'hôpital.
4. Mettre à la disposition de tous les médecins hospitaliers, la liste des médicaments et dispositifs médicaux (M&DM) disponibles à la pharmacie hospitalière dans un format facile à consulter.
5. Afficher la liste des M&DM disponibles à l'hôpital dans les départements et services avec une mise à jour trimestrielle, et informer les médecins prescripteurs, de façon régulière, des éventuelles ruptures de stock et/ou d'entrées nouvelles en stock, conformément aux directives de la lettre circulaire n° 38 du 28-02-2009.
6. Elargir l'utilisation des ordonnances nominatives aux prescriptions des antibiotiques et les médicaments des ALD, en plus des médicaments onéreux.
7. Vérifier régulièrement, à travers des visites mensuelles inopinées, au niveau des départements et services hospitaliers le degré de prescription des médicaments disponibles à l'hôpital aux patients hospitalisés.
8. Interdire aux représentants des industries pharmaceutiques les visites aux médecins durant les horaires de travail.
9. Inviter les médecins à respecter l'obligation de rapporter les prescriptions des médicaments sur le dossier d'hospitalisation.
10. Organiser des rencontres semestrielles entre les professionnels et l'administration hospitalière pour promouvoir les génériques et le bon usage des médicaments à l'intérieur de l'hôpital.

2

Annexe 2: Appréciation de l'implantation de chaque directive de la circulaire

Directives (Mesures)	Niveau implantation (*)			
	1	2	3	4
<p>1. Elaborer des schémas type de traitement pour les pathologies dominantes à l'hôpital et les mettre à la disposition des prescripteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validés par CMDM & CMDP - Diffusés à l'ensemble du personnel 				
<p>2. Transmettre à la pharmacie hospitalière toute ordonnance délivrée aux patients hospitalisés afin de vérifier la disponibilité des produits prescrits.</p>				
<p>3. Constituer au niveau de la pharmacie une base de données sur les produits pharmaceutiques prescrits aux patients et non disponibles à l'hôpital afin de les intégrer dans les future commandes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un registre - Existence des outils informatiques 				
<p>4. Mettre à la disposition de tous les médecins hospitaliers, la liste des médicaments et dispositifs médicaux disponibles à la pharmacie hospitalière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une copie de cette liste est disponible dans l'unité de soins et à portée de mains des professionnels. - La liste est révisée régulièrement 				
<p>5. Afficher la liste des médicaments et dispositifs médicaux dans les départements et services avec une mise à jour trimestrielle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une liste limitée qualitativement et quantitativement - La liste est révisée régulièrement 				
<p>6. Utilisation des ordonnances nominatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibiotiques - Médicaments des affections de longue durée - Médicaments onéreux. <ul style="list-style-type: none"> -Etablies en concertation par le CMDM, le CLIN et la pharmacie -Listes révisées régulièrement -Listes diffusées à l'ensemble des services 				
<p>7. Vérifier régulièrement avec des visites mensuelles inopinées le degré de prescription des médicaments disponibles à l'hôpital aux patients hospitalisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le pharmacien a accès au dossier du patient - Procédure formalisée, enregistrée et archivée 				
<p>8. Interdire aux représentants des industries pharmaceutiques les visites aux médecins durant les horaires de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès réglementé 				
<p>9. Inviter les médecins à respecter l'obligation de rapporter les prescriptions des médicaments sur le dossier d'hospitalisation.</p>				
<p>10. Organiser des rencontres semestrielles entre les professionnels et l'administration hospitalière pour promouvoir les génériques et le bon usage des médicaments à l'intérieur de l'hôpital.</p>				

* Les niveaux de l'appréciation de l'implantation de chaque activité de la circulaire :
(1) signifie que l'activité est totalement réalisée.**(2)** signifie que l'activité est partiellement réalisée.**(3)** signifie qu'une réflexion sur l'activité est en cours.**(4)** signifie que l'activité n'est pas réalisée.

Annexe 3 : Grilles d'entretien

Titre de l'étude: évaluation de l'implantation de la circulaire N 146 DHSA/00 relative à l'amélioration de la prescription aux patients hospitalisés, des médicaments disponibles dans les hôpitaux. Cas de l'hôpital Mohamed V de Meknès.

Notre étude s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude pour l'obtention d'un mastère en administration sanitaire et santé publique à L'ENSP.

Elle vise à identifier les facteurs contextuels influençant la mise en œuvre des directives de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments disponible à l'hôpital, selon les points de vue des gestionnaires et des professionnels hospitaliers.

Je compte sur votre entière collaboration et je vous assure que l'anonymat des personnes interrogées (réponses, enregistrement) et la confidentialité des données seront respectés.

Responsable central

- Que pensez-vous de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments disponible à l'hôpital ?
- Quel a été votre rôle et celui de la direction dans la mise en place des directives de la circulaire ?
- Comment vous avez communiqué la circulaire aux agents de l'implantation ?
 - Comment l'utilisation des réunions de sensibilisation sur la circulaire peut-elle rendre la communication plus efficace ?
 - Comment la diffusion de l'information sur la circulaire peut-elle rendre la communication plus efficace ?
- Pouvez-vous décrire les mesures d'accompagnement et de suivi pour la réussite l'implantation des directives de la circulaire ?
- comment la supervision comme mesure d'accompagnement peut contribuer à la réussite de l'implantation des directives de la circulaire ?
- Avez-vous des suggestions ?

Gestionnaires locaux

- Que pensez-vous de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments disponible à l'hôpital?
- Quel a été votre rôle dans la mise en œuvre des directives de la circulaire à l'hôpital?
- Pouvez-vous décrire le système de suivi et d'évaluation du degré de mise en œuvre de ces directives :
 - Comment les réunions de coordination peut-elles rendre le suivi de mise en œuvre de la circulaire plus efficace ?
 - L'existence d'un rappel sur activités.
 - Comment recueillez-vous l'information sur le degré de mise en œuvre des activités de la circulaire ?
- Que pensez-vous des ressources financières et matérielles déployer pour la mise en œuvre des activités de la circulaire?
- , Que pensez-vous des ressources humaines déployer pour la mise en œuvre des activités de la circulaire?
- Comment vous avez communiqué la circulaire aux agents de l'implantation ?
- Avez-vous des suggestions ?

Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens Comité de Médicaments et Dispositifs Médicaux

- Quel a été le rôle du CMDM pour la mise en œuvre des directives de la circulaire à l'hôpital?
- Avez-vous un plan de mise en œuvre? Où en êtes-vous par rapport à ce plan?
- Est-ce que vous avez participé à la mise en œuvre ? comment ?
- Comment voyez-vous votre participation?
- Que pensez-vous de l'appui des gestionnaires locaux dans l'implantation des directives de la circulaire?
- Comment vous avez communiqué la circulaire aux agents de l'implantation
 - Comment l'utilisation des réunions de sensibilisation sur la circulaire peut-elle rendre la communication plus efficace ?
 - Comment l'utilisation des supports affichés peut-elle rendre la communication plus efficace ?
 - Comment la diffusion de l'information sur la circulaire peut-elle rendre la communication plus efficace ?
- Quelles sont les activités de formation offertes en lien avec la mise en œuvre de la circulaire au profit du personnel hospitalier?
- Que pensez-vous des séminaires et ateliers offerts pour améliorer la prescription des médicaments ?
- Y a-t-il des résistances de la part des professionnels à la mise en œuvre des activités de la circulaire ?
- Que pensez-vous des ressources financières et matérielles déployer pour la mise en œuvre des activités de la circulaire?
- Que pensez-vous des ressources humaines déployer pour la mise en œuvre des activités de la circulaire?
- Quelles sont les habiletés et compétences que doivent posséder les professionnels pour implanter les directives de la circulaire ?
- Avez-vous des suggestions ?

Professionnels hospitaliers

- Que pensez-vous de l'appui du CMDM dans l'implantation des directives?
- Est-ce que vous avez participé à la mise en œuvre ?
- Comment voyez-vous votre participation?
- Que pensez-vous des ressources financières et matérielles déployer pour la mise en œuvre des directives de la circulaire?
- Que pensez-vous des ressources humaines déployer pour la mise en œuvre des directives de la circulaire?
- Quelles sont les activités de formation et de sensibilisation que vous avez reçues pour la mise en œuvre de la circulaire?
- Quels sont Les mécanismes de communication mis en place pour favoriser la mise en œuvre de la circulaire?
- Avez-vous des suggestions ?

En guise de synthèse :

Les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre, les facteurs qui ont entravé la mise en œuvre de la circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments à l'hôpital et les contraintes rencontrées.

Annexe 4: Revue de la littérature

Notre revue de la littérature sera articulée autour de l'usage irrationnel des médicaments, ces conséquences et son impact économique et social, du changement dans les organisations et les modèles qui serviront de base pour essayer d'identifier les facteurs qui expliquent la réussite ou l'échec de l'implantation de la circulaire relative à la l'amélioration de la prescription des médicaments disponibles à l'hôpital, et des différents types d'analyse de l'implantation.

Le médicament est un élément essentiel des soins de santé [1] Cette importance est due à sa valeur thérapeutique [2] et au coût qu'il représente. De plus, les médicaments constituent un facteur de confiance pour les utilisateurs de soins de santé [3].

Les efforts visant de promouvoir l'usage rationnel des médicaments ont ciblé les services de santé dans les années 1970, lorsque l'OMS a introduit le concept des médicaments essentiels [1]. L'utilisation des médicaments essentiels contribue largement à l'accessibilité aux soins de toute la population en difficulté [80]

L'usage rationnel des médicaments

Les experts réunis à la conférence de Nairobi, en 1985, sur l'initiative de l'OMS ont souligné l'importance de l'usage rationnel des médicaments.

L'usage rationnel des médicaments est défini comme : *«Les patients devraient recevoir les traitements appropriés à leurs besoins médicaux, à des doses qui correspondent à leurs caractéristiques individuelles, sur une durée adaptée et au moindre coût pour eux et pour la collectivité »*. Conférence des experts de l'OMS, Nairobi 1985.

L'usage irrationnel des médicaments est défini Comme : l'usage des médicaments de manière non conforme à la définition de l'usage rationnel.

Le problème de l'usage irrationnel

L'utilisation irrationnelle ou inappropriée des médicaments reste une préoccupation de santé publique dans la plupart des pays [81], elle est répandue à tous les niveaux du système de soins [19].

L'usage inapproprié des médicaments entraîne des problèmes de morbidité, de mortalité et un gaspillage de ressources qui aboutit à un préjudice considérable pour le patient sous forme de résultats médiocres et de réactions négatives aux médicaments. Cela risque d'entraîner une réduction de l'accès et une perte de confiance des patients vis-à-vis du système de santé [3].

Les principales conséquences (santé publique et économie.)

L'utilisation irrationnelle des médicaments conduit à l'augmentation du risque des effets indésirables tels que l'émergence de la résistance aux antimicrobiens, à des réactions aux médicaments, et au gaspillage des ressources conduisant à la réduction de la disponibilité des médicaments essentiels et l'augmentation des coûts de traitement [82].

1) Résistances aux antimicrobiens

L'utilisation irrationnelle des antibiotiques est considérée comme étant un facteur majeur contribuant à l'augmentation de la résistance bactérienne [83,84].

Le manque de contrôle de l'utilisation des antibiotiques conduit à un abus, à de mauvais résultats, et à des coûts élevés de soins, d'où la nécessité d'une gestion rationnelle de ces produits [85].

La résistance aux antimicrobiens augmente la morbidité et la mortalité. En 2007, il a été estimé 2,5 millions journées d'hospitalisation supplémentaires et 25 000 cas de décès résultant d'infections résistantes aux antibiotiques en Europe, soit environ 900 millions d'euros de surcoûts hospitaliers. [86].

La fréquence élevée de prescriptions non conformes aux recommandations et l'absence d'utilisation des références thérapeutiques,

souligne l'importance de la formation des médecins à une démarche rationnelle.[87]. La mise en place des ordonnances nominatives constitue une méthode permettant de réguler cette prescription [88]. Aussi, l'adhésion des prescripteurs aux directives des antibiotiques au niveau de l'hôpital est une mesure pour assurer la prescription rationnelle de ces médicaments [84].

2) L'iatrogénie médicamenteuse

L'iatrogénie médicamenteuse se définit comme « *tout dommage résultant de l'utilisation d'un médicament ou de l'intervention d'un professionnel de santé relative à un médicament* » [89]

Les effets indésirables médicamenteux ont des conséquences cliniques et économiques importantes [90], et peuvent entraîner un accroissement de la morbidité, et de la mortalité. Ils sont responsables de 3 % des décès dans la population générale [91].

Des auteurs estiment que les événements iatrogènes médicamenteux sont élevés et provoquent des effets graves et mortels dans les hôpitaux américains [11]. Ils sont classés parmi les dix premières causes de décès [12]. En France, les décès en rapport avec ces événements sont trois fois plus que les accidents de la voie publique [10].

La réduction du risque iatrogène médicamenteux a été une des principales motivations de la mise en œuvre de la dispensation à délivrance nominative (DDN) [92]. La DDN des médicaments est une stratégie de développement de la qualité générale des soins à l'hôpital. Elle permet de sécuriser le circuit du médicament, de favoriser la promotion du bon usage du médicament, et de réduire les coûts [93].

3) Une perte de ressources

L'OMS estime que 10 à 40% des budgets nationaux de la santé sont consacrés aux médicaments. Si les médicaments ne sont pas prescrits et utilisés comme il faut, ce sont des milliards de dollars qui sont gaspillés, au niveau des fonds publics comme des finances personnelles. [13,14]. Ce gaspillage financier est de 269 milliards de dollars liés à la non-

adhésion thérapeutique, 54 milliards dus à un usage inadéquat des antibiotiques, 42 milliards dus aux erreurs médicamenteuses et 30 milliards liés à un usage insuffisant des génériques [15]

Des études ont démontrés que la prescription irrationnelle au niveau des établissements de santé est responsable de nombreuses ruptures de stock des produits pharmaceutiques [94]

D'autres études estiment que les économies en améliorant la prescription de médicaments pourraient être jusqu'à 50 à 70 % des dépenses en médicaments pour les systèmes de santé [96]

Les résultats d'une étude démontrent que l'utilisation des médicaments génériques permettrait de réaliser un gain important de point de vu économique [97].

4) La perte de confiance de la part des patients

Selon l'OMS, en situation de ruptures de stocks des médicaments au niveau des structures de soins, il en résulte une perte de confiance de la part des patients. Les résultats négatifs de l'usage inadapté des médicaments, ont le même effet.

Rôle des différents acteurs à l'hôpital dans la gestion des produits pharmaceutiques

Selon le Règlement Intérieur des Hôpitaux (2010), le processus de gestion des produits pharmaceutique nécessite une collaboration et une coordination entre tous les intervenants.

Parmi les missions du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), définir les besoins en produits pharmaceutiques nécessaires pour les activités hospitalières en concertation avec les professionnels hospitaliers, le pharmacien, le chef de pôle des affaires médicales et le chef du pôle des affaires administratives. Ce dernier a pour mission d'assurer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et leur distribution.

La pharmacie hospitalière est un service placé sous l'autorité directe du directeur de l'hôpital, et gérée par un pharmacien responsable. Parmi les attributions du pharmacien nous citons ; (1) participer à toute action d'information sur les produits pharmaceutiques, de promotion et d'évaluation de leur bon usage, (2) de fournir l'information sur les dernières mises à jour de la nomenclature des médicaments et des dispositifs médicaux, (3) de contribuer, à travers un système d'information, au suivi de la traçabilité des médicaments depuis leur réception jusqu'à leur dispensation aux patients, et (4) d'assurer un contrôle rigoureux du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

Le Comités des médicaments et des dispositifs médicaux dans les hôpitaux

Le comité du médicament à l'hôpital vise à améliorer l'usage des médicaments et les dispositifs médicaux, nécessaires à la qualité des soins [98]. Leur but est d'assurer que les patients bénéficient de la meilleure qualité de soins au meilleur rapport coût-efficacité [91].

Le comité du médicament réunit les différents partenaires, élabore et met en œuvre une politique de médicaments adaptée au contexte de l'hôpital. Sa création résulte d'une volonté des professionnels concernés par le médicament [97,99].

Au Maroc, le Ministère de la santé a élaboré la Circulaire N°26570/SG/00 du 25 Novembre 2008 relative à la Mise en place du comité des médicaments et des dispositifs médicaux à tous les niveaux. C'est un organe de concertation pluridisciplinaire qui a pour mission la promotion de l'usage rationnel des produits pharmaceutiques au niveau des structures de soins [100].

Des études ont montré que des comités pharmaceutiques et thérapeutiques peuvent avoir un impact significatif sur la promotion du bon usage des médicaments et sur le contrôle des coûts des produits pharmaceutiques [101]. Par contre, d'autres études ont montré que l'utilisation irrationnelle des médicaments est due à l'absence du comité de médicament au niveau des hôpitaux [102].

Le CMDM joue un rôle dans la mise en œuvre des interventions relatives à l'usage rationnel des médicaments [103]. Parmi les facteurs de sa réussite nous citons, la clarté de ces objectifs, le soutien par les responsables hospitaliers, une large représentation, la présence des compétences techniques, l'existence d'une démarche multidisciplinaire et des ressources suffisantes pour mettre en œuvre les décisions du CMDM [104].

La réussite a été également rendue possible par l'instauration et la mise en place de contrôles, notamment l'évaluation de l'usage des médicaments, de communication sur les modes de prescription [106] et par la supervision et le suivi des habitudes de prescription [101].

Une étude de Birna démontre que la supervision régulière a un impact positif sur les performances des professionnels de santé et sur l'adhésion des prescripteurs aux directives thérapeutiques [106].

La formation continue joue un rôle pour la promotion de l'usage rationnel des médicaments, elle a un effet positif sur la qualité des prescriptions médicales [107,25]. Cette formation du prescripteur lui permet de maintenir sa connaissance initiale et de développer des connaissances nouvelles [108].

La formation et la sensibilisation des professionnels de santé à l'usage rationnel des médicaments restent capitales et contribueraient à améliorer la qualité des soins [109].

Une autre étude a démontré que les recommandations sur l'usage des médicaments ne sont pas suivies à cause d'une combinaison de plusieurs facteurs: manque de temps, manque de ressources et manque de communication [110].

Changement organisationnel

Le changement dans l'organisation est défini comme : *«Un type d'événement, une observation empirique d'une différence dans la forme, la qualité ou l'état d'une entité à travers le temps. Cette entité peut être un travail individuel, un groupe de travail, une stratégie d'une organisation, un programme, un produit ou toute une organisation»* [111].

Collerette et al définissent le changement organisationnel comme : *« Toute modification relativement durable dans un sous système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système. »*

La préparation au changement organisationnel se définit comme *«Un effort conscient en vue de changer une situation considérée comme insatisfaisante, au moyen d'une série d'actions dont le choix et l'orchestration découlent d'une analyse systématique de la situation.»* [112].

Selon Nurcan et al [113], un changement organisationnel *« est un processus de transformation qui amène une organisation d'un état actuel vers un état futur souhaitable »*. La gestion du changement est guidée par trois intentions:

1. La définition du changement qui consiste à explorer, à analyser et à comprendre une situation de changement dans le contexte d'une organisation, à définir et à évaluer les solutions possibles.
2. La mise en œuvre est l'implantation du changement selon les stratégies de mise en œuvre choisies.
3. La consolidation du changement qui permet l'assimilation du changement par l'organisation.

Le modèle de Lewin [46]

L'une des bases de l'étude du comportement sur le changement a été réalisée par Lewin. Il est le fondateur de la notion de « dynamique de groupe » et montre que cette dynamique est fondée sur l'idée d'interdépendance des membres du groupe. Cette interdépendance

génère des forces qui engendrent les évolutions et les changements du groupe.

Le processus de changement selon Lewin est divisé en trois étapes: (1) décristallisation (dégel) du niveau initial (2) la transition (déplacement) à un nouveau niveau et (3) recristallisation (regel) du nouveau niveau.

La **décristallisation** correspond à une période de remise en question des comportements, des attitudes et des perceptions, que ce soit d'une façon volontaire ou non. Le changement ne se limite pas uniquement à l'abandon d'anciens comportements, attitudes ou perceptions, mais il suppose également l'acquisition d'autres manières de faire.

La **transition** correspond à la phase d'apprentissage de nouveaux modes de fonctionnement, d'expérimentation de nouvelles attitudes et d'adoption de nouveaux comportements. Durant cette phase, les individus investissent l'essentiel de leurs énergies.

La **recristallisation** est la phase du changement proprement dit. Pendant cette phase, le changement serait intégré spontanément dans les nouvelles façons de faire. Les nouvelles attitudes, valeurs et comportements commencent à se stabiliser et à se recristalliser.

Les modèles de changement organisationnel

Les perspectives d'analyse du changement dans les organisations sont le plus souvent associées au changement organisationnel planifié [109].

Champagne [33] répertorient dix perspectives ou modèles sur le changement organisationnel afin d'examiner leur contribution potentielle à l'analyse de l'implantation dans le domaine de la santé. Parmi ces perspectives on retrouve : le modèle hiérarchique, l'approche du développement organisationnel, l'approche psychologique, la perspective structurelle, l'approche politique, l'approche de la gestion, la perspective environnementale avec l'approche institutionnelle et l'approche écologique, le modèle de l'apprentissage organisationnel, les théories de

la complexité et les gurus. Cette classification présente l'avantage d'être plus exhaustive dans l'identification des différentes approches théoriques du changement, qu'ils classifient selon d'ordre personnel, organisationnel, interorganisationnel et environnemental.

Les facteurs d'ordre personnel, font référence aux caractéristiques personnelles des individus face au changement, « un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes ».

Les facteurs organisationnels s'inscrivent selon une perspective de développement organisationnel qui met « l'emphase sur différents aspects des comportements des individus en situation de travail pour maximiser l'implantation des interventions et leur efficacité ».

Les facteurs interorganisationnels se situent dans un contexte plus large que les précédents. Ils font référence à l'organisation du programme entre les divers milieux impliqués. Ces facteurs s'inscrivent dans un modèle rationnel du changement qui met l'accent sur le développement et l'implantation d'un programme [34].

Les facteurs environnementaux quant à eux peuvent s'inscrire dans un modèle structurel du changement. Selon ce modèle, « les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et par leur capacité d'adapter leurs structures aux exigences du changement ». Ces facteurs environnementaux peuvent relever d'une perspective écologique, selon cette perspective, la réussite ou l'échec de l'implantation peut se situer dans l'environnement externe de l'organisation.

Nous présentons brièvement les cinq modèles de Denis et Champagne (1990), qui expliquent les facteurs de réussite ou d'échec de l'implantation d'un changement dans les organisations. Ces modèles sont largement utilisés dans des domaines de santé ainsi que des études recensées [115] sur l'évaluation d'implantation se réfèrent à ces auteurs.

Sur la base de ces modèles, nous allons fournir des hypothèses qui pourraient être utiles pour expliquer le niveau d'implantation de la

circulaire relative à l'amélioration de la prescription des médicaments disponibles au niveau des hôpitaux.

- 1) Le modèle rationnel
- 2) Le modèle de développement organisationnel
- 3) Le modèle psychologique
- 4) Le modèle structurel
- 5) Le modèle politique

1) Modèle rationnel

Selon Denis et Champagne, le modèle rationnel met l'accent sur le contrôle hiérarchique, la cohérence de l'intervention et sur le partage des plans avec les agents d'implantation.

Selon ces auteurs, le changement sera implanté adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures planifiées ont été suivies. (Champagne 2002) Dans l'ensemble, le modèle permet d'identifier une série d'étapes qui, si elles sont bien franchies, devraient assurer le succès d'un changement. Cette approche accorde un rôle clé aux gestionnaires en position d'autorité, qui doivent à la fois décider des changements à apporter, exercer tout au long du processus un contrôle hiérarchique et jouer un rôle de supervision.

Ce modèle suppose que le degré de mise en œuvre est dépendant de quatre facteurs: 1) un processus de planification de qualité à l'intérieur de l'organisation, 2) un contrôle hiérarchique suffisant des décideurs sur les responsables de l'implantation de l'intervention, 3) un degré de cohérence élevé entre les attentes des décideurs et ce que l'intervention exige en termes de tâches ou de comportements à réaliser, et 4) une communication adéquate des plans d'actions aux responsables de l'implantation, comme une forte conformité entre les comportements qu'ils adopteront et les plans d'actions émis.

Les mêmes auteurs reprochent à ce modèle le fait qu'il n'y a pas assez de recherche empiriques importantes qui ont permis de mettre à l'épreuve la capacité de ce modèle à expliquer les variations du succès ou d'échec de l'implantation de changement dans les organisations.

2) Modèle de développement organisationnel

L'utilisation du modèle de développement organisationnel (DO) remonte aux années cinquante. Cette approche est issue des travaux de Kurt Lewin et de l'école des relations humaines [116]. Elle est également attribuée à des universitaires et à des praticiens qui ont commencé à œuvrer dans de grandes entreprises américaines. Les principaux auteurs sont Tannenbaum, Argyris, McGregor, Shepard, Blake, Beckhard [119].

Le DO, selon Bennis (1969) est une réponse au changement ; c'est une stratégie éducationnelle complexe qui permet aux organisations de mieux s'adapter aux nouvelles technologies, aux marchés, aux défis et au changement lui-même en modifiant leur culture, leurs attitudes et leurs valeurs [120].

Pour Beckhard (2006) Le DO: « c'est un effort (1) planifié, (2) à la grandeur de l'organisation, et (3) géré par le sommet de l'hierarchie, visant à (4) accroître l'efficacité et la santé de l'organisation grâce à (5) des interventions planifiées dans les processus de l'organisation, en utilisant les connaissances des sciences du comportement» [121]

French et Bell, cité par Boonstra [46], définissent le développement organisationnel comme « *a systemic process for applying behavioral science principles and practices in organizations to increase individual and organizational effectiveness* ». Dans cette approche, le changement provient de la haute direction qui lui accorde son soutien, mais repose sur l'engagement de tous les membres de l'organisation à chaque étape du processus de changement [122].

L'impact attendu de l'approche de DO sur l'implantation du changement se situe à différents niveaux : au niveau des interventions des gestionnaires, des interventions sur le modèle et les stratégies de l'organisation et au niveau des individus et groupes d'individus. Fréquemment citées dans la littérature, les transformations au niveau des gestionnaires concernent le style participatif de gestion, avec un processus de prise de décision alignée à la vision, le leadership ouvert au changement, la décentralisation des processus de décision, la formation

d'équipes de travail, les programmes de formations continues (d'enrichissement des tâches) et d'un mécanisme favorisant une bonne communication dans l'organisation (feedback, soutien, consultation, communication interne) [33,32].

Ce modèle se fonde sur le principe de participation aux prises de décision, la motivation et le renforcement des compétences des différents acteurs de l'organisation.

Selon ce modèle, l'un des obstacles au changement peut provenir d'une transmission mauvaise ou insuffisante de l'information.

Bennis propose à cet effet, une stratégie éducative destinée à changer les croyances, les attitudes et les valeurs des individus ainsi que la structure de l'organisation. Cette modification serait, selon l'auteur, une condition pour le changement organisationnel [120].

Beckhard insiste sur les groupes comme étant une unité fondamentale du changement organisationnel d'où l'importance de la communication dans le processus de changement et ceci par l'intermédiaire d'un langage commun et d'un message intelligible, propices à la mobilisation des acteurs. [121] ;

3) Modèle psychologique

Selon le modèle psychologique, un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes [33]. Dans cette perspective, la dimension humaine est primordiale pour comprendre les freins et les blocages qui peuvent se révéler au cours du processus de changement.

Ce model repose sur le fait que les individus acceptent ou résistent au changement selon leurs croyances et leurs attitudes. Ainsi, malgré leur adhésion de principe, les acteurs de l'organisation résistent à tout changement qui vient perturber leurs modes habituels d'action.

Le terme « résistance au changement » remonte aux auteurs Coch et French (1948) [123], ils présentaient la résistance comme un phénomène

individuel à surmonter par les gestionnaires. Et montrent l'importance de la participation directe du leadership participatif pour introduire le changement. Lewin positionne la résistance au changement au niveau des systèmes présents au sein des groupes.

Les changements consensuels se traduisent par une forte adhésion des intéressés au projet de changement dès son commencement. Cette adhésion vise à renforcer les chances de succès par une forte mobilisation et une participation élevée. Elle est aussi dépendante de la force de conviction des dirigeants [124]. D'où l'importance d'impliquer les différents membres de l'équipe et de les sensibiliser en présentant les aspects positifs que peut générer le changement [125], par l'utilisation des supports organisationnels pour faciliter l'adoption du changement, tels que les formations. Ces supports peuvent réduire le phénomène de résistance au changement et contribuent à présenter le changement comme moins menaçant [126]. Ainsi, les acteurs peuvent influencer la perception générale du processus du changement vers une vision plus favorable [127].

Selon Denis et al, il y a peu d'évidences empiriques sur l'impact des résistances individuelles vis-à-vis de l'implantation d'une intervention lorsque l'ensemble de l'environnement organisationnel la supporte [33,34].

4) Modèle structurel

Le modèle structurel du changement est issu des travaux de Burns et Stalker [128]. Selon ce modèle, les organisations qui réussissent à implanter avec succès une intervention possèdent des caractéristiques que Denis et Champagne ont regroupées en trois catégories : 1) des attributs organisationnels tels que la taille de l'organisation, la centralisation, la formalisation, la coordination et le niveau d'expertise. 2) Un contexte organisationnel qui est en rapport essentiellement avec le degré de compétence, aisance organisationnelle, degré d'urbanisation,...et 3) des caractéristiques des gestionnaires, le rôle du gestionnaire se résume à celui de réorganisateur, il opère des réorganisations pour répondre à de nouvelles contraintes ou à des

occasions résultant de modifications importantes à certains facteurs situationnels.

Ce modèle suppose pour sa réussite, une grande flexibilité structurelle de l'organisation et une marge de manœuvre importante pour les gestionnaires.

5) Modèle politique

L'analyse politique devient importante en théories des organisations dans les années 1980. C'est une expression générique qui permet de regrouper l'ensemble des analyses organisationnelles portant sur la notion de pouvoir, à savoir l'analyse des coalitions dominantes, l'analyse des ressources et l'analyse stratégique [129].

Dans ce modèle, le degré de mise œuvre dépend du soutien important accordé par les responsables de l'implantation, du contrôle suffisant (pouvoir) de leur part dans l'organisation pour être capables de rendre l'intervention opérationnelle et de la forte cohérence entre leur motivation à supporter l'intervention et les exigences même de l'intervention.

Selon champagne al (1990), Un contexte favorable à l'implantation et à l'efficacité d'une intervention dépend de trois facteurs : 1) D'un support important accordé par les agents de l'implantation à l'intervention, 2) De l'exercice par ces derniers d'un contrôle suffisant dans l'organisation pour être en mesure d'opérationnaliser et de rendre efficace l'intervention, et 3) Une forte cohérence entre les motifs sous-jacents au support qu'ils accordent à l'intervention et les objectifs qui y sont associés.

Le support au changement est la conséquence du degré de conformité des objectifs visés par l'intervention avec les stratégies fondamentales des acteurs. Les acteurs peuvent favoriser, être neutres ou être antagonistes à la conduite de changement selon qu'ils y perçoivent ou non un moyen d'actualisation de leurs stratégies fondamentales.

Les propositions de changement sont véhiculées par des activités d'apprentissage et des programmes de formation destinés aux

gestionnaires. En modifiant leurs valeurs et leurs perceptions de la réalité, les membres de l'organisation changent aussi leurs comportements. Il y a lieu toutefois de faire participer et impliquer les membres de l'organisation au processus de changement [33].

Basé sur la dépendance des ressources, le modèle politique du changement stipule que le pouvoir, dans l'organisation, réside dans la dépendance que les unités ont envers les ressources, dont elles ont besoin [129]. Ces ressources sont nombreuses : ressources matérielles, tangibles et ressources intangibles comme les compétences. [130].

Les difficultés liées à l'implantation d'un changement dépendent de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs influents de l'organisation. [33, 128].

Le gestionnaire peut manifester concrètement son soutien au changement en choisissant d'y investir des ressources et en faisant bénéficier les groupes qui appuient le projet d'un apport de ressources.

Chacun de ces modèles théoriques donne une explication différente des facteurs pouvant faciliter ou entraver à l'implantation d'une intervention.

Analyse de l'implantation

Pour évaluer l'intervention relative à l'amélioration de la prescription des médicaments disponible à l'hôpital, nous allons nous servir de l'évaluation d'implantation de la circulaire qui consiste à étudier les relations entre l'intervention et son contexte durant sa mise en œuvre.

Champagne et al (2009), définissent l'évaluation d'implantation, aussi appelée évaluation de processus ou analyse de l'implantation, comme étant une évaluation portant «sur les relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte, en regard de la production des effets » :

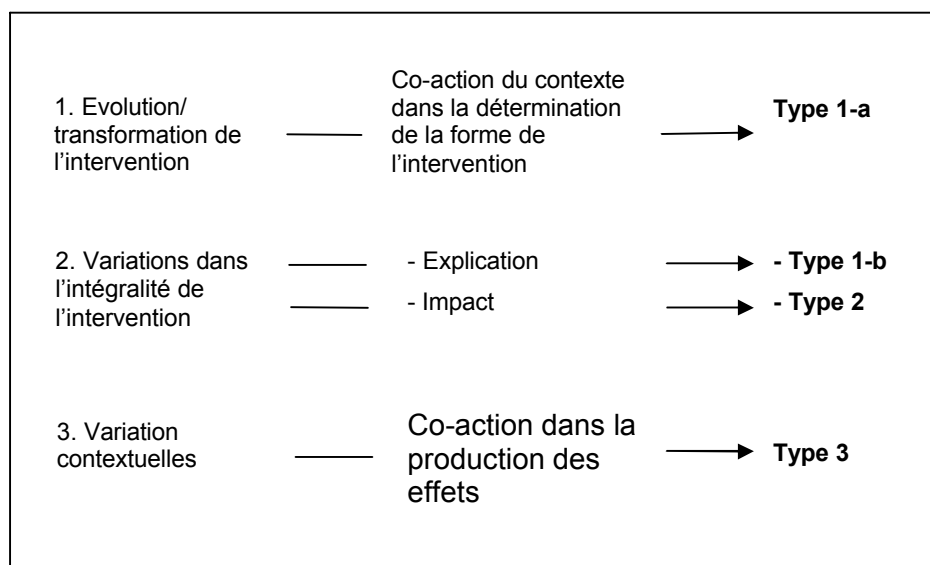
«L'implantation peut être définie comme le transfert d'une intervention sur le plan opérationnel. Le processus d'implantation fait référence à la mise en œuvre d'un projet,

c'est-à-dire à son intégration dans un contexte organisationnel donné..»

L'analyse de l'implantation peut être de quatre types (1-a, 1-b, 2 et 3) développée par Champagne et al, qui se distinguent par leurs objectifs principaux :

- L'analyse de l'implantation de type 1-a (composante 1) a pour but d'expliquer comment les éléments du contexte transforment et façonnent l'intervention implantée.
- L'analyse de l'implantation de type 1-b (composante 1) vise à comprendre les variations observées dans le degré de mise en œuvre d'une intervention.
- L'analyse de l'implantation de type 2 (composante 2) cherche à connaître l'influence du degré de mise en œuvre de l'intervention sur les effets attendus de celle-ci.
- L'analyse de l'implantation de type 3 (composante 3) a pour objectif d'étudier l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés.

Typologie de l'analyse de l'implantation selon Champagne et al (2009)



Concrètement, l'analyse de l'implantation s'articule autour des trois questions suivantes :

(a) Quelle est l'influence du milieu d'implantation sur le degré de mise en œuvre de l'intervention ? (composante 1).

(b) En quoi les variations dans la mise en œuvre de l'intervention influencent-elles les effets observés ? (composante 2).

(c) Quelle est l'influence de l'interaction entre le milieu d'implantation et l'intervention sur les effets observés ? (composante 3).

Selon cette nomenclature, ce projet de recherche est une analyse de l'implantation de type 1-b. (composante 1). L'objectif est de proposer une explication de l'écart, observé, entre l'intervention planifiée et celle implantée réellement, en vue d'assurer son intégrité [69].

Plusieurs devis de recherche peuvent être utilisés lors de l'analyse de l'implantation. L'étude de cas, l'analyse comparative et l'expérimentation. L'étude de cas est la méthodologie choisie pour ce projet de recherche [64].

Étude de cas

L'étude de cas se définit comme l'étude empirique d'un phénomène dans son contexte naturel d'implantation, duquel il ne peut être dissocié [40].

L'étude de cas est une stratégie de recherche globale qui permet de structurer l'ensemble de l'étude et plus particulièrement la conception du devis, la collecte et l'analyse des données.

Selon Brousselle et al. «*La méthode des études de cas est celle qui convient le mieux à l'analyse d'implantation.*» [33].

Nous avons opté pour l'étude de cas au niveau du l'hôpital Mohamed V de Meknès, qui a un comité de médicament fonctionnel depuis 2006.