

# planification de la main-d'œuvre



en  
pharmacie

# planification de la main-d'œuvre



## en pharmacie

Avril 2001

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des communications  
1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2001  
Bibliothèque nationale du Canada, 2001  
ISBN 2-550-37434-7

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL	10
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	11
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	12
CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE	13
1.1 PROFIL GÉNÉRAL ACTUEL DE L'EFFECTIF EN PHARMACIE	15
1.2 ÉVOLUTION DES EFFECTIFS (1991-2000)	16
1.3 CATÉGORIE DE S PHARMACIENS SANS EMPLOI	19
1.4 BILAN MIGRATOIRE	20
1.5 PROGRAMMES DE FORMATION	22
1.6 PROGRAMME DE MAÎTRISE EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENTS	26
1.7 CORRESPONDANCE ENTRE LA FORMATION ET L'EMPLOI	27
1.8 DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION	30
1.8.1 En établissement de santé	30
1.8.2 En pharmacie communautaire	31
<b>VOLET 1 – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>	<b>33</b>
CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE	35
2.1 EFFECTIF EMPLOYÉ DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ	35
2.2 EFFECTIF DISPONIBLE	36
CHAPITRE 3 – PROJECTION DE L'ATTRITION	38
3.1 PROJECTION DES DÉPARTS	38
3.2 DÉPARTS SELON LE STATUT DES PHARMACIENS	38
3.3 FACTEURS PARTICULIERS DE MODULATION DES DÉPARTS	40
3.4 PROJECTION DES DÉPARTS	42
CHAPITRE 4 – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT	43
4.1 ANNÉE DE DÉPART DE LA PROJECTION	43
4.1.1 Demande de l'employeur	43
4.1.2 Comparaison entre la demande actuelle de main-d'œuvre exprimée par l'employeur et la demande exprimée par divers organismes externes	47
4.2 INDICE D'ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DES BESOINS ET DÉVELOPPEMENT PRÉVU	47
4.3 FACTEURS D'ÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE	49
4.4 FACTEUR D'ÉVOLUTION DES CONGÉS	50
4.5 EFFECTIF DÉSIRÉ	51
4.6 RECRUTEMENT NÉCESSAIRE	51

CHAPITRE 5 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES	52
5.1 PROJECTION DU NOMBRE DE DIPLÔMÉS DISPONIBLES	52
5.2 CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ D'ATTIRER ET DE GARDER LES DIPLÔMÉS	53
5.3 COMPARAISON ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS	53
5.4 SCÉNARIOS DE CROISSANCE DES ADMISSIONS	55
5.5 CONSTAT	59
<b>VOLET 2 – PHARMACIES COMMUNAUTAIRES</b>	<b>61</b>
CHAPITRE 6 – ÉVOLUTION DU SECTEUR	63
CHAPITRE 7 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE	64
CHAPITRE 8 – ATTRITION	68
CHAPITRE 9 – ESTIMATION DES BESOINS DE RECRUTEMENT	70
9.1 PÉNURIE INITIALE	70
9.2 ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES BESOINS	70
9.3 BESOINS POUR COMBLER LES POSTES VACANTS EN RAISON DES DÉPARTS	71
9.4 PERSPECTIVES	71
<b>VOLET 3 – ENSEMBLE DES SECTEURS D'ACTIVITÉ</b>	<b>73</b>
CHAPITRE 10 – OFFRE GLOBALE DE MAIN-D'ŒUVRE	75
CHAPITRE 11 – PROJECTION DE L'ATTRITION	77
11.1 SCÉNARIO INTERMÉDIAIRE PONDÉRÉ À 50 %	78
11.2 SCÉNARIO INTERMÉDIAIRE	78
11.3 SCÉNARIO AVEC REMPLACEMENT À 65 ANS	79
11.4 CONSTAT	79
CHAPITRE 12 – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS	80
12.1 LA DEMANDE TOTALE DE MAIN-D'ŒUVRE EN 2000	80
12.2 INDICE D'ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DES BESOINS	80
- Taux de croissance annuel moyen de 1,78 %	81
- Taux de croissance annuel moyen de 2,32 %	81
- Taux de croissance annuel moyen de 3 %	82
12.3 EFFECTIF NÉCESSAIRE ET RECRUTEMENT NÉCESSAIRE	82
CHAPITRE 13 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS	84
13.1 PROJECTION DES DIPLÔMÉS DISPONIBLES	84
13.2 COMPARAISON ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS	84
13.3 ADMISSIONS NÉCESSAIRES	87

<b>VOLET 4 – PLAN D'ACTION</b>	<b>91</b>
<b>CHAPITRE 14 – PROJET DE PLAN D'ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN PHARMACIE</b>	<b>93</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>101</b>
1 Présentation du « système de monitoring » pour la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux Document préparé par madame Suzanne Jean, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mai 2000.	103
2 Évolution de la pratique Document préparé par monsieur Alain Bureau et monsieur Germain Legault, Association des pharmaciens des établissements de santé (APES), mai 2000.	113
3 L'évolution du rôle du pharmacien Document préparé par l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), mai 2000.	127
4 Estimation des besoins de recrutement. Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles Document préparé par monsieur Denis Gagnon et monsieur Georges Jodoin, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2001.	141
5 Analyse de la capacité des établissements publics de santé d'attirer et de garder les diplômés Document préparé par monsieur Alain Bureau et monsieur Germain Legault, Association des pharmaciens des établissements de santé, mai 2000.	145
6 Questionnaire de l'enquête réalisée par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et l'Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec (ABCPQ), avril 2000.	149

## LISTE DES TABLEAUX, SCHÉMAS ET GRAPHIQUES

T1	Nombre de pharmaciens au Canada, par province et par territoire de 1988 à 1997	14
T2	Nombre d'habitants par pharmacien au Canada, selon la province ou le territoire de 1988 à 1997	15
T3	Répartition des pharmaciens par secteurs d'activité pour l'année 2000	15
T4	Évolution du nombre de membres inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec par secteur d'activité de 1991 à 2000	16
T5	Indice de croissance des effectifs par secteurs d'activité et par régions électorales de 1991 à 1999	17
T6	Synthèse des programmes d'études supérieures en pharmacie	23
T7	Sommaire des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation en pharmacie de 1992 à 1999	24
T8	Diplômes décernés par les facultés de pharmacie, 1991-1999	25
S1	Étudiants admis au baccalauréat en pharmacie	28
T9	Secteurs d'activité d'intégration des diplômés au marché du travail	29
T10	Pharmaciens en établissements de santé – Distribution de l'effectif de départ – Total des postes et des individus au 31 mars 1999	35
T11	Pharmaciens en établissements de santé selon le statut – Nombre en poste de 1985-1986 à 1998-1999	39
T12	Établissements de santé – Arrivées et départs de pharmaciens sur une période de trois ans, de 1997 à 1999	40
G1	Évolution des arrivées et des départs enregistrés par l'Ordre des pharmaciens du Québec de 1991 à 1999	41
T13	Projection annuelle des départs de l'effectif des pharmaciens dans les établissements de santé de 1999 à 2015	42
G2	Évolution des heures travaillées par poste et par statut dans les établissements de santé de 1985-1986 à 1998-1999	44
T14	Évolution des heures travaillées et des postes par statut pour les pharmaciens en établissements de santé – Heures régulières et heures supplémentaires de 1985-1986 à 1998-1999	45
T14	Évolution des heures travaillées et des postes par statut pour les pharmaciens en établissements de santé – Heures régulières et heures supplémentaires de 1985-1986 à 1998-1999	46
T15	Évolution des heures travaillées en pharmacie selon la catégorie d'emploi en établissement de santé – Heures travaillées par statut de 1985-1986 à 1998-1999	48
T16	Projection annuelle de l'effectif nécessaire et des besoins de recrutement des établissements de santé de 1999 à 2015	49

---

T17	Répartition des diplômés en pharmacie d'établissements par secteur d'emploi de 1995 à 1999	52
T18	Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens et le nombre de diplômés disponibles pour l'ensemble des catégories d'établissements de 1999 à 2015	54
T19	Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens et le nombre de diplômés disponibles pour l'ensemble des catégories d'établissements de 1999 à 2015	56
T20	Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens et le nombre de diplômés disponibles pour l'ensemble des catégories d'établissements de 1999 à 2015	58
T21	Évolution des pharmacies communautaires au Québec de 1994 à 1999	63
T22	Pharmacies communautaires au Québec – Distribution des pharmaciens propriétaires et salariés par groupe d'âges et par sexe	64
T23	Nombre de départs temporaires et définitifs et nombre de réinscriptions au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec – Ensemble des secteurs d'activité de 1994 à 1999	68
T24	Évolution des effectifs dans les pharmacies communautaires, de 1992 à 1999	70
T25	Pharmaciens actifs par groupe d'âge et par sexe et par statut	75
T26	Nombre de départs anticipés annuellement selon les trois scénarios étudiés de cessations d'emploi de 2000 à 2015	77
T27	Projection de recrutement selon différents scénarios pour l'ensemble des secteurs	83
T28	Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens et le nombre de diplômés disponibles – Ensemble des secteurs d'activité – Scénario C (1,78 %)	86
T29	Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens et le nombre de diplômés disponibles – Ensemble des secteurs d'activité – Scénario C (1,78 %)	88

---

## **INTRODUCTION**

Le Québec connaît actuellement une pénurie de pharmaciens. Ce problème concerne particulièrement les établissements publics de santé et les pharmacies communautaires. Des difficultés de recrutement ont également été signalées dans le secteur de l'industrie pharmaceutique et dans les milieux académiques.

Dans un premier temps, il a été décidé d'entreprendre des travaux de planification de la main-d'œuvre pour les pharmaciens en établissements de santé, sous la responsabilité de la Direction générale des politiques de main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux.

À la suite de représentations de l'Ordre des pharmaciens du Québec et du milieu universitaire, il a également été convenu d'élargir le champ d'investigation à l'ensemble des secteurs d'activité.

Le présent rapport porte sur les résultats des travaux consacrés aux besoins des établissements de santé (volet 1), des pharmacies communautaires (volet 2) et de l'ensemble du secteur de la pharmacie (volet 3). Le plan d'action fait l'objet du volet 4.

## MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Le mandat confié au groupe de travail était de mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations liées à la planification de l'effectif en pharmacie avant de proposer au ministère de la Santé et des Services sociaux des orientations et un plan d'action tirés d'un consensus sur les problèmes et d'une vision commune à tous les partenaires.

Dans une première étape consacrée aux besoins des établissements de santé, le groupe de travail devait :

- dresser un portrait de la situation de l'effectif actuel ;
- établir une projection de l'offre de main-d'œuvre ;
- projeter la demande de main-d'œuvre des employeurs ;
- transmettre aux autorités un aperçu des besoins en matière de formation de la relève.

Le groupe de travail avait par la suite à proposer un plan d'action permettant de répondre aux besoins. Ce plan devait :

- contenir des mesures à court, moyen et long terme afin que le réseau puisse offrir les services appropriés en disposant d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant ;
- permettre au réseau de l'éducation de connaître les besoins de formation ;
- préciser le partage des responsabilités entre les collaborateurs du plan d'action.

Les partenaires ont également été invités à explorer des moyens de transition, relativement à l'organisation du travail, ainsi que toutes les autres actions jugées appropriées.

Enfin, il s'agissait d'établir un plan d'action qui tienne compte de l'ensemble des besoins de main-d'œuvre dans le secteur de la pharmacie au Québec.

## COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le tableau suivant présente les organismes invités et les représentants délégués ayant participé directement aux travaux du groupe de travail.

ORGANISMES ET REPRÉSENTANTS	
Association des CLSC et des CHSLD du Québec	Louise Trépanier Denis Bourbeau
Association des hôpitaux du Québec	Claude Farah-Lajoie Raymond Paquin
Association des pharmaciens des établissements de santé	Alain Bureau Manon Lambert Germain Legault
Association québécoise des pharmaciens propriétaires	Normand Cadieux Richard Mayrand*
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec	Martial Boudreault
Facultés de pharmacie de l'Université de Montréal et de l'Université Laval	Claude Mailhot Jacques Dumas
Ministère de l'Éducation	Roger Murray
Ordre des pharmaciens du Québec	Chantal Des Groseilliers Danielle Fagnan Paul Fernet Louise Rousseau Nathalie Tellier
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Denis Gagnon Georges Jodoin Lucie Robitaille Robert Tremblay

\* À la suggestion de l'AQPP, un représentant de l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec s'est joint au comité.

## DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Le Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux a mis au point un système informatisé de monitoring pour la planification de la main-d'œuvre de son réseau.

Ce système est structuré selon une méthode de planification reconnue permettant l'entrée et le calcul des variables qui influent sur la projection de l'offre et de la demande de main-d'œuvre<sup>1</sup>.

Cette méthode consiste essentiellement à :

- déterminer l'offre actuelle de main-d'œuvre ;
- projeter les départs annuels des pharmaciens jusqu'en 2015 ;
- estimer l'évolution des besoins de main-d'œuvre en pharmacie jusqu'en 2015 ;
- comparer les besoins de recrutement net avec la relève disponible et juger de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre et l'offre de main-d'œuvre.

L'approche inclut l'étude de plusieurs scénarios de projection de l'offre et de la demande de main-d'œuvre. Chaque scénario comporte une sélection de variables reflétant diverses hypothèses quant à l'évolution des départs, à l'ampleur de la pénurie des effectifs, au rythme de croissance des besoins et au développement anticipé de la profession.

Le groupe de travail a été invité à fournir des précisions sur chacune des variables et à se prononcer sur le scénario reflétant le mieux la situation actuellement prévisible, tant en ce qui concerne les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, d'une part, que l'ensemble des secteurs d'activité des pharmaciens, d'autre part.

Au regard des résultats obtenus, le groupe de travail proposera un plan d'action portant sur les moyens d'offrir les services malgré la pénurie et de réduire les écarts observés.

---

1. On trouvera dans l'annexe 1 une description exhaustive du modèle d'analyse. En outre, la série de tableaux de l'annexe 4 traduit bien les étapes successives du système.

## CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE

La présente section vise à mettre en contexte les principaux éléments d'information nécessaires à la compréhension du secteur de la pharmacie avant d'aborder l'analyse prévisionnelle proprement dite.

Elle permettra notamment de situer le programme de maîtrise en pharmacie d'établissements dans le cadre plus général des programmes de formation en pharmacie et la profession de pharmacien en établissements de santé dans le contexte des autres secteurs d'activité de la pharmacie.

La recherche d'un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre dans le secteur de la pharmacie est motivée par un souci d'éviter les effets indésirables d'une pénurie ou d'un surplus de pharmaciens. De façon générale, les conséquences de l'une ou l'autre de ces situations se traduisent comme suit :

- la pénurie : surcharge de travail, protection inadéquate du public, hausse des coûts de main-d'œuvre générée par la rareté des ressources ;
- le surplus : chômage, gaspillage de ressources hautement qualifiées, dégradation des conditions de travail des salariés.

Actuellement, les intervenants dans le domaine sont d'avis qu'il existe une pénurie importante de pharmaciens au Québec. La situation serait également préoccupante en Ontario. Les tableaux 1 et 2 montrent l'évolution du nombre de pharmaciens et du nombre d'habitants par pharmacien au Canada, par province et par territoire entre 1988 à 1997. Leur lecture nous permet de constater que le Québec et l'Ontario sont en arrière par rapport aux autres provinces. Pour atteindre un nombre de pharmaciens par habitant comparable à la moyenne canadienne en 1997, il aurait fallu ajouter 387 pharmaciens au Québec. Notons par ailleurs que le nombre de pharmaciens par habitant au Québec en 1997 était légèrement supérieur à celui de l'Ontario.

D'autres éléments susceptibles d'accroître le besoin de main-d'œuvre, sont liés à la pratique professionnelle. Ainsi, les pharmaciens sont des professionnels hautement qualifiés au terme d'un cursus universitaire exigeant de quatre ans. En souhaitant mettre pleinement à profit les compétences acquises, la profession se donne pour objectif d'évoluer vers l'application du concept de soins pharmaceutiques, lequel nécessite toutefois une plus grande disponibilité du pharmacien à l'égard de sa clientèle.

Or, une série d'obstacles, identifiés par l'Ordre des pharmaciens, se dressent devant cet objectif, dont :

- un nombre insuffisant d'effectifs ;
- l'existence d'un système favorisant davantage l'exécution d'un grand nombre d'ordonnances plutôt que la relation entre le pharmacien et son client ;
- le manque de coordination entre les institutions de santé et les professionnels. Ainsi, la consultation et l'orientation n'apparaissent nulle part dans l'évaluation de la tâche des pharmaciens ;
- le manque de données mesurant l'efficacité, le coût et la portée des interventions des pharmaciens.

**Tableau 1**

**Nombre de pharmaciens au Canada, par province et par territoire de 1988 à 1997**

Provinces et territoires	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Terre-Neuve	402	396	412	414	444	455	445	484	483	489
Île-du-Prince-Édouard	73	79	84	85	97	104	101	112	111	113
Nouvelle-Écosse	650	662	691	707	737	740	761	788	828	818
Nouveau-Brunswick	377	390	412	430	435	493	477	478	511	533
Québec	3 978	4 122	4 342	4 742	4 586	4 718	4 860	5 342	5 387	5 148
Ontario	5 783	6 259	6 499	6 772	7 136	7 345	7 531	7 666	7 852	7 928
Manitoba	752	838	799	819	826	858	846	858	914	906
Saskatchewan	883	863	967	975	980	983	1 013	1 043	1 049	1 080
Alberta	2 133	2 313	2 262	2 354	2 516	2 515	2 538	2 545	2 609	2 686
Colombie-Britannique	2 301	2 374	2 391	2 473	2 548	2 645	2 747	2 812	2 946	3 032
Territoire du Yukon	19	13	12	13	12	26	37	27	30	30
Territoires du Nord-Ouest	23	28	25	26	28	19	24	42	47	36
<b>Canada</b>	<b>17 374</b>	<b>18 337</b>	<b>18 896</b>	<b>19 810</b>	<b>20 345</b>	<b>20 901</b>	<b>21 380</b>	<b>22 197</b>	<b>22 767</b>	<b>22 799</b>

Source : Institut canadien d'information en santé.

**Tableau 2**  
**Nombre d'habitants par pharmacien au Canada,**  
**selon la province ou le territoire**  
**de 1988 à 1997**

Provinces et territoires	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Terre-Neuve	1 432	1 456	1 403	1 400	1 308	1 269	1 283	1 166	1 154	1 124
Île-du-Prince-Édouard	1 781	1 650	1 553	1 537	1 357	1 279	1 331	1 210	1 230	1 209
Nouvelle-Écosse	1 385	1 370	1 320	1 298	1 251	1 251	1 218	1 180	1 127	1 143
Nouveau-Brunswick	1 943	1 891	1 804	1 737	1 721	1 522	1 576	1 574	1 474	1 414
Québec	1 731	1 689	1 620	1 494	1 558	1 524	1 487	1 359	1 354	1 422
Ontario	1 725	1 629	1 594	1 548	1 490	1 464	1 446	1 439	1 423	1 430
Manitoba	1 465	1 316	1 385	1 356	1 350	1 305	1 331	1 318	1 242	1 254
Saskatchewan	1 157	1 171	1 037	1 027	1 024	1 025	999	974	973	947
Alberta	1 161	1 090	1 137	1 110	1 055	1 069	1 072	1 084	1 076	1 069
Colombie-Britannique	1 373	1 369	1 396	1 385	1 384	1 372	1 361	1 364	1 332	1 317
Territoire du Yukon	1 413	2 115	2 346	2 257	2 516	1 154	819	1 166	1 071	1 070
Territoires du Nord-Ouest	2 451	2 063	2 389	2 371	2 245	3 391	2 749	1 594	1 436	1 876
<b>Canada</b>	<b>1 556</b>	<b>1 498</b>	<b>1 475</b>	<b>1 423</b>	<b>1 403</b>	<b>1 381</b>	<b>1 365</b>	<b>1 329</b>	<b>1 310</b>	<b>1 323</b>

Source : Institut canadien d'information en santé.

### 1.1 PROFIL GÉNÉRAL ACTUEL DE L'EFFECTIF EN PHARMACIE

Le tableau 3 reproduit les données de l'Ordre des pharmaciens du Québec en date du 3 janvier 2000 concernant la répartition des membres par secteurs d'activité.

**Tableau 3**  
**Répartition des pharmaciens par secteurs d'activité**  
**pour l'année 2000**

Secteurs d'activité	Effectif	%
Pharmacies communautaires		
– Salariés	2 569	43,9
– Propriétaires	1 443	24,6
<b>Sous-total</b>	<b>4 012</b>	<b>68,5</b>
Établissements de santé	1 011	17,3
Industrie pharmaceutique	260	4,4
Sans emploi	431	7,4
Autres (enseignement, gouvernement, associations)	144	2,4
<b>Total</b>	<b>5 858</b>	<b>100,0</b>

Source : Ordre des pharmaciens du Québec.

## 1.2 ÉVOLUTION DES EFFECTIFS (1991-2000)

L'analyse des informations statistiques fournies par l'Ordre fait ressortir que l'évolution des dix dernières années a été marquée par les faits qui suivent.

### Répartition par secteur d'activité

- Comme le montre le tableau 4, les effectifs, dans chaque secteur d'activité, ont évolué de 1991 à 2000 à un rythme soutenu, plus rapidement que la croissance de la population québécoise au cours de la même période (le taux de croissance annuel moyen de la population du Québec a été de 0,5 %).

Tableau 4

**Évolution du nombre de membres inscrits  
au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec  
par secteur d'activité  
de 1991 à 2000**

SECTEURS D'ACTIVITÉ	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Taux de croissance annuel moyen
Pharmacies communautaires											
– Salariés	1 962	2 015	2 111	2 260	2 292	2 349	2 399	2 339	2 518	2 569	3,04 %
– Propriétaires	1 289	1 303	1 314	1 318	1 372	1 398	1 397	1 434	1 436	1 443	1,26 %
<b>Sous-total</b>	<b>3 251</b>	<b>3 318</b>	<b>3 425</b>	<b>3 578</b>	<b>3 664</b>	<b>3 747</b>	<b>3 796</b>	<b>3 773</b>	<b>3 954</b>	<b>4 012</b>	<b>2,36 %</b>
Établissements de santé	833	850	886	921	928	945	917	973	985	1 011	2,18 %
Indust. pharmaceutiques	130	133	151	182	176	171	187	204	248	260	8,01 %
Sans emploi	421	481	436	323	373	413	529	557	418	431	0,26 %
Autres (gouvernement, associations, enseignement)	73	78	92	116	118	120	109	142	142	144	7,84 %
<b>TOTAL</b>	<b>4 708</b>	<b>4 860</b>	<b>4 990</b>	<b>5 120</b>	<b>5 259</b>	<b>5 396</b>	<b>5 538</b>	<b>5 649</b>	<b>5 747</b>	<b>5 858</b>	<b>2,46 %</b>

Source : compilation à l'aide des données fournies par l'Ordre de pharmaciens du Québec.

- La distribution par secteur n'a pas changé de façon significative entre 1991 et 2000, les pharmaciens en établissements de santé représentant structurellement environ 17 % de l'effectif total (17,7 % en 1991, 17,3 % en 2000), et les pharmaciens travaillant dans les pharmacies communautaires autour de 68 % de cet effectif (69 % en 1991 et 68 % en 2000).

### Répartition par âge et par sexe

- En neuf ans (de 1991 à 2000), l'effectif féminin a augmenté de plus de 50 %, passant de 2 160 à 3 377.
- L'effectif féminin est devenu majoritaire, passant de 46 % de l'effectif total en 1991 à 57 % en 2000. Les femmes comptent, depuis plus de dix ans, pour environ 72 % des inscriptions dans les programmes de formation ; il est probable que l'effectif total se rapprochera de cette proportion à plus ou moins long terme.

### Répartition par région et par catégorie d'employés (de 1991 à 1999)

- La croissance des effectifs totaux (22 %) paraît avoir été bien répartie entre les régions.
- Les variations interrégionales s'expliquent par le rattrapage de régions moins bien pourvues au départ et surtout par la croissance démographique marquée de certaines régions, en particulier dans les régions périphériques de Montréal.

**Tableau 5**

**Indice de croissance des effectifs  
par secteurs d'activité et par régions électorales<sup>(1)</sup>  
de 1991 à 1999  
(1991 = 100)**

Régions électorales	Pharmacies communautaires			Établ. de santé	Indus. pharm.	Autres	Sans emploi	TOTAL
	Salariés	Propriétaires	Total					
1 Montréal	119	104	113	118	158	200	102	<b>118</b>
2 Québec	132	103	121	113	338	200	125	<b>124</b>
3 Trois-Rivières	134	107	121	135	*	*	114	<b>123</b>
4 Cantons de l'Est	134	117	127	117	*	*	40	<b>120</b>
5 Outaouais, Nord-Ouest	134	115	126	104	*	*	86	<b>122</b>
6 Saguenay-Lac-Saint-Jean	137	128	133	121	*	*	43	<b>127</b>
7 Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Côte-Nord	119	135	125	123	*	*	150	<b>125</b>
8 Richelieu, Saint-Hyacinthe	115	113	114	135	*	*	133	<b>120</b>
9 Saint-Jean, Beauharnois	130	125	128	105	*	*	144	<b>129</b>
10 Laurentides, Terrebonne, Joliette	164	135	152	144	*	*	169	<b>156</b>

\* Nombre négligeable.

(1) Il s'agit des régions électorales utilisées par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

## **Analyse de la répartition régionale en 2000**

L'Ordre des pharmaciens du Québec a fait réaliser des travaux au cours de l'été 2000, à partir de données qu'il a recueillies, par IMS Health Inc. et Statistique Canada afin de dresser un portrait de la répartition géographique des pharmaciens travaillant dans le milieu communautaire.

Le sommaire des conclusions qui suit est extrait d'une étude intitulée *Les ressources pharmaceutiques sur le territoire québécois : État de situation au 13 juin 2000*, publiée par l'Ordre des pharmaciens du Québec en octobre 2000. Cette étude utilise des ratios du type « nombre de ressources pour 1 000 habitants » qui sont particulièrement utiles pour donner une vue d'ensemble des effectifs dans le secteur communautaire. Pour ce qui est de la répartition géographique des établissements de santé, il aurait fallu pondérer ces ratios en fonction de facteurs liés aux caractéristiques des établissements, comme la mission, la vocation, le nombre de lits, la population du territoire et la capacité de garder leur clientèle.

Cette étude a permis de constater qu'il y a beaucoup de diversité à l'intérieur de chacune des régions et entre les régions au regard des paramètres pour lesquels il a été possible d'obtenir des données. Cette diversité a pour conséquence de nuire à la mise en évidence des facteurs qui seraient susceptibles, si on intervenait à leur niveau, d'améliorer significativement la position relative d'une région.

En effet, en regroupant les régions en fonction des résultats obtenus par rapport à la moyenne, il a été possible de définir la situation de chacune des régions. Cependant, il demeure difficile de déterminer les caractéristiques communes des régions ayant obtenu un classement identique.

Dans cette analyse, cinq paramètres sont déterminants. Trois d'entre eux permettent d'apprécier l'accessibilité aux services pharmaceutiques, soit le nombre de pharmaciens par 1 000 habitants, le nombre de pharmaciens communautaires par 1 000 habitants et le nombre de pharmacies par 1 000 habitants. Les deux autres paramètres, soit le nombre de pharmaciens par pharmacie et le nombre de pharmaciens salariés par propriétaire, nous donnent un aperçu de la répartition de la main-d'œuvre.

Trois régions présentent des résultats supérieurs à la moyenne de façon appréciable pour les paramètres concernant l'accessibilité aux services. Il s'agit de la région de Québec pour le nombre de pharmaciens par 1 000 habitants et pour le nombre de pharmaciens communautaires par 1 000 habitants, de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine pour le nombre de pharmaciens par 1 000 habitants et de la région Chaudière-Appalaches pour le nombre de pharmaciens communautaires et de pharmacies par 1 000 habitants.

Sept régions ont des résultats inférieurs à la moyenne de façon appréciable pour les paramètres concernant l'accessibilité aux services. Il s'agit des régions de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec, qui se différencient sur le plan du nombre de pharmaciens par 1 000 habitants, du nombre de pharmaciens communautaires par 1 000 habitants et du nombre de pharmacies par 1 000 habitants.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et celle de Lanaudière diffèrent des autres régions par le nombre de pharmaciens par 1 000 habitants, tandis que la région de Laval se différencie par le nombre de pharmacies par 1 000 habitants.

Deux régions se distinguent en ayant des résultats supérieurs à la moyenne de façon appréciable pour les paramètres concernant la répartition de la main-d'œuvre. Il s'agit de la région de Laval pour le nombre de pharmaciens par pharmacie et le nombre de salariés par propriétaire, et de la région de Québec pour le nombre de salariés par propriétaire.

Quatre régions présentent des résultats inférieurs à la moyenne de façon appréciable pour les paramètres concernant la répartition de la main-d'œuvre. Les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Nord-du-Québec se différencient tant pour le nombre de pharmaciens par pharmacie que pour le nombre de salariés par propriétaire. La région de l'Abitibi-Témiscamingue et celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec diffèrent des autres régions pour le nombre de salariés par propriétaire.

Outre que la région de Québec semble relativement avantagée avec des écarts supérieurs à la moyenne de façon appréciable pour une majorité des paramètres déterminants, et que les régions de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec semblent désavantagées avec des écarts inférieurs à la moyenne de façon appréciable pour une majorité des paramètres déterminants, les autres régions ont tellement de résultats en commun, indépendamment de leurs rangs respectifs, qu'il paraît difficile de penser que les variables géographiques soient un élément majeur qui permettrait d'expliquer la capacité relative d'une région à offrir des services pharmaceutiques à sa population ou encore à obtenir un taux de répartition optimal de sa main-d'œuvre. En effet, en moyenne, chacune des seize régions partage des résultats avec sept autres régions.

De façon générale, il n'y a que peu de régions qui ont des écarts appréciables par rapport à la moyenne pour une majorité de paramètres déterminants. Ces résultats sont donc cruciaux puisqu'ils nous indiquent d'une part que, contrairement à ce qui se passe avec d'autres professions, ce n'est pas tellement sur le problème de la répartition géographique que nous devons concentrer nos efforts de façon prioritaire et, d'autre part, qu'il faudra définir d'autres paramètres que le nombre d'ordonnances pour obtenir

des indicateurs plus fiables qui nous permettront d'établir les besoins de la population en matière de services pharmaceutiques.

### 1.3 CATÉGORIE DES PHARMACIENS SANS EMPLOI

Dans un contexte où il est question de pénurie de pharmaciens, il paraît important dès le départ de faire le point sur la mention « pharmacien sans emploi » présentée dans le tableau 4. Il y est en effet indiqué que 431 pharmaciens sont enregistrés sous cette dénomination.

L'Ordre définit la désignation « sans emploi » comme suit : « pharmacien ou pharmacienne inscrit(e) au tableau de l'Ordre ne travaillant pas au Québec ou exerçant une autre profession ».

Il peut donc s'agir de personnes qui, au moment du renouvellement de leur permis d'exercice, étaient en transition de carrière ou en retrait prolongé (maladie, congé sabbatique, études à l'étranger, etc.).

L'Ordre a réalisé, au cours de l'été 2000, une enquête pour obtenir des informations additionnelles auprès des pharmaciens qui se déclarent sans emploi.

Pour cette enquête, l'Ordre a retenu 171 personnes (42,1 % d'hommes et 57,9 % de femmes) dont l'année moyenne d'obtention du permis d'exercice était 1981 (la médiane était 1976). De ce nombre, 163 personnes satisfaisaient aux critères établis pour pouvoir répondre au questionnaire d'enquête et 53,4 % d'entre elles y ont répondu.

Les résultats préliminaires de cette enquête indiquent que :

- 28,4 % des personnes auraient déjà réintégré la profession au Québec ;
- les autres personnes sont dans la situation suivante (par ordre d'importance) :
  - à la retraite,
  - travaillent dans un autre domaine,
  - en congé de maladie,
  - aux études dans le but de réorienter leur carrière,
  - restent à la maison,
  - en congé sabbatique,
  - en congé de maternité,
  - autres situations ;

- seulement 2,3 % des personnes interrogées seraient réellement au chômage ;
- 7,9 % ne travaillent pas en pharmacie et désireraient un emploi dans un établissement de santé ;
- 19,5 % ne travaillent pas en pharmacie et désireraient un emploi dans une pharmacie communautaire.

À la lumière de ces résultats, on ne peut compter sur une réintégration significative des pharmaciens actuellement sans emploi pour combler les besoins.

#### **1.4 BILAN MIGRATOIRE**

L'immigration correspond au nombre de diplômés d'une faculté de pharmacie hors Québec qui, ayant reçu un permis de pratique (au terme d'une démarche où les candidats auront obtenu leurs équivalences de diplôme et complété leur formation), exercent leur profession au Québec.

L'émigration correspond au nombre de pharmaciens qui quittent le Québec pour exercer leur profession à l'étranger.

Depuis 1990, selon les analyses effectuées par l'Ordre des pharmaciens du Québec, 282 candidats étrangers ont fait une demande d'équivalence de diplôme à l'Ordre. De ce nombre, 97 ont reçu une équivalence de diplôme et pratiquent au Québec. Parmi ces derniers, on observe que seulement 1 candidat (1 %) a choisi de travailler dans un établissement de santé.

Par ailleurs, depuis 1990, 60 pharmaciens auraient quitté le Québec pour exercer la pharmacie ailleurs, soit en moyenne 6 personnes par année.

Depuis quatre ans, les critères d'acceptation des candidats étrangers (hors Canada) ont été resserrés compte tenu de l'évolution de la pratique pharmaceutique. En moyenne, seulement quatre candidats sont admissibles chaque année. Depuis quelques années, le bilan migratoire serait donc négatif, avec une perte annuelle nette de deux pharmaciens. Ces données préliminaires doivent néanmoins être validées. Par ailleurs, on ne peut apporter de conclusion pour le moment sur le bilan migratoire interprovincial, en raison de la non-disponibilité des données.

L'Ontario est actuellement plus touchée par le recrutement effectué par les chaînes américaines. Ceci a pour effet d'augmenter les besoins de personnel dans cette province. Les régions frontalières des provinces voisines de l'Ontario, comme l'Outaouais au Québec, sont les premières à en ressentir les contrecoups.

Il appert enfin que, la pénurie de pharmaciens se faisant sentir au Canada et aux États-Unis, le risque demeure que l'émigration des pharmaciens québécois puisse s'aggraver au cours des prochaines années. À cet égard, le comité a été informé que des entreprises américaines effectuent des missions de recrutement auprès des finissants des facultés de pharmacie du Québec.

### 1.5 PROGRAMMES DE FORMATION

Les facultés de pharmacie de l'Université de Montréal et de l'Université Laval offrent le baccalauréat en pharmacie donnant accès – après que les étudiants aient satisfait aux exigences du stage d'internat d'une durée minimale de 600 heures exigé par l'Ordre des pharmaciens du Québec – à l'exercice de la pharmacie, que la Loi sur la pharmacie définit comme suit :

« Constitue l'exercice de la pharmacie tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison. L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignement sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons, de même que la constitution d'un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien livre des médicaments ou des poisons sur ordonnance et l'étude pharmacologique de ce dossier. »

En 1996 et 1997, les deux facultés ont admis sensiblement le même nombre de nouveaux étudiants au baccalauréat, soit environ 125 (voir le tableau 7). En 1998, les admissions à l'Université Laval se sont maintenues puis elles ont baissé à 117 en 1999, pour atteindre 140 à la rentrée de septembre 2000. À l'Université de Montréal, les admissions ont été portées de 126 en 1997 à 134 en 1998, puis à 145 en 1999 et à 165 en septembre 2000.

Un certain nombre de diplômés poursuivent des études de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles. Le milieu universitaire est d'avis qu'environ 25 % des étudiants qui termineront leur baccalauréat poursuivront des études supérieures. Les programmes d'études supérieures en pharmacie font l'objet d'une description sommaire dans le tableau 6.

Par ailleurs, les données relatives aux nouvelles inscriptions et aux diplômes attribués dans ces programmes au cours de la période allant de 1992 à 1999 sont présentées dans les tableaux 7 et 8.

Tableau 6

## SYNTHÈSE DES PROGRAMMES D'ÉTUDES SUPÉRIEURES EN PHARMACIE

## FORMATION PROFESSIONNELLE

Université Laval		Université de Montréal <sup>(1)(2)</sup>
<b>1. ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</b>		
<b>Programme</b>	<b>Maîtrise avec stage et essai (pharmacie d'hôpital) (13-2.428.11)</b>	<b>M. Sc. (pratique pharmaceutique), option pratique en établissement de santé</b>
<b>Objectif</b>	Exercer la pharmacie en établissement de santé, diriger un département ou un service de pharmacie.	Exercer la pharmacie en établissement de santé, diriger un département ou un service de pharmacie.
<b>Candidat</b>	Baccalauréat en pharmacie.	Baccalauréat en pharmacie.
<b>Crédits</b>	48 crédits : cours (19), stages (23), essais (6).	60 crédits : cours (15), atelier (2), stages (36), travail dirigé (7).
<b>2. PHARMACIE COMMUNAUTAIRE</b>		
<b>Programme</b>	<b>Diplôme de deuxième cycle en pharmacie communautaire</b>	<b>M. Sc. (pratique pharmaceutique), option pratique communautaire</b>
<b>Objectif</b>	Répondre aux besoins des pharmaciens et des pharmaciennes qui désirent acquérir les connaissances et les habiletés qui leur permettent de relever les défis actuels et futurs de la profession, tels que le virage ambulatoire des services de la santé, les soins pharmaceutiques, les revues d'utilisation des médicaments en milieu ambulatoire, la gestion intégrée des soins de santé et l'assurance médicament.	S'adresse aux candidats qui s'orientent vers une carrière en pharmacie communautaire, afin qu'ils puissent répondre de façon optimale aux besoins de la population en matière de soins pharmaceutiques.
<b>Candidat</b>	Baccalauréat en pharmacie, un an d'expérience en pharmacie communautaire.	Baccalauréat en pharmacie.
<b>Crédits</b>	30 crédits : cours (30).	60 crédits : cours (15), atelier (2), stages (36), travail dirigé (7).
<b>3. ADMINISTRATION, AFFAIRES, DÉVELOPPEMENT DU MÉDICAMENT</b>		
<b>Programme</b>	<b>MBA : gestion pharmaceutique</b>	<b>Diplôme d'études supérieures spécialisées (développement du médicament)</b>
<b>Objectif</b>	Donner à l'étudiant des connaissances pratiques en administration pour lui permettre de comprendre toutes les composantes de l'organisation et d'en optimiser toutes les fonctions et activités.	Former des professionnels capables de répondre aux exigences scientifiques et gouvernementales propres aux diverses étapes du développement du médicament, de comprendre les problèmes inhérents à chacune d'elles, d'intégrer et d'appliquer les connaissances acquises.
<b>Candidat</b>	Baccalauréat en pharmacie ou dans une discipline liée au domaine pharmaceutique.	Baccalauréat de premier cycle équivalent, note B, formation connexe.
<b>Crédits</b>	45 crédits.	30 crédits.
<b>Remarque</b>	25 admissions en 1998-1999.	De 1995 à 1998 : 17 diplômés.
<b>FORMATION DE RECHERCHE</b>		
<b>4. RECHERCHE</b>		
<b>Programme</b>	<b>Maîtrise avec mémoire (12-2-428.01)</b>	<b>M. Sc. (sciences pharmaceutiques) (2-700-1-0)</b>
<b>Objectif</b>	Procurer à l'étudiant des connaissances théoriques et une formation scientifique pharmaceutique, en vue de l'exercice comprenant plus d'un aspect de la profession ou comme étape préparatoire aux études de troisième cycle.	La maîtrise est une initiation à la recherche. La formation au niveau de la M. Sc. pharmaceutique comprend des cours avancés et une prédominance en recherche expérimentale (planification, réalisation et interprétation) qui se concrétise par la rédaction et la présentation d'un mémoire.
<b>Candidat</b>	Baccalauréat en pharmacie ou formation jugée équivalente.	Baccalauréat en pharmacie ou formation jugée équivalente.
<b>Crédits</b>	48 crédits : cours (12), mémoire (36).	45 crédits : cours (8), mémoire (37).
<b>Programme</b>	<b>Doctorat</b>	<b>Ph. D. (sciences pharmaceutiques) (3-700-1-0)</b>
<b>Objectif</b>	Donner à l'étudiant des connaissances théoriques et pratiques en sciences pharmaceutiques en vue de l'exercice autonome de sa profession de chercheur.	Donner à l'étudiant des connaissances théoriques et pratiques en sciences pharmaceutiques en vue de l'exercice autonome de sa profession de chercheur.
<b>Candidat</b>	Maîtrise ès sciences ou formation jugée équivalente.	Maîtrise en sciences pharmaceutiques ou formation jugée équivalente.
<b>Crédits</b>	96 crédits : cours (10), thèse (86).	90 crédits : cours (3), thèse (87).

(1) Depuis l'automne 2000, deux nouveaux programmes ont été mis en place à l'Université de Montréal. Il s'agit de programmes de perfectionnement professionnel (Soins pharmaceutiques et Pharmacien – maître de stage).

(2) Depuis l'automne 2000, à l'Université de Montréal, il existe un programme de maîtrise en développement du médicament.

**Tableau 7**  
**Sommaire des nouvelles inscriptions dans les programmes**  
**de formation en pharmacie**  
**de 1992 à 1999**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Baccalauréat*</b>								
Laval	113	116	115	114	123	125	126	117
Montréal	130	124	132	126	128	126	134	145
Sous-total	243	240	247	240	251	251	262	262
<b>Maîtrise en pharmacie hospitalière**<sup>(1)</sup></b>								
Laval	79	25	21	26	24	19	22	22
Montréal	24	113	34	28	27	10	19	29
Sous-total	103	138	55	54	51	29	41	51
<b>Maîtrise en pharmacie communautaire*</b>								
Laval	-	-	-	-	32	55	6	4
Montréal	-	-	-	-	-	-	-	3
<b>Maîtrise en sciences pharmaceutiques**</b>								
Laval	7	8	11	12	5	6	4	2
Montréal	11	12	9	11	15	19	16	25
Sous-total	18	20	20	13	20	25	20	27
<b>Diplômes de 2<sup>e</sup> cycle*</b>								
MBA Gestion pharmaceutique (Laval)	-	-	-	-	-	-	25	25
DESS (Montréal)	-	-	17	11	19	32	32	33
<b>Doctorat en pharmacie ou en sciences pharmaceutiques**</b>								
Laval	1	1	5	5	8	5	7	1
Montréal	2	2	7	3	6	6	5	10
Sous-total	3	3	12	8	14	11	12	11

\* MEQ.

\*\* MEQ, Commission des universités sur les programmes, annexe 4.4, janvier 2000.

(1) Au cours de 1992, 1993 et 1994, plusieurs pharmaciens détenteurs d'un diplôme ou d'un certificat en pharmacie d'hôpital se sont inscrits à un programme de cours leur permettant de convertir leur diplôme ou certificat en une maîtrise en pharmacie d'hôpital après avoir satisfait aux exigences universitaires.

**Tableau 8**  
**Diplômes décernés par les facultés de pharmacie**  
**1991-1999**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Baccalauréat</b>									
Laval	97	69	98	95	96	115	123	104	98
Montréal	125	126	101	113	105	136	111	116	123
Sous-total	222	195	199	208	201	251	234	220	221
<b>Maîtrise en pharmacie hospitalière</b>									
Laval	20	23	18	23	16	20	21	18	20
Montréal	23	20	24	24	24	25	23	0 <sup>1</sup>	28
Sous-total	43	43	121	78	40	45	44	18 <sup>2</sup>	48
<b>Maîtrise en pharmacie communautaire</b>									
Laval (diplôme de 2 <sup>e</sup> cycle)	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Montréal (option communautaire)	-	-	-	-	-	-	-	-	0
<b>Maîtrise en sciences pharmaceutiques</b>									
Laval	7	7	4	6	6	8	9	5	4
Montréal	2	1	2	6	6	9	1	7	12
Sous-total	9	8	6	12	12	17	10	12	16
<b>Diplôme de 2<sup>e</sup> cycle</b>									
MBA Gestion pharmaceutique (Laval)	-	-	-	-	-	-	-	-	0
DESS (développement du médicament)	-	-	-	-	1	2	0	14	7
<b>Doctorat en pharmacie</b>									
Laval	2	2	2	0	2	0	1	0	2
<b>Doctorat en sciences pharmaceutiques</b>									
Montréal	2	1	4	-	3	1	4	0	5

Source : ministère de l'Éducation.

1. En 1998, le programme a été étendu de 12 à 16 mois, ce qui explique l'absence de diplômés.
2. Le programme de financement des résidents en pharmacie d'établissements a fait l'objet d'une réévaluation qui a conduit à une baisse du nombre de bourses (35 bourses en 1997-1998).

## 1.6 PROGRAMME DE MAÎTRISE EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENTS<sup>2</sup>

Les programmes de formation en pharmacie d'établissements visent à préparer le pharmacien à une pratique en milieu hospitalier. Les étudiants sont soutenus par une bourse<sup>3</sup> octroyée par le ministère de la Santé et des Services sociaux durant la période de stage (un an de stage dans le cadre d'un programme de formation d'une durée de seize mois) dans un centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal ou à l'Université Laval.

Il s'agit d'un programme de formation en quelque sorte contingenté par le nombre de bourses offertes par le Ministère. À la suite d'une évaluation des besoins du réseau en 1986<sup>4</sup>, celui-ci a financé 46 bourses entre 1986 et 1996. En 1995-1996, la rémunération de chacun des 46 postes de résidents s'élevait à 17 500 \$. Historiquement, depuis plusieurs années, la rémunération était indexée de 500 \$ chaque année. Dans le contexte de la transformation du réseau, des fermetures d'hôpitaux, de la mise en disponibilité d'un certain nombre de pharmaciens et des compressions budgétaires qui ont marqué cette période, le programme de financement des résidents en pharmacie d'établissements a fait l'objet d'une réévaluation qui a conduit à une baisse du nombre et de la rémunération des bourses (35 bourses de 15 000 \$ en 1997-1998).

Par la suite, plusieurs facteurs<sup>5</sup> ont eu pour effet d'accroître les besoins de recrutement et ont entraîné rapidement un rehaussement du nombre de bourses à son niveau antérieur (46 bourses en 1998-1999 et en 1999-2000) et à un nouveau relèvement l'année suivante (49 bourses de 17 500 \$ en 2000-2001). Il est à noter que le montant initialement prévu de la bourse en 2000-2001 était le même que celui qui était versé en 1995-1996. De façon transitoire, la bourse pour 2000-2001 a été majorée à 20 400 \$.

---

2. Il convient désormais de remplacer les termes « pharmacie d'hôpital » et « pharmacie hospitalière » par « pharmacie d'établissements » afin de tenir compte du fait que les pharmaciens peuvent travailler au sein d'établissements ayant diverses missions dans le réseau de la santé et des services sociaux.

3. Le terme bourse est utilisé pour fins de commodité. En fait, les sommes sont versées sous forme de salaire et d'avantages sociaux dans le cadre d'un stage rémunéré en établissement.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation des besoins en pharmaciens et pharmaciennes d'hôpital*, Québec, Service de la planification des ressources humaines, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, 51 p.

5. Programme de départ volontaire, levée des compressions budgétaires, etc.

## 1.7 CORRESPONDANCE ENTRE LA FORMATION ET L'EMPLOI

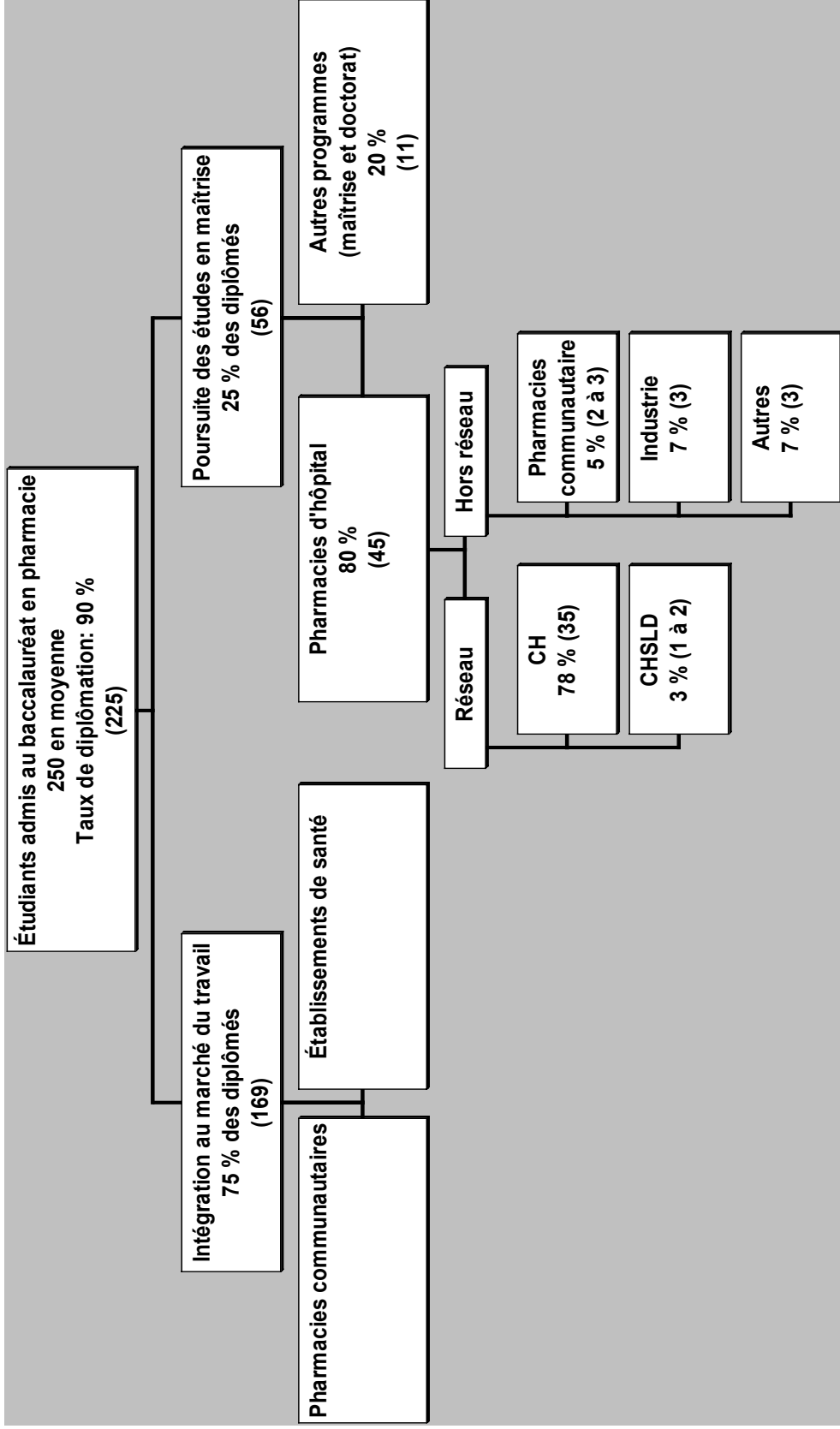
Le schéma présenté à la page suivante illustre le cheminement général des étudiants qui s'orientent en pharmacie.

Comme le montre ce schéma, les facultés de pharmacie québécoises ont admis quelque 250 étudiants par année en moyenne de 1996 à 1998 dans les programmes de baccalauréat. On estime que près de 90 % de ces étudiants obtiendront leur diplôme, de sorte que 225 pharmaciens compléteront leurs études chaque année entre 2000 et 2004.

Au terme du programme de baccalauréat, une majorité de pharmaciens (75 %) intégreront le marché du travail, presque exclusivement en pharmacie communautaire<sup>6</sup>, soit environ 169 pharmaciens. Les autres (25 %) poursuivront leurs études dans les programmes de maîtrise ou de doctorat, dont 80 %, soit environ 45 par année, s'orienteront vers le programme en pharmacie d'établissements conduisant principalement à une intégration dans les établissements publics de santé.

---

6. Selon les enquêtes réalisées par les universités et par le MEQ (Relance), 98 % des finissants auront trouvé un emploi dans leur domaine à la fin de leurs études en pharmacie. Cette donnée est compatible avec les résultats préliminaires de l'enquête menée par l'Ordre des pharmaciens auprès des membres inscrits dans la catégorie « sans emploi », dans laquelle 2,3 % des pharmaciens qui s'y retrouvent déclarent être au chômage.



En septembre 2000, le MSSS a porté à 49 le nombre de bourses pour les résidents en pharmacie d'établissements. Sur la base des observations récentes, on prévoit que 40 diplômés choisiront de travailler en établissements de santé.

La formation de base correspondant aux secteurs d'activité d'intégration des diplômés au marché du travail suit un profil général (voir le tableau 9).

**Tableau 9**  
**Secteurs d'activité d'intégration des diplômés**  
**au marché du travail**

<b>Secteurs d'activité</b>	<b>Formation académique</b>	<b>Remarques</b>
Pharmacies communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baccalauréat en pharmacie</li> <li>• Maîtrise en pharmacie communautaire</li> </ul>	Exigence : être membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec.
Établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maîtrise en pharmacie d'établissements</li> </ul>	Exigence : être membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec.  Actuellement, environ 80 % des pharmaciens travaillant dans les établissements de santé détiendraient un diplôme ou une maîtrise en pharmacie d'établissements.
Industrie Administration Affaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maîtrise en sciences pharmaceutiques</li> <li>• MBA Gestion pharmaceutique</li> <li>• Diplôme d'études spécialisées (développement du médicament)</li> </ul>	Sauf exception, les professionnels dans ces secteurs d'activité n'ont pas nécessairement obtenu un baccalauréat en pharmacie et ne font pas nécessairement partie de l'Ordre.
Milieux d'enseignement Recherche et développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doctorat</li> </ul>	

Il existe des mouvements intersectoriels de main-d'œuvre. Quelques établissements emploient des bacheliers en pharmacie, en raison de la pénurie de diplômés en pharmacie d'établissements. Inversement, des pharmaciens des établissements de santé, avec ou sans diplôme de maîtrise en pharmacie d'établissements, travaillent dans les officines communautaires.

## 1.8 DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION

La pratique de la pharmacie a évolué à un rythme important au cours des dernières décennies, que ce soit en établissement de santé ou en pharmacie communautaire.

### 1.8.1 En établissement de santé

Un document préparé par l'APES<sup>7</sup> portant particulièrement sur l'évolution de la pratique en établissement de santé est reproduit *in extenso* dans l'annexe 2.

- Le document rappelle les objectifs, les particularités et les effets administratifs et cliniques de l'implantation :
  - du concept de pharmacie clinique (à partir du milieu des années 1970), axé principalement sur l'amélioration du contrôle de l'utilisation du médicament dans une perspective d'efficience des services ;
  - du concept des soins pharmaceutiques (à partir des années 1990, avant tout axé sur le patient plutôt que sur le médicament, et orienté vers des objectifs de résultats pharmacothérapeutiques.
- Il souligne également les difficultés de prévoir le rythme d'implantation de ce dernier concept au sein des établissements et ses répercussions sur les ressources pharmaceutiques à déployer.
- Le document préparé par l'APES fait ressortir que les bénéfices de l'application du concept pour le réseau et pour les patients se traduisent par une pression additionnelle sur la charge de travail des pharmaciens.

---

7. Alain BUREAU et Germain LEGAULT, *Évolution de la pratique*, Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, 2000.

- Il fait état des efforts d'évaluation des incidences de l'implantation des changements proposés sur les effectifs additionnels nécessaires.
- Ce document conclut que :
  - les besoins sont croissants : la croissance annuelle des dépenses au Canada pour les médicaments en pharmacies communautaires (10 %), en établissements (5 %) et la croissance totale (8 %) en font foi ;
  - les nombreux facteurs pouvant influencer sur les besoins rendent difficile la détermination des besoins futurs en effectifs pharmaceutiques.
- Il recommande une augmentation des admissions dans les programmes de formation en pharmacie et en pharmacie d'établissements, une amélioration des conditions de travail, des investissements dans les nouvelles technologies, une révision du rôle, de l'utilisation et de la formation des assistants techniques et une révision du processus de délégation des tâches entre les médecins et les pharmaciens.

### 1.8.2 En pharmacie communautaire

Un deuxième document, déposé au groupe de travail par l'Ordre des pharmaciens du Québec<sup>8</sup> et présenté dans l'annexe 3, traite principalement de l'évolution du rôle du pharmacien en pharmacie communautaire et des obstacles à surmonter pour passer du rôle que la plupart des pharmaciens sont actuellement contraints de tenir à celui auquel il serait souhaitable de parvenir au cours des prochaines années.

On s'attend à ce que le pharmacien oriente sa pratique de façon conforme aux modèles de soins et de consultation pharmaceutiques. En effet, l'évolution du rôle du pharmacien implique que ce dernier ne doit plus se contenter d'exécuter les ordonnances en transmettant l'information utile aux patients, mais qu'il se doit aussi de s'engager dans le suivi et la vérification pour parvenir à des résultats thérapeutiques optimaux.

---

8. *L'évolution du rôle du pharmacien*, préparé pour le Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre, mai 2000, 11 p. Ce document est en partie constitué de divers extraits du guide intitulé *Comprendre et faire comprendre..., le défi de l'an 2000*, produit par la Direction de la formation continue et du développement professionnel de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Bien que certains pharmaciens réussissent à mettre en pratique les modèles préconisés, certaines barrières structurelles en freinent la généralisation, souvent en raison d'un contexte où la pression causée par l'achalandage est très forte et la productivité évaluée sur la base des volumes d'ordonnances exécutées. Ces barrières se rapportent à l'environnement et à l'organisation du travail, au manque de coordination entre les secteurs public et privé, à l'insuffisance de recherche sur l'avantage de l'enrichissement du rôle du pharmacien, au comportement des clients et au comportement des pharmaciens eux-mêmes.

La rapidité avec laquelle la profession saura aplanir les obstacles à la mise en place des modèles de pratique généralisés à l'ensemble des pharmacies et détailler les besoins de main-d'œuvre qui y sont reliés conditionnera la capacité des pharmaciens d'implanter ces modèles au plus grand bénéfice de leurs clients.

*planification de la main-d'œuvre  
en pharmacie*



*Établissements de santé*

## VOLET 1 – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les chapitres suivants (2 à 5 inclusivement) servent à déterminer les besoins de recrutement dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et à vérifier si l'offre de pharmaciens qualifiés sera en mesure de répondre à la demande des établissements au cours des prochaines années, compte tenu du nombre attendu de diplômés en pharmacie d'établissements.

### CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de l'exercice de planification a consisté à déterminer l'offre actuelle de main-d'œuvre dans les établissements de santé.

L'offre de main-d'œuvre équivaut à la somme de l'effectif en emploi et de l'effectif disponible.

#### 2.1 EFFECTIF EMPLOYÉ DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ

Le tableau 10 présente l'effectif des pharmaciens, par groupes d'âge et par sexe, actuellement employé dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 10

**Pharmaciens en établissements de santé  
Distribution de l'effectif de départ  
Total des postes et des individus au 31 mars 1999**

Âge	Femmes	Hommes	Total des postes	Nombre d'individus
20-24	15	1	16	13
25-29	168	45	213	170
30-34	195	50	245	206
35-39	163	45	208	178
40-44	140	53	193	167
45-49	100	57	157	137
50-54	36	38	74	64
55-59	15	15	40	34
60-64	2	7	9	9
65-69	1	1	2	2
70 et +	2	5	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>837</b>	<b>327</b>	<b>1 164</b>	<b>987</b>

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux et APES.

Les données de base proviennent de la banque de données du MSSS. Cette banque ne permet pas de connaître de façon précise le nombre de pharmaciens travaillant dans le réseau mais plutôt le nombre de postes occupés.

Puisqu'un même individu peut occuper plus d'un poste, le Ministère a converti le nombre de postes en nombre d'individus en comptant pour un seul individu les pharmaciens occupant deux, trois, voire quatre postes au sein du réseau. Les résultats obtenus (987 individus) se comparent aux données de l'APES au 31 mars 1999 (990 membres).

## **2.2 EFFECTIF DISPONIBLE**

La notion de pénurie des effectifs implique qu'il n'y a pas, ou très peu, d'effectif disponible pour les raisons suivantes :

- chômage pratiquement inexistant ;
- pas ou peu de pharmaciens travaillant dans un autre domaine et à la recherche d'un emploi dans leur spécialité ;
- pas ou peu de pharmaciens travaillant à temps partiel et désirant travailler à temps plein.

### **Sans emploi**

Un relevé des diplômés en pharmacie d'établissements de 1995 à 1999 montre que le taux de « sans emploi » chez ces derniers était de 3 %.

Compte tenu de la définition déjà expliquée du terme « sans emploi » et du faible taux enregistré, la marge de manœuvre pour répondre à une demande accrue de main-d'œuvre paraît, à toutes fins pratiques, inexistante.

### **Autres domaines**

Les enquêtes du MEQ et des universités auprès des finissants en pharmacie deux ans après l'obtention de leur diplôme indiquent que pratiquement tous les diplômés travaillent dans un domaine lié directement à leur formation.

## Temps partiel

La répartition de l'effectif selon le statut montre qu'il y a 520 postes de pharmaciens travaillant à temps partiel dans le réseau (voir le tableau 11). Il faut noter qu'un même individu travaillant dans plus d'un établissement est compté autant de fois.

*A priori*, il paraît légitime d'envisager une certaine disponibilité additionnelle auprès de cet effectif. Cependant, une analyse plus fine révèle que la disponibilité du personnel à temps partiel pour répondre à une croissance de la demande de main-d'œuvre s'avère passablement limitée.

Il appert en effet que 75 pharmaciens à temps partiel (TPR et TPO) cumulent deux postes ou plus dans le réseau :

- ainsi, les 179 postes à temps partiel régulier sont assumés par seulement 145 individus. Ces derniers fournissent 95 ETP (soit les deux tiers d'un poste à temps complet), dont 17 ETP sont en sus des heures prévues pour leurs postes ;
- par ailleurs, les 341 postes occasionnels à temps partiel sont assumés par seulement 300 individus. Ces derniers offrent en moyenne 735 heures par année au réseau ou 150 ETP. Ils seraient donc théoriquement disponibles à 50 % (150 ETP/300 individus).

Toutefois, deux facteurs limitent la disponibilité du personnel à temps partiel :

- un nombre indéterminé mais relativement important de pharmaciens employés dans le réseau travaillent également en pharmacie communautaire ;
- un nombre indéterminé de pharmaciens limitent intentionnellement leur disponibilité pour diverses raisons personnelles.

## CHAPITRE 3 – PROJECTION DE L'ATTRITION

### 3.1 PROJECTION INITIALE DES DÉPARTS

La deuxième étape de l'exercice de planification consiste à projeter jusqu'en 2015 l'attrition annuelle des pharmaciens employés par le réseau. Il s'agit de projeter les retraites, les décès et les cessations d'emploi<sup>9</sup>.

Le modèle applique aux pharmaciens du réseau, par groupes d'âge et par sexe, des taux moyens de départs. Ces taux ont été construits à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) et d'un fichier de participants au RREGOP<sup>10</sup>.

### 3.2 DÉPARTS SELON LE STATUT DES PHARMACIENS

Les taux de départs peuvent être différents selon le statut des pharmaciens en emploi. Le tableau 11 présente la composition de l'effectif selon le statut (temps complet, temps partiel).

---

9. On entend par « cessation d'emploi » toutes les causes autres que la retraite et le décès conduisant à quitter le réseau.

10. Il serait intéressant d'approfondir l'analyse comparée des résultats de l'application des taux de la CARRA avec les taux de démissions réelles enregistrés par l'Ordre. Les enquêtes de l'Ordre ont permis d'établir que 136 personnes de moins de 65 ans ont quitté la profession pour des motifs autres que le décès et la retraite : si le profil des personnes qui n'ont pas répondu à l'enquête est identique au profil de celles qui y ont répondu, environ 270 personnes ou 61,5 % des démissionnaires seraient touchés par ce phénomène.

Tableau 11

**Pharmaciens en établissements de santé selon le statut  
Nombre en poste  
de 1985-1986 à 1998-1999**

Année	Temps complet régulier	Temps partiel régulier	Temps partiel occasionnel	Total	Variation annuelle
1985-1986	435	130	234	799	
1986-1987	475	148	226	849	6,3 %
1987-1988	498	162	258	918	8,1 %
1988-1989	529	146	251	926	0,9 %
1989-1990	566	136	278	980	5,8 %
1990-1991	587	145	291	1 023	4,4 %
1991-1992	605	154	298	1 057	3,3 %
1992-1993	632	164	325	1 121	6,1 %
1993-1994	633	176	314	1 123	0,2 %
1994-1995	638	180	338	1 156	2,9 %
1995-1996	640	189	326	1 155	- 0,1 %
1996-1997	622	191	320	1 133	- 1,9 %
1997-1998	609	174	351	1 134	0,1 %
1998-1999	644	179	341	1 164	2,6 %
<b>Structure moyenne (%)</b>					
1985-1986 à 1991-1992	0,56	0,16	0,28	1,00	4,8 %
1992-1993 à 1998-1999	0,55	0,16	0,29	1,00	0,6 %
<b>Variation annuelle moyenne de 1985-1986 à 1998-1999 :</b>					<b>2,9 %</b>

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les études de la CARRA démontrent un comportement différent du personnel selon que celui-ci travaille à temps plein ou à temps partiel, les employés à temps partiel ayant une propension plus forte à la cessation d'emploi.

Trois hypothèses de travail ont été envisagées à l'égard des départs :

- *statu quo* : le profil actuel du statut (temps complet, temps partiel) des effectifs est maintenu jusqu'en 2015 ;
- temps plein : tous les pharmaciens sont considérés à temps plein ;
- scénario intermédiaire : le comportement des pharmaciens se situe entre un effectif à temps plein et le maintien des statuts actuels.

Le groupe de travail a convenu de considérer la troisième hypothèse comme étant la plus plausible.

### 3.3 FACTEURS PARTICULIERS DE MODULATION DES DÉPARTS

Afin de tenir compte du comportement particulier des pharmaciens en matière de cessation d'emploi, il peut être approprié d'appliquer un facteur multiplicatif aux cessations d'emplois moyennes pour les groupes d'âge où l'on observe une propension particulière à quitter le réseau, dans la mesure où des informations peuvent étoffer ce phénomène.

Les mouvements de personnel enregistrés par l'APES entre 1997 et 1999 sont présentés au tableau 12.

**Tableau 12**  
**Établissements de santé**  
**Arrivées et départs de pharmaciens**  
**sur une période de trois ans**  
**de 1997 à 1999**

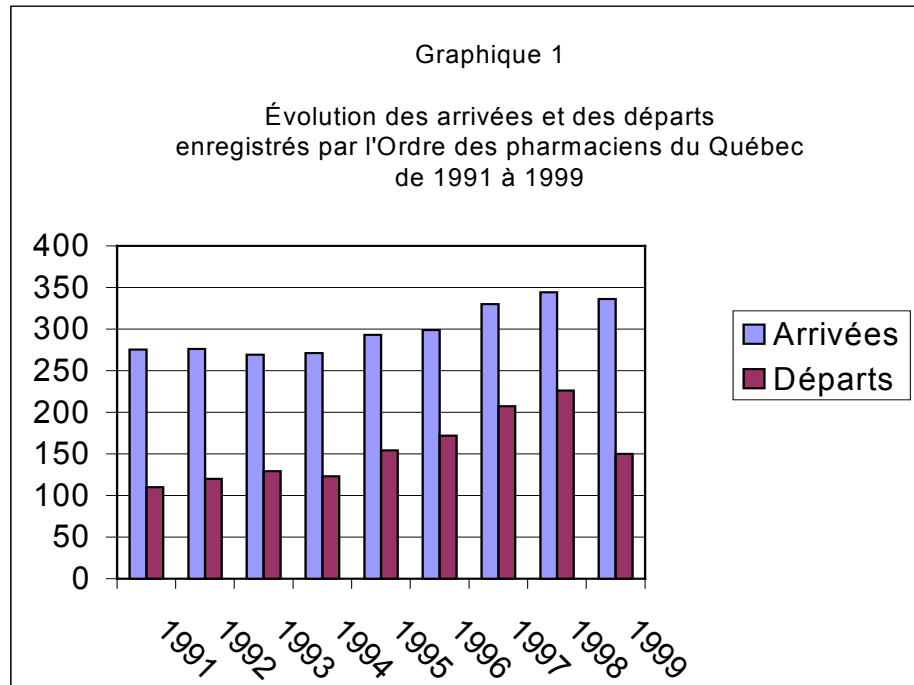
Mouvements	Départs	Arrivées
<b>Arrivées</b>		
Finissants (estimation)		117
Autres secteurs d'activité (estimation)		48
<b>Total des arrivées</b>		<b>165</b>
<b>Départs vers d'autres secteurs d'activité</b>		
Industrie	36	
Pharmacies communautaires	45	
Hors Québec	9	
Études et enseignement	6	
Autres	19	
<b>Total des cessations</b>	<b>115</b>	
<b>Retraites</b>	<b>62</b>	
<b>Total des départs</b>	<b>177</b>	

Source : APES, *La pratique de la pharmacie au Québec*.

Entre 1997 et 1999, le secteur des établissements de santé a perdu 115 pharmaciens au profit des autres secteurs. Inversement, 165 pharmaciens sont arrivés dans les établissements de santé ; on estime à 117 les nouveaux diplômés et à 48 les pharmaciens venant des autres secteurs.

On peut déduire que, en moyenne pour une année, le secteur des établissements de santé affiche un bilan migratoire négatif de 22 pharmaciens.

Par ailleurs, le graphique 1 ci-dessous montre l'évolution des arrivées et des départs enregistrés par l'Ordre pour non-paiement de cotisation.



La croissance importante des départs en 1997 et 1998 traduit l'incidence du programme de départs volontaires (PDV) mis en application par le gouvernement en 1997. Cette incidence est d'autant plus importante sur le secteur des établissements publics de santé que les effectifs de ce secteur représentent moins du cinquième (17 %) de la main-d'œuvre totale des pharmaciens.

La moyenne des démissions et des départs pour les années 1995, 1996 et 1999 est apparue plus représentative du phénomène, soit 159 démissions et départs. Si l'on retient l'hypothèse que ces derniers sont proportionnellement équivalents à l'importance du secteur d'activité (17 %), on obtient 27 démissions et départs d'établissements de santé.

En définitive, en considérant les ordres de grandeur que révèlent ces données, il ne paraît pas approprié d'appliquer un facteur multiplicatif aux départs anticipés des pharmaciens des établissements, puisque le modèle quantitatif de prévision de la main-d'œuvre, présenté dans l'annexe 4, (page 1), projette une moyenne annuelle de 27 départs de 1999 à 2015.

### 3.4 PROJECTION DES DÉPARTS

Le tableau 13 ci-dessous présente les résultats de la projection annuelle des départs de l'effectif des pharmaciens de 1999 à 2015 selon le modèle de projection.

**Tableau 13**

**Projection annuelle des départs de l'effectif des pharmaciens  
dans les établissements de santé  
de 1999 à 2015**

<b>ANNÉE</b>	<b>DÉPARTS TOTAUX</b>
1999	26,5
2000	21,1
2001	21,1
2002	21,2
2003	21,9
2004	22,0
2005	22,7
2006	23,9
2007	25,1
2008	28,8
2009	30,2
2010	30,9
2011	31,0
2012	31,2
2013	31,0
2014	32,5
2015	33,3
	<b>454,6</b>

Ces données représentent les besoins de recrutement pour combler l'attrition (retraites, décès et cessations d'emploi), auxquels il faudra ajouter les besoins liés à la croissance de la demande de services. Ces données se comparent à celles que l'on a pu déduire plus haut des données de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

## **CHAPITRE 4 – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT**

La troisième étape de l'exercice de planification a consisté à estimer l'évolution des besoins de main-d'œuvre en pharmacie dans les établissements du réseau jusqu'en 2015.

### **4.1 ANNÉE DE DÉPART DE LA PROJECTION**

La demande actuelle de main-d'œuvre, en l'occurrence celle qui est exprimée par l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, correspond à l'effectif régulier, auquel il convient d'ajouter les postes vacants et les besoins de personnel occasionnel de remplacement pour combler les absences (maladie, congés parentaux, etc.).

Ainsi, le groupe de travail a dû faire des prévisions sur la demande de l'employeur en indiquant, dans le cas présent, la pénurie de main-d'œuvre actuelle et l'horizon pour lequel il sera réaliste de résorber la pénurie.

#### **4.1.1 Demande de l'employeur en 1999**

##### **Effectif employé**

L'effectif employé, régulier et occasionnel, a déjà été déterminé dans la section 2.1. Par ailleurs, le temps supplémentaire demandé par l'employeur peut représenter, au-delà d'un certain seuil, l'indice d'une pénurie ou d'un manque de disponibilité de personnel qualifié. En 1998-1999, les heures supplémentaires des pharmaciens représentaient 2,6 % de l'ensemble des heures travaillées, soit l'équivalent de 25 pharmaciens à temps complet.

On estime que, si les postes actuellement vacants étaient comblés, le nombre d'heures supplémentaires serait ramené à un niveau comparable à celui qui est observé pour l'ensemble des professionnels du réseau, soit 1,8 %.

##### **Postes vacants**

Les postes vacants reflètent également la demande de main-d'œuvre de l'employeur. L'APES procède à des enquêtes auprès des départements et des services de pharmacie en vue, notamment, d'évaluer le nombre de postes vacants.

Selon le dernier relevé de l'APES, le réseau compterait 43 postes vacants ainsi que 48 postes temporairement dépourvus de titulaires visant à combler des besoins additionnels de remplacement, pour un total de 91 postes. Les représentants de l'employeur ont estimé cette évaluation conforme à la réalité.

En considérant que l'effectif disponible est en fait inexistant, le groupe de travail a convenu, nonobstant les mouvements de personnel, de retenir l'évaluation selon laquelle la demande excédentaire de main-d'œuvre, c'est-à-dire la pénurie actuelle, correspond aux 91 postes vacants relevés.

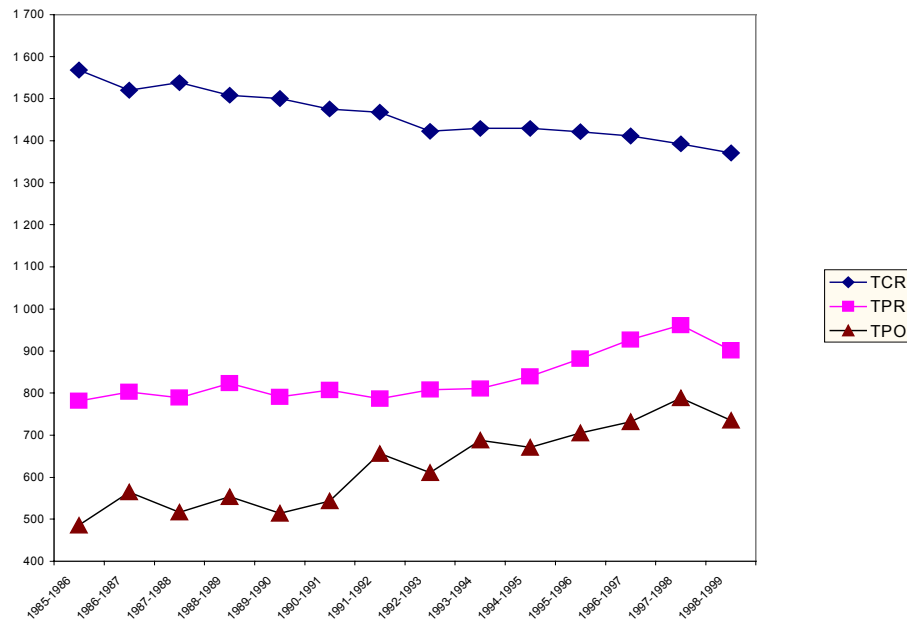
### Besoins de remplacement

Le nombre d'heures travaillées par pharmacien à temps complet régulier est en constante régression, passant de 1 568 heures par année en 1985-1986 à 1 371 heures par année en 1998-1999 (- 13 %).

Parallèlement, le nombre d'heures travaillées par le personnel à temps partiel régulier (+ 15 %) et occasionnel (+ 51 %) a augmenté au cours de la même période, comme le montre le graphique 2.

Graphique 2

Évolution des heures travaillées par poste et par statut dans les établissements de santé



TCR : temps complet régulier  
 TPR : temps partiel régulier  
 TPO : temps partiel occasionnel

La composition de l'effectif selon le statut occasionnel a été reproduite dans le tableau 14.

Les données sur les salariés du réseau indiquent que les absences (pour les 644 TCR) pour vacances, congés fériés, congés parentaux et autres totalisent en moyenne 62 jours par pharmacien ou 24 % de l'année normale de travail, soit globalement 175 ETP.

L'employeur doit prévoir un personnel de remplacement équivalant à ces absences. On constate que le personnel occasionnel représente 150 ETP, ce qui correspond à un déficit potentiel de 25 ETP (TPO). Compte tenu que 48 postes vacants pour fins de remplacement ont été prévus, il ne paraît pas indiqué d'ajouter des postes à la demande actuelle de l'employeur.

### La demande totale retenue pour l'année de départ de la projection

Compte tenu, d'une part, de l'effectif employé évalué à 987 pharmaciens (voir le tableau 10) et des 91 postes vacants, et en considérant, d'autre part, que les besoins de remplacement seraient comblés en l'absence de postes vacants, la demande totale de l'employeur retenue pour 1999 est établie à 1 078 pharmaciens.

Tableau 14

### Évolution des heures travaillées et des postes par statut pour les pharmaciens en établissements de santé Heures régulières et heures supplémentaires de 1985-1986 à 1998-1999

#### Évolution des heures travaillées selon le statut

Année	Heures régulières				Heures supplémentaires				TOTAL
	TCR	TPR	TPO	Sous-total	TCR	TPR	TPO	Sous-total	
1985-1986	682 050	101 615	113 645	<b>897 310</b>	12 822	570	1 499	<b>14 891</b>	<b>912 201</b>
1986-1987	722 210	118 752	127 519	<b>968 481</b>	13 313	1 664	2 063	<b>17 040</b>	<b>985 521</b>
1987-1988	765 749	127 816	133 243	<b>1 026 808</b>	13 349	1 671	2 667	<b>17 687</b>	<b>1 044 495</b>
1988-1989	797 860	120 205	139 000	<b>1 057 065</b>	17 242	1 572	3 783	<b>22 597</b>	<b>1 079 662</b>
1989-1990	849 044	107 602	142 973	<b>1 099 619</b>	20 963	1 427	3 338	<b>25 728</b>	<b>1 125 347</b>
1990-1991	865 901	116 967	158 145	<b>1 141 013</b>	19 604	952	3 564	<b>24 120</b>	<b>1 165 133</b>
1991-1992	888 089	121 112	195 583	<b>1 204 784</b>	22 070	1 110	3 542	<b>26 722</b>	<b>1 231 506</b>
1992-1993	898 937	132 458	198 430	<b>1 229 825</b>	22 377	1 212	4 388	<b>27 977</b>	<b>1 257 802</b>
1993-1994	904 904	142 676	215 888	<b>1 263 468</b>	18 090	1 517	5 449	<b>25 056</b>	<b>1 288 524</b>
1994-1995	911 953	151 126	226 817	<b>1 289 896</b>	18 430	1 340	4 851	<b>24 621</b>	<b>1 314 517</b>
1995-1996	909 750	166 586	229 799	<b>1 306 135</b>	19 513	1 829	4 168	<b>25 510</b>	<b>1 331 645</b>
1996-1997	877 521	177 101	234 028	<b>1 288 650</b>	18 674	2 291	4 123	<b>25 088</b>	<b>1 313 738</b>
1997-1998	847 920	167 262	276 615	<b>1 291 797</b>	21 019	2 584	6 646	<b>30 249</b>	<b>1 322 046</b>
1998-1999	883 106	161 367	250 737	<b>1 295 210</b>	23 501	3 155	7 305	<b>33 961</b>	<b>1 329 171</b>

Tableau 14

**Évolution des heures travaillées et des postes par statut  
pour les pharmaciens en établissements de santé  
Heures régulières et heures supplémentaires  
de 1985-1986 à 1998-1999**

(suite)

**Nombre de postes par statut**

Année	Heures régulières				Heures supplémentaires				TOTAL
	TCR	TPR	TPO	Sous-total	TCR	TPR	TPO	Sous-total	
1985-1986	435	130	234	<b>799</b>	435	130	234	799	<b>799</b>
1986-1987	475	148	226	<b>849</b>	475	148	226	849	<b>849</b>
1987-1988	498	162	258	<b>918</b>	498	162	258	918	<b>918</b>
1988-1989	529	146	251	<b>926</b>	529	146	251	926	<b>926</b>
1989-1990	566	136	278	<b>980</b>	566	136	278	980	<b>980</b>
1990-1991	587	145	291	<b>1 023</b>	587	145	291	1 023	<b>1 023</b>
1991-1992	605	154	298	<b>1 057</b>	605	154	298	1 057	<b>1 057</b>
1992-1993	632	164	325	<b>1 121</b>	632	164	325	1 121	<b>1 121</b>
1993-1994	633	176	314	<b>1 123</b>	633	176	314	1 123	<b>1 123</b>
1994-1995	638	180	338	<b>1 156</b>	638	180	338	1 156	<b>1 156</b>
1995-1996	640	189	326	<b>1 155</b>	640	189	326	1 155	<b>1 155</b>
1996-1997	622	191	320	<b>1 133</b>	622	191	320	1 133	<b>1 133</b>
1997-1998	609	174	351	<b>1 134</b>	609	174	351	1 134	<b>1 134</b>
1998-1999	644	179	341	<b>1 164</b>	644	179	341	1 164	<b>1 164</b>

**Évolution des heures travaillées par poste, par statut**

Année	Heures régulières				Heures supplémentaires				TOTAL
	TCR	TPR	TPO	Sous-total	TCR	TPR	TPO	Sous-total	
1985-1986	1 568	782	486	<b>1 123</b>	29	4	6	<b>19</b>	<b>1 142</b>
1986-1987	1 520	802	564	<b>1 141</b>	28	11	9	<b>20</b>	<b>1 161</b>
1987-1988	1 538	789	516	<b>1 119</b>	27	10	10	<b>19</b>	<b>1 138</b>
1988-1989	1 508	823	554	<b>1 142</b>	33	11	15	<b>24</b>	<b>1 166</b>
1989-1990	1 500	791	514	<b>1 122</b>	37	10	12	<b>26</b>	<b>1 148</b>
1990-1991	1 475	807	543	<b>1 115</b>	33	7	12	<b>24</b>	<b>1 139</b>
1991-1992	1 468	786	656	<b>1 140</b>	36	7	12	<b>25</b>	<b>1 165</b>
1992-1993	1 422	808	611	<b>1 097</b>	35	7	14	<b>25</b>	<b>1 122</b>
1993-1994	1 430	811	688	<b>1 125</b>	29	9	17	<b>22</b>	<b>1 147</b>
1994-1995	1 429	840	671	<b>1 116</b>	29	7	14	<b>21</b>	<b>1 137</b>
1995-1996	1 421	881	705	<b>1 131</b>	30	10	13	<b>22</b>	<b>1 153</b>
1996-1997	1 411	927	731	<b>1 137</b>	30	12	13	<b>22</b>	<b>1 160</b>
1997-1998	1 392	961	788	<b>1 139</b>	35	15	19	<b>27</b>	<b>1 166</b>
1998-1999	1 371	901	735	<b>1 113</b>	36	18	21	<b>29</b>	<b>1 142</b>

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.

#### **4.1.2 Comparaison entre la demande actuelle de main-d'œuvre exprimée par l'employeur et la demande exprimée par divers organismes externes**

L'écart à combler entre les services pharmaceutiques actuels en milieu hospitalier et le niveau de service recommandé par l'Ordre des pharmaciens du Québec représenterait un ajout de 260 pharmaciens au personnel en place, selon les évaluations de l'Ordre.

Le groupe de travail reconnaît que cet écart par rapport à la norme constitue un retard à combler. Il considère toutefois que celui-ci sera graduellement compensé par l'ajout des effectifs nécessaires pour répondre à l'accroissement général des besoins.

#### **4.2 INDICE D'ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DES BESOINS ET DÉVELOPPEMENT PRÉVU**

Il faut pouvoir quantifier le niveau et le rythme d'accroissement général des besoins et du développement de l'activité pharmaceutique dans les établissements du réseau en tenant compte de la capacité des milieux d'enseignement de répondre aux besoins et de la capacité du réseau de la santé d'absorber ce développement.

Le groupe de travail considère qu'un accroissement annuel stable de l'ordre de 3 % de l'effectif permettrait d'atteindre l'objectif visé. Ce taux correspond à la croissance annuelle moyenne des heures travaillées par l'ensemble des pharmaciens des établissements de santé au cours des treize dernières années (voir les tableaux 14 et 15).

Tableau 15

**Évolution des heures travaillées en pharmacie  
selon la catégorie d'emploi en établissement de santé  
Heures travaillées par statut  
de 1985-1986 à 1998-1999**

Année	Pharmacien	Assistant technique senior en pharmacie	Commis et assistant technique en pharmacie	Total
1985-1986	912 201	0	1 035 862	<b>1 948 063</b>
1986-1987	985 521	0	1 121 866	<b>2 107 387</b>
1987-1988	1 044 495	0	1 194 597	<b>2 239 092</b>
1988-1989	1 079 662	0	1 242 861	<b>2 322 523</b>
1989-1990	1 125 347	0	1 312 259	<b>2 437 606</b>
1990-1991	1 165 133	0	1 352 564	<b>2 517 697</b>
1991-1992	1 231 506	0	1 371 019	<b>2 602 525</b>
1992-1993	1 257 802	0	1 393 144	<b>2 650 946</b>
1993-1994	1 288 524	9 807	1 438 859	<b>2 737 190</b>
1994-1995	1 314 517	45 872	1 413 247	<b>2 773 636</b>
1995-1996	1 331 645	84 384	1 419 882	<b>2 835 911</b>
1996-1997	1 313 738	237 925	1 185 938	<b>2 737 601</b>
1997-1998	1 322 046	470 146	952 526	<b>2 744 718</b>
1998-1999	1 329 171	557 322	845 157	<b>2 731 650</b>
Croissance moyenne				
de 1985-1986 à 1990-1991	5,0 %			<b>5,3 %</b>
de 1990-1991 à 1998-1999	1,6 %			<b>1,0 %</b>
de 1985-1986 à 1998-1999	2,9 %			<b>2,6 %</b>

Année	Pharmacien	Assistant technique senior en pharmacie	Commis et assistant technique en pharmacie	Total
1985-1986	46,8 %	0,0 %	53,2 %	<b>100,0 %</b>
1986-1987	46,8 %	0,0 %	53,2 %	<b>100,0 %</b>
1987-1988	46,6 %	0,0 %	53,4 %	<b>100,0 %</b>
1988-1989	46,5 %	0,0 %	53,5 %	<b>100,0 %</b>
1989-1990	46,2 %	0,0 %	53,8 %	<b>100,0 %</b>
1990-1991	46,3 %	0,0 %	53,7 %	<b>100,0 %</b>
1991-1992	47,3 %	0,0 %	52,7 %	<b>100,0 %</b>
1992-1993	47,4 %	0,0 %	52,6 %	<b>100,0 %</b>
1993-1994	47,1 %	0,4 %	52,6 %	<b>100,0 %</b>
1994-1995	47,4 %	1,7 %	51,0 %	<b>100,0 %</b>
1995-1996	47,0 %	3,0 %	50,1 %	<b>100,0 %</b>
1996-1997	48,0 %	8,7 %	43,3 %	<b>100,0 %</b>
1997-1998	48,2 %	17,1 %	34,7 %	<b>100,0 %</b>
1998-1999	48,7 %	20,4 %	30,9 %	<b>100,0 %</b>

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.

### 4.3 FACTEURS D'ÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE

L'évolution des besoins en pharmaciens des établissements dépend également des changements anticipés dans la composition du personnel des services pharmaceutiques des établissements de santé.

Les éléments majeurs suivants ressortent de l'étude de l'évolution des heures travaillées par catégories d'emploi :

- le ratio pharmacien/personnel de soutien a peu changé au cours des treize dernières années (voir le tableau 15), les pharmaciens comptant pour 46,8 % des heures totales en 1985-1986 et 48,7 % en 1998-1999 ;
- le personnel de soutien doit être de plus en plus qualifié :
  - les commis, sans formation particulière préalable, sont en voie de disparition ;
  - l'assistant technique senior, dont le titre d'emploi a été créé en 1993-1994, tend à remplacer graduellement l'assistant technique.

De l'avis des membres, cette tendance devrait non seulement continuer mais s'accélérer.

Selon le *Guide de soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*<sup>11</sup>, le pharmacien doit disposer d'un personnel technique qualifié, à défaut de quoi il sera amené à exécuter de nombreuses tâches techniques entraînant une utilisation inefficace de sa compétence. L'Ordre est d'avis que le rapport d'un pharmacien pour un assistant technique, ce qui est actuellement le cas, est celui qui convient.

Le groupe de travail s'est penché sur la question du potentiel de substitution des tâches techniques actuellement effectuées par le pharmacien qui pourraient être transférées au personnel de soutien.

Notamment, des extraits de l'étude *Health Human Resources Substitution: a Major Area of Reform Towards a More Cost-Effective Health Care System*<sup>12</sup> ont été distribués pour discussion.

Il semble prématuré, pour le moment, d'introduire un facteur qui serait susceptible d'infléchir la courbe d'évolution des besoins en pharmaciens sur

---

11. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*, Ordre des pharmaciens du Québec, 1994, p. 35.

12. MANGA, P. et Terry Campbell, *Health Human Resources Substitution: a Major Area of Reform Towards a More Cost-Effective Health Care System*, Projet de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's, 1994.

la base d'une orientation qui modifierait de façon significative le ratio pharmacien/personnel de soutien.

La mécanisation et l'informatisation de certaines tâches actuellement effectuées par le pharmacien ou son assistant technique, par exemple dans la préparation des médicaments et le suivi des dossiers des patients, vont également modifier l'organisation du travail, améliorer son efficacité et entraîner une révision des besoins de main-d'œuvre.

L'étude de l'impact de facteurs complexes, comme l'organisation du travail et le développement technologique sur les besoins de main-d'œuvre, pourrait être envisagée dans le cadre d'analyses ultérieures plus approfondies.

#### **4.4 FACTEUR D'ÉVOLUTION DES CONGÉS**

On a étudié précédemment les besoins actuels de main-d'œuvre pour remplacer le personnel absent pour des congés de diverses natures. Il s'agit ici d'évaluer l'évolution prévisible de ce facteur.

En 1998-1999, la durée moyenne des congés de toute nature s'élevait à 62,5 jours (vacances, congés fériés, congés parentaux, etc.). Par ailleurs, la durée moyenne des congés parentaux (de maternité) des pharmaciennes du réseau est évaluée à une année.

Récemment, la durée du congé parental couverte par l'assurance emploi a été portée de 10 à 35 semaines pour les parents dont l'enfant est né ou a été adopté le 31 décembre 2000 ou après cette date.

Par suite de cette mesure du gouvernement fédéral, la durée du congé rémunéré (congé de maternité et congé parental) passera à un an.

Ainsi, la période de congé sans solde qui était assumée par les parents (soit les vingt dernières semaines du congé) sera désormais couverte par l'assurance emploi (maximum de 413 \$ par semaine en 1999).

Il est difficile de déterminer si la mesure aura pour effet de prolonger le congé parental, certains parents pouvant être tentés de reporter la portion de congé sans solde, assumée précédemment, au-delà de la période d'un an.

Sous l'effet de la féminisation de la profession et de l'amélioration des conditions offertes en matière de congés parentaux, on pourrait éventuellement prévoir un nombre additionnel de pharmaciens pour compenser l'augmentation probable des congés parentaux. L'importance de ces besoins reste à déterminer. Pour le moment, ce facteur n'a pas été considéré dans la projection.

#### 4.5 EFFECTIF DÉSIRÉ

Le modèle calcule l'effet combiné des différents facteurs quantifiables étudiés précédemment et détermine le niveau de main-d'œuvre nécessaire en pharmacie pour chaque année de la projection.

Au cours de la période de projection, l'effectif désiré passera de 1 078 personnes en 1999 à 1 731 personnes en 2015.

#### 4.6 RECRUTEMENT NÉCESSAIRE

Le tableau 16 présente les données sur le recrutement nécessaire pour compenser l'attrition et pour répondre à l'évolution des besoins.

**Tableau 16**

**Projection annuelle de l'effectif nécessaire et des besoins de recrutement des établissements de santé de 1999 à 2015**

<b>Année</b>	<b>Effectif total nécessaire</b>	<b>Recrutement nécessaire</b>
1999	1 078	120
2000	1 111	58
2001	1 144	61
2002	1 178	63
2003	1 214	67
2004	1 250	69
2005	1 288	73
2006	1 326	76
2007	1 366	80
2008	1 407	87
2009	1 449	91
2010	1 493	95
2011	1 538	98
2012	1 584	101
2013	1 631	103
2014	1 680	108
2015	1 731	111
<b>Total</b>		<b>1 461</b>

Le nombre de pharmaciens à recruter pour obtenir l'effectif nécessaire doit également tenir compte de l'attrition des nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de pharmaciens à recruter, en tenant compte de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre brut initialement évalué.

## CHAPITRE 5 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES

La quatrième étape de l'exercice consiste à comparer les besoins nets de recrutement avec le nombre de diplômés disponibles pour juger de l'adéquation entre les besoins en main-d'œuvre et l'offre de main-d'œuvre.

### 5.1 PROJECTION DU NOMBRE DE DIPLÔMÉS DISPONIBLES

Le programme de financement des résidents en pharmacie d'établissements prévoit actuellement l'octroi de 49 bourses réparties entre les étudiants de l'Université de Montréal et de l'Université Laval.

Pour la projection du nombre de diplômés attendus dans le cadre de ce programme de financement, il a été convenu de conserver le nombre de 49 diplômés par année.

Sur la base des données des années antérieures, on estime à 81 % les diplômés qui travailleront pour un établissement du réseau de la santé (CHSGS et CHSLD) comme le montre le tableau qui suit.

Tableau 17

#### Répartition des diplômés en pharmacie d'établissements par secteur d'emploi de 1995 à 1999

Secteurs d'emploi	Université de Montréal				Université Laval					Total	
	1995	1996	1997 <sup>(1)</sup>	1999	1995	1996	1997	1998	1999	nb	%
CH	19	18	19	20	18	15	14	15	15	153	78
CHSLD	1	1	0	1	2	0	0	0	1	6	3
Autres établissements	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Industrie	2	2	1	0	2	0	4	2	0	13	7
Pharm. communautaires	0	0	1	4	0	1	1	0	3	10	5
Retraites, démissions	0	4	2	1	0	1	0	0	0	8	4
Sans emploi	0	0	0	1	1	1	1	0	1	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

(1) Pour l'année 1998, le programme de formation ayant été porté de douze à seize mois, on observe un décalage d'un an dans la compilation des statistiques.

Source : compilation à l'aide des données de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

## **5.2 CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ D'ATTIRER ET DE GARDER LES DIPLÔMÉS**

On constate que les établissements de santé perdent en moyenne près de 20 % des diplômés de maîtrise professionnelle, option pharmacie hospitalière, depuis 1995. La capacité des établissements d'attirer des diplômés soulève, en conséquence, des questions.

Par ailleurs, selon les données de l'APES, on a estimé que, si 48 pharmaciens provenant d'autres secteurs d'activité ont intégré les établissements de santé en 1997, 1998 et 1999, 105 pharmaciens les ont quittés pour d'autres secteurs au cours de la même période, ce qui représente une perte de 2,2 % des effectifs en moyenne par année.

Compte tenu de la pénurie actuelle et des besoins anticipés, il s'agit d'une situation préoccupante qui peut être attribuable aux bonnes perspectives d'emploi offertes dans le secteur privé depuis quelques années.

L'APES a soumis un texte résumant son analyse de la situation qui est reproduit *in extenso* dans l'annexe 5 du présent rapport.

Deux facteurs sont particulièrement ciblés :

- l'intérêt mitigé des bacheliers à entreprendre une maîtrise professionnelle en pharmacie compte tenu des conditions offertes par le réseau, tant pour la poursuite d'études spécialisées dans ce domaine que pour les clauses salariales à l'entrée, eu égard aux conditions offertes par ailleurs aux nouveaux diplômés en pharmacie communautaire ou dans l'industrie pharmaceutique ;
- le transfert de pharmaciens employés dans le secteur public en raison du différentiel salarial favorable aux autres secteurs d'activité.

## **5.3 COMPARAISON ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS**

Le tableau 18 présente les besoins de recrutement annuel en pharmacie d'établissements et la projection du nombre des diplômés disponibles en pharmacie d'établissements.

Tableau 18

**Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens  
et le nombre de diplômés disponibles  
pour l'ensemble des catégories d'établissements  
de 1999 à 2015**

42 admissions en septembre 2000 dans les programmes de maîtrise en pharmacie d'établissements et 49 les années suivantes.

Année	Effectif nécessaire	Attrition	Accroisse- ment des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire <sup>(1)</sup>	Diplômés <sup>(2)</sup>	Diplômés disponibles	Écart	Écart cumulatif
		A	B	A + B	C	D	E = D X 0,81	E - C	
1999 <sup>(3)</sup>	1 078	27	91	118	120	48	39	- 81	- 81
2000	1 111	21	32	53	58	46	37	- 21	- 102
2001	1 144	21	33	54	61	42	34	- 27	- 129
2002	1 178	21	34	55	63	49	40	- 23	- 152
2003	1 214	22	35	57	67	49	40	- 27	- 179
2004	1 250	22	36	58	69	49	40	- 29	- 208
2005	1 288	23	38	61	73	49	40	- 33	- 241
2006	1 326	24	39	63	77	49	40	- 37	- 278
2007	1 366	25	40	65	80	49	40	- 40	- 318
2008	1 407	29	41	70	87	49	40	- 47	- 365
2009	1 449	30	42	72	91	49	40	- 51	- 416
2010	1 493	31	44	75	95	49	40	- 55	- 471
2011	1 538	31	45	76	98	49	40	- 58	- 529
2012	1 584	31	46	77	101	49	40	- 61	- 590
2013	1 631	31	48	79	103	49	40	- 63	- 653
2014	1 680	33	49	82	108	49	40	- 68	- 721
2015	1 731	33	50	83	111	49	40	- 71	- 792
<b>Total</b>		<b>455</b>	<b>743</b>	<b>1 198</b>	<b>1 462</b>	<b>822</b>	<b>670</b>	<b>- 792</b>	<b>- 792</b>

- (1) En combinant le nombre annuel des départs avec l'accroissement annuel des besoins, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle le recrutement brut. Le nombre de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte des départs propres à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter, si l'on tient compte de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre initialement évalué. C'est ce qu'on appelle le recrutement nécessaire.
- (2) Pour l'année 1999, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal compte 28 diplômés (deux groupes ayant obtenu leur diplôme cette année-là), l'École de pharmacie de l'Université Laval, 20 diplômés. Pour l'année 2000, Montréal comptabilise 26 étudiants en cours de formation et Laval 20 étudiants, soit la moyenne des dix dernières années. Pour l'année 2000, il s'agit du nombre réel de bourses accordées aux résidents pour l'année académique 2000-2001. Pour les années suivantes, la simulation est effectuée en maintenant constant le nombre de bourses offertes actuellement.
- (3) Pour assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en l'an 2000, il faudrait s'assurer de remplacer 27 personnes parties pour la retraite, décédées ou ayant cessé de travailler, et combler la pénurie du départ, établie à 91 pharmaciens.

#### 5.4 SCÉNARIOS DE CROISSANCE DES ADMISSIONS

Comme le montre le tableau 18, les besoins de recrutement du réseau, en 2001, sont évalués à 61 pharmaciens, résultat de la nécessité de remplacer 21 départs, estimés sur la base des taux de la CARRA, et de la nécessité d'engager 33 nouveaux pharmaciens. On anticipe que la croissance des heures travaillées se maintiendra à 3 % par année, comme ce fut le cas en moyenne au cours des quinze dernières années, et on prévoit que sept nouveaux pharmaciens devront également être remplacés en raison de l'attrition future des nouveaux arrivants.

Les années subséquentes, le recrutement nécessaire passera graduellement à 63 personnes en 2002, à 67 personnes en 2003 et à 69 personnes en 2004 pour évoluer progressivement jusqu'à 111 nouveaux arrivants en 2015. Du côté de la relève, on attend 42 diplômés en 2001 et 49 diplômés les années suivantes sur la base du programme de bourses actuel. Cependant, comme le montre l'expérience des cinq dernières années, on estime que seulement 81 % d'entre eux intégreront le réseau de la santé, de sorte que le nombre de diplômés disponibles ne s'élèvera qu'à 34 en 2001 et à 40 par la suite.

Dans un effort pour répondre aux besoins, les facultés de pharmacie estiment pouvoir augmenter les admissions dans le programme de maîtrise en pharmacie d'établissements à 60 personnes en 2001, à 65 personnes en 2002 et à 70 personnes les années suivantes.

Le tableau 19 présente les résultats de la comparaison des besoins de recrutement annuel et de la croissance anticipée des admissions.

Tableau 19

**Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens  
et le nombre de diplômés disponibles  
pour l'ensemble des catégories d'établissements  
de 1999 à 2015**

42 admissions en septembre 2000 dans les programmes de maîtrise en pharmacie d'établissements, 60 en 2001, 65 en 2002 et 70 les années suivantes.

Année	Effectif nécessaire	Attrition	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire <sup>(1)</sup>	Diplômés <sup>(2)</sup>	Diplômés disponibles	Écart	Écart cumulatif
	A	B	A + B	C	D	E = D X 0,81	E - C		
1999 <sup>(3)</sup>	1 078	27	91	118	120	48	39	- 81	- 81
2000	1 111	21	32	53	58	46	37	- 21	- 102
2001	1 144	21	33	54	61	42	34	- 27	- 129
2002	1 178	21	34	55	63	60	49	- 14	- 143
2003	1 214	22	35	57	67	65	53	- 14	- 157
2004	1 250	22	36	58	69	70	57	- 12	- 169
2005	1 288	23	38	61	73	70	57	- 16	- 185
2006	1 326	24	39	63	77	70	57	- 20	- 205
2007	1 366	25	40	65	80	70	57	- 23	- 228
2008	1 407	29	41	70	87	70	57	- 30	- 258
2009	1 449	30	42	72	91	70	57	- 34	- 292
2010	1 493	31	44	75	95	70	57	- 38	- 330
2011	1 538	31	45	76	98	70	57	- 41	- 371
2012	1 584	31	46	77	101	70	57	- 44	- 415
2013	1 631	31	48	79	103	70	57	- 46	- 461
2014	1 680	33	49	82	108	70	57	- 51	- 512
2015	1 731	33	50	83	111	70	57	- 54	- 566
<b>Total</b>		<b>455</b>	<b>743</b>	<b>1 198</b>	<b>1 462</b>	<b>1 101</b>	<b>896</b>	<b>- 566</b>	<b>- 566</b>

(1) En combinant le nombre annuel des départs avec l'accroissement annuel des besoins, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle le recrutement brut. Le nombre de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte des départs propres à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter, si l'on tient compte de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre initialement évalué. C'est ce qu'on appelle le recrutement nécessaire.

(2) Pour l'année 1999, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal compte 28 diplômés (deux groupes ayant obtenu leur diplôme cette année-là), l'École de pharmacie de l'Université Laval, 20 diplômés. Pour l'année 2000, Montréal comptabilise 26 étudiants en cours de formation et Laval 20 étudiants, soit la moyenne des dix dernières années. Pour l'année 2000, il s'agit du nombre réel de bourses accordées aux résidents pour l'année académique 2000-2001. Pour les années suivantes, la simulation est effectuée en maintenant constant le nombre de bourses offertes actuellement.

(3) Pour assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en l'an 2000, il faudrait s'assurer de remplacer 27 personnes parties pour la retraite, décédées ou ayant cessé de travailler, et combler la pénurie du départ, établie à 91 pharmaciens.

Malgré les efforts consentis, on constate que la relève attendue ne permettra pas de diminuer la pénurie initiale et de répondre complètement à la croissance des besoins.

D'autres mesures devront être mises en place, notamment pour diminuer les départs futurs des nouveaux arrivants et augmenter la capacité des établissements de garder et d'attirer les diplômés.

Le tableau 20 ci-dessous présente les résultats de la projection si l'on fait passer de 81 % à 90 % le taux de pourcentage de nouveaux diplômés qui resterait en établissements.

Tableau 20

**Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens  
et le nombre de diplômés disponibles  
pour l'ensemble des catégories d'établissements  
de 1999 à 2015**

42 admissions en septembre 2000 dans les programmes de maîtrise en pharmacie d'établissements, 60 en 2001, 65 en 2002, 70 en 2003 et les années suivantes. Pourcentage de diplômés qui resteront en établissements majoré de 81 % à 90 %.

Année	Effectif nécessaire	Attrition	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire <sup>(1)</sup>	Diplômés <sup>(2)</sup>	Diplômés disponibles	Écart	Écart cumulatif
		A	B	A + B	C	D	E = D X 0,90	E - C	
1999 <sup>(3)</sup>	1 078	27	91	118	120	48	43	- 77	- 77
2000	1 111	21	32	53	58	46	41	- 17	- 94
2001	1 144	21	33	54	61	42	38	- 23	- 117
2002	1 178	21	34	55	63	60	54	- 9	- 126
2003	1 214	22	35	57	67	65	59	- 8	- 134
2004	1 250	22	36	58	69	70	63	- 6	- 140
2005	1 288	23	38	61	73	70	63	- 10	- 150
2006	1 326	24	39	63	77	70	63	- 14	- 164
2007	1 366	25	40	65	80	70	63	- 17	- 181
2008	1 407	29	41	70	87	70	63	- 24	- 205
2009	1 449	30	42	72	91	70	63	- 28	- 233
2010	1 493	31	44	75	95	70	63	- 32	- 265
2011	1 538	31	45	76	98	70	63	- 35	- 300
2012	1 584	31	46	77	101	70	63	- 38	- 338
2013	1 631	31	48	79	103	70	63	- 40	- 378
2014	1 680	33	49	82	108	70	63	- 45	- 423
2015	1 731	33	50	83	111	70	63	- 48	- 471
<b>Total</b>		<b>455</b>	<b>743</b>	<b>1 198</b>	<b>1 462</b>	<b>991</b>	<b>991</b>	<b>- 471</b>	<b>- 471</b>

(1) En combinant le nombre annuel des départs avec l'accroissement annuel des besoins, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle le recrutement brut. Le nombre de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte des départs propres à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter, si l'on tient compte de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre initialement évalué. C'est ce qu'on appelle le recrutement nécessaire.

(2) Pour l'année 1999, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal compte 28 diplômés (deux groupes ayant obtenu leur diplôme cette année-là), l'École de pharmacie de l'Université Laval, 20 diplômés. Pour l'année 2000, Montréal comptabilise 26 étudiants en cours de formation et Laval 20 étudiants, soit la moyenne des dix dernières années. Pour l'année 2000, il s'agit du nombre réel de bourses accordées aux résidents pour l'année académique 2000-2001. Pour les années suivantes, la simulation est effectuée en maintenant constant le nombre de bourses offertes actuellement.

(3) Pour assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en l'an 2000, il faudrait s'assurer de remplacer 27 personnes parties pour la retraite, décédées ou ayant cessé de travailler, et combler la pénurie du départ, établie à 91 pharmaciens.

Les difficultés éprouvées pour combler les places disponibles dans le programme, déjà présentes au regard d'un nombre de places limité à 49, seront d'autant plus importantes dans le contexte d'une hausse du nombre d'admissions.

Des efforts particuliers devront être consentis pour s'assurer que les places disponibles seront effectivement comblées. Ces mesures favoriseront d'autant la promotion de cette option auprès des bacheliers admissibles.

Il est à noter qu'en dépit d'une éventuelle hausse du taux de rétention, le nombre de diplômés disponibles demeure en deçà des besoins de recrutement. Cette situation préoccupe les membres du groupe de travail puisqu'il paraît difficile, d'autre part, d'augmenter le nombre des admissions au-delà de 70, compte tenu du bassin de recrutement des candidats.

## 5.5 CONSTAT

Les besoins de recrutement du réseau de la santé dépassent largement le nombre de diplômés appelés à assumer annuellement la relève, de sorte que l'écart cumulatif entre l'offre et la demande de main-d'œuvre ne cessera de s'accroître d'ici 2015 si rien n'est fait pour corriger la situation.

Les données relevées sous la rubrique « recrutement nécessaire » définissent non pas le nombre des admissions dans les programmes de maîtrise en pharmacie mais plutôt le nombre de diplômés dont il faut s'assurer la disponibilité chaque année. Il faudra tenir compte de la perte de candidats (19 %) entre le moment de l'admission et l'entrée en fonction dans un établissement de santé. Il faudra également prendre en considération la résorption de la pénurie actuelle de pharmaciens en établissements.

La capacité d'attirer des candidats dans les programmes de maîtrise en pharmacie d'établissements et, par extension, les possibilités de recrutement de pharmaciens d'établissements dépendent, dans une large mesure, de l'ampleur du bassin de bacheliers en pharmacie et ne sont pas indépendantes, d'autre part, des besoins des autres secteurs de la pharmacie et de leur capacité d'attirer des diplômés, *a fortiori* dans un contexte où il s'avère que les besoins dans ces autres secteurs sont également croissants.

Il est apparu d'autant plus pertinent, dans cette perspective, d'examiner les besoins de l'ensemble des secteurs d'activité, ce qui fait l'objet du volet 3 du présent rapport. Auparavant, compte tenu des interrelations entre les secteurs d'activité, le groupe de travail a consacré un chapitre particulier au secteur de la pharmacie communautaire sur la base des données existantes.

# *planification de la main-d'œuvre en pharmacie*



*Pharmacies communautaires*

## VOLET 2 – PHARMACIES COMMUNAUTAIRES

### CHAPITRE 6 – ÉVOLUTION DU SECTEUR

Le secteur des pharmacies communautaires, qui est établi dans un environnement commercial privé où s'exerce une concurrence particulièrement vive. Il s'agit d'un secteur d'activité économique important, qui génère un chiffre d'affaires de plusieurs milliards de dollars annuellement au Québec. Cependant, les bases de données globales comprenant des données historiques demeurent relativement limitées.

Les données compilées par IMS Health inc. offrent la possibilité de considérer d'importantes facettes de l'évolution du secteur.

Tableau 21

#### Évolution des pharmacies communautaires au Québec de 1994 à 1999

Année	Nombre de pharmaciens	Nombre de pharmacies	Nombre de pharmaciens par pharmacie	Ordonnances totales (,000)	Ordonnances par pharmacie	Ordonnances par pharmacien
<b>1994</b>	3 557	1 445	2,46	68 216	47 208	19 178
<b>1995</b>	3 605	1 491	2,42	69 525	46 630	19 286
<b>1996</b>	3 746	1 517	2,47	71 139	46 895	18 991
<b>1997</b>	3 607	1 529	2,36	78 033	51 035	21 634
<b>1998</b>	3 774	1 559	2,42	84 230	54 028	22 318
<b>1999</b>	3 954	1 573	2,51	91 480	58 156	23 136
<b>Variations de 1994 à 1999</b>						
<b>Brute</b>	<b>397</b>	<b>128</b>	<b>,05</b>	<b>23 264</b>	<b>10 948</b>	<b>3 958</b>
<b>En %</b>	<b>11,2</b>	<b>8,9</b>	<b>2,0</b>	<b>34,1</b>	<b>23,2</b>	<b>20,6</b>
<b>Taux de croissance annuel moyen</b>						
	<b>2,1</b>	<b>1,7</b>	<b>0,4</b>	<b>6,0</b>	<b>4,3</b>	<b>3,8</b>

Source : IMS Health inc.

Relativement stables de 1994 à 1996, le nombre d'ordonnances totales et le nombre d'ordonnances par pharmacien ont connu une croissance importante depuis 1997.

## CHAPITRE 7 – OFFRE DE MAIN-D'OEUVRE

Selon les statistiques sur les membres inscrits au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec, la répartition des pharmaciens propriétaires et salariés, par âge et par sexe, qui s'établissait au 3 février 2000 est présentée dans le tableau 22.

**Tableau 22**

**Pharmacies communautaires au Québec  
Distribution des pharmaciens propriétaires et salariés  
par groupe d'âges et par sexe**

Groupes d'âges	Salariés			Propriétaires			Ensemble des pharmaciens		
	F	H	Total	F	H	Total	F	H	Total
<b>20-29</b>	505	209	714	25	45	70	530	254	784
<b>30-39</b>	675	203	878	187	191	378	862	394	1256
<b>40-49</b>	366	142	508	183	341	524	549	483	1032
<b>50-59</b>	105	119	224	69	273	342	174	392	566
<b>60-69</b>	25	144	169	7	93	100	32	237	269
<b>70 et +</b>	2	74	76	0	29	29	2	103	105
<b>Total</b>	<b>1 678</b>	<b>891</b>	<b>2 569</b>	<b>471</b>	<b>972</b>	<b>1 443</b>	<b>2 149</b>	<b>1 863</b>	<b>4 012</b>

Source : compilation faite à l'aide des données de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

On ne dispose pas de base de données précises sur le statut (temps complet, temps partiel) et les heures de travail des pharmaciens dans les pharmacies communautaires.

Cependant, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec ont procédé à un sondage auprès d'un échantillon de membres de différentes enseignes en mars 2000. On trouvera dans l'annexe 6 le questionnaire de l'enquête.

## RÉSULTATS DU SONDAGE

Les faits saillants révélés par ce sondage sont présentés ici.

### Heures d'ouverture

- En moyenne, une pharmacie est ouverte 73,7 heures par semaine, soit 10,5 heures par jour.

Il est à noter qu'en 1988, les pharmacies étaient ouvertes en moyenne 73 heures par semaine<sup>13</sup>, 74 heures par semaine en 1993<sup>14</sup>, et 71,5 heures par semaine en 1996<sup>15</sup>.

### Ordonnances

- En moyenne, une pharmacie remplit 194 ordonnances par jour et 18,4 ordonnances l'heure.

### Second pharmacien (présence concomitante d'un deuxième pharmacien)

- Un second pharmacien est inscrit à l'horaire 11 heures par semaine (2,2 heures par jour excluant la fin de semaine). Les heures planifiées d'un second pharmacien représentent 14 % des heures totales d'ouverture d'une pharmacie.
- Afin de pallier à des absences imprévues, un second pharmacien non prévu à l'horaire a travaillé en moyenne 4 heures par semaine, soit 0,75 heure par jour à l'exclusion des fins de semaine. Ainsi, les heures de travail d'un second pharmacien surnuméraire représentent 5 % des heures totales d'ouverture d'une pharmacie.
- En moyenne, la présence d'un second pharmacien a été nécessaire pendant 14,2 heures par semaine.
- En moyenne, 3,4 pharmaciens travaillent dans une pharmacie chaque mois.

---

13. Selon l'étude intitulée *Enquête économique auprès des pharmaciens propriétaires du Québec*, Étude Économique Conseil (EEC Canada inc.), mars 1989.

14. Selon l'étude intitulée *Réalisation d'une enquête économique*, CROP Conseil inc.

15. Selon une étude faite par Étude Économique Conseil (EEC Canada inc.), 1996.

## Statut

- Les différents types d'emploi des pharmaciens sont les suivants :
  - pharmaciens à temps (30 heures ou plus) 37 %
  - pharmaciens à temps partiel (moins de 30 heures) 27 %
  - pharmaciens propriétaires 30 %
  - pharmaciens surnuméraires 5 %
- Les propriétaires sont plus âgés parce qu'ils accèdent à la propriété plus tard et parce qu'ils demeurent propriétaires plus longtemps. Pour les autres pharmaciens, le nombre d'heures de travail diminue avec l'âge.
- Selon le sondage, 43 % des pharmaciens, propriétaires et salariés, sont des hommes et 57 % des femmes. En moyenne, au laboratoire, une pharmacienne travaille 23,9 heures par semaine et un pharmacien travaille 24,5 heures par semaine.

## Gestion et laboratoire

- Les heures consacrées à la gestion générale représentent 12,8 % des heures de travail et les heures de travail en laboratoire, 87,2 %.
- En moyenne, un pharmacien travaille au laboratoire 23 heures par semaine.

## Commis

- Chaque mois, en moyenne, 4,9 commis ont travaillé dans une pharmacie.
- Une pharmacie requiert en moyenne 114 heures de travail par des commis chaque semaine, soit 16 heures/commis par jour. Le ratio des heures de travail des commis et des heures des pharmaciens est de 1,5.

## Besoins de main-d'œuvre

- Selon le sondage, 69 pharmacies, soit 34 % des pharmacies, auraient eu besoin des heures additionnelles d'un second pharmacien au laboratoire. Ces heures additionnelles représentent 7,7 % des heures totales d'ouverture.
- Selon le sondage, 93 pharmacies, soit 46 % de toutes les pharmacies, auraient voulu qu'un pharmacien autre que celui qui a travaillé fournisse les heures additionnelles de travail, si la main-d'œuvre avait été

disponible<sup>16</sup>. Ces heures représentent 9,8 % des heures totales d'ouverture des pharmacies.

- Au total, il manquait des pharmaciens pour 17,5 % des heures de travail.
- L'AQPP et l'ABCPQ concluent que :
  1. la pénurie de pharmaciens s'élèverait à 675 pharmaciens à temps plein au Québec dans l'hypothèse où 1 ETP/pharmacien correspond à 30 heures par semaine dans 1 575 pharmacies ;
  2. le nombre passe à 508 pharmaciens si on considère qu'un pharmacien travaille à temps plein lorsqu'il travaille 40 heures par semaine ;
  3. le nombre diminue à 378 pharmaciens si l'on considère le nombre d'heures que l'on aurait voulu attribuer à un pharmacien autre que celui qui a travaillé, si la main-d'œuvre avait été disponible (question 9 du sondage), en retenant le critère de 30 heures par semaine pour un poste à temps plein ;
  4. la pénurie s'élève enfin à 284 pharmaciens si on retient les résultats de la question 9 du sondage et le critère de 40 heures par semaine pour un pharmacien à temps plein.

Pour les besoins de projection, le groupe de travail (voir le volet 3) a convenu, sur la base de ces indications et de façon prudente, d'estimer à 300 la pénurie de pharmaciens dans le secteur communautaire ; ce nombre venant s'ajouter à la pénurie de 91 estimée dans le secteur des pharmacies d'établissements porte la pénurie globale à 391 pharmaciens.

Par ailleurs, la pénurie d'effectifs pour le remplacement temporaire de pharmaciennes en congé de maternité pourrait s'aggraver dans l'avenir. En effet, récemment, la durée du congé parental pour lequel une prestation peut être versée en vertu de l'assurance emploi a été portée de 10 à 35 semaines pour les parents dont l'enfant est né ou a été adopté le 31 décembre 2000 ou après cette date. En raison de cette mesure du gouvernement fédéral, la durée du congé rémunéré (congé de maternité et congé parental) passera à un an.

Compte tenu de la féminisation de la profession et de l'amélioration des conditions offertes en matière de congés parentaux, on pourrait prévoir un nombre additionnel de pharmaciens pour compenser l'augmentation probable des congés parentaux. L'importance de ces besoins reste à déterminer.

---

16. Dans ces cas, le manque de pharmaciens disponibles a obligé le pharmacien propriétaire ou un pharmacien salarié à assumer le travail, bien qu'ils eussent préféré le confier à un autre pharmacien.

## CHAPITRE 8 – ATTRITION

On ne dispose pas de données suffisantes pour évaluer l'attrition en pharmacie communautaire. Le tableau suivant relève néanmoins les départs et les arrivées (réinscriptions) annuels pour l'ensemble des pharmaciens au cours des dernières années.

**Tableau 23**

**Nombre de départs temporaires et définitifs et nombre de réinscriptions au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec Ensemble des secteurs d'activité de 1994 à 1999**

Année	Première inscription	Départs (démissions et retraites)	Arrivées (réinscriptions)	Bilan	Nombre de diplômés
		A	B	B - A	
1994	209	123	62	- 61	208
1995	230	154	63	- 91	201
1996	216	172	83	- 89	251
1997	240	207	90	- 117	234
1998	241	226	103	- 123	220
1999	214	150	122	+ 28	221
<b>Total</b>	<b>1 350</b>	<b>1 032</b>	<b>523</b>	<b>- 509</b>	<b>1 335</b>
<b>Moyenne</b>	<b>225</b>	<b>172</b>	<b>87</b>	<b>- 85</b>	<b>222</b>

Source : compilation faite à l'aide des données de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Note : Il est apparu intéressant d'indiquer le nombre de nouveaux diplômés au cours de la période correspondante.

L'Ordre a enregistré en moyenne 172 démissions ou retraites par année au cours de la période 1994-1999.

Cependant, il ne s'agit pas, dans tous les cas, de départs définitifs étant donné qu'au cours de la même période, on a compilé 523 réinscriptions soit, bon an mal an, 87 retours à la pratique, ce qui conduit à un bilan négatif de 85 départs annuels en moyenne pour la période 1994-1999.

L'importance relative du secteur des pharmacies communautaires par rapport à l'ensemble étant évaluée à 68 %, il y aurait donc eu 58 départs définitifs par année dans les pharmacies communautaires.

De nouveau, l'absence de données précises sur le comportement des pharmaciens d'officine limite la portée de l'analyse de l'attrition actuelle et la justesse de la projection des départs.

Par ailleurs, l'Ordre des pharmaciens du Québec a examiné la question de l'attrition au moyen d'un sondage réalisé au cours de l'été 2000 auprès des personnes **de moins de 65 ans** dont le nom n'apparaît plus au tableau de l'Ordre. Pour cette enquête, 426 personnes ont été retenues (45,5 % d'hommes et 54,5 % de femmes). Pour ces 426 personnes, l'année moyenne d'obtention du permis d'exercice était 1980 (la médiane était 1981). De ce nombre, 356 personnes satisfaisaient aux critères établis pour pouvoir répondre au questionnaire d'enquête et 58,1 % d'entre elles y ont répondu.

Les résultats préliminaires de cette enquête indiquent que :

- 18,1 % des personnes exerçaient leur profession à l'extérieur du Québec. Donc, la pratique à l'extérieur du Québec n'est pas le facteur permettant d'expliquer la majorité des démissions.
- De ces 18,1 % des personnes qui pratiquent à l'extérieur du Québec, 52,5 % croient possible de revenir pratiquer au Québec d'ici les cinq prochaines années et, pour une majorité d'entre elles, certaines conditions faciliteraient leur retour.
- Parmi les autres personnes qui ont quitté la profession et qui ne pratiquent pas à l'extérieur du Québec, 25,2 % estiment qu'elles pourraient revenir à la pratique de la pharmacie au cours des cinq prochaines années et, pour le tiers d'entre elles seulement, ce retour serait facilité par l'amélioration de certaines conditions entourant la pratique.

À cet égard on note trois types de facteurs, soit :

- ceux qui sont reliés aux conditions de travail, qui représentent 54 % des facteurs (horaires, salaires, charge de travail, reconnaissance, avantages sociaux, préretraite forcée, qualité de la pratique, heures des repas, heures d'ouverture, possibilité de faire du remplacement, caractère moins commercial) ;
- ceux qui sont reliés aux exigences de l'Ordre et des universités pour faciliter la réintégration dans la profession et qui représentent 32 % des facteurs (réinscription facilitée, cotisation moins élevée, recyclage plus facile, moins de recyclage) ;
- ceux qui sont reliés aux personnes elles-mêmes qui représentent 14 % des facteurs (raisons familiales, état de santé).

## CHAPITRE 9 – ESTIMATION DES BESOINS DE RECRUTEMENT

Dans une situation d'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, les besoins de recrutement représentent la somme des besoins pour compenser l'attrition, d'une part, et des besoins additionnels liés à la croissance nette du secteur, d'autre part.

### 9.1 PÉNURIE INITIALE

Le sondage effectué par l'AQPP et l'ABCPQ a révélé que le manque de pharmaciens oscille entre 284 et 675 pharmaciens selon les hypothèses retenues.

Il a néanmoins été convenu après discussion que l'ajout immédiat de 300 pharmaciens serait susceptible de rétablir l'équilibre en l'an 2000.

### 9.2 ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES BESOINS

Comme le montre le tableau ci-dessous, la croissance des effectifs totaux dans les pharmacies communautaires au cours de la période 1992-1999 a été de 694 pharmaciens, soit une augmentation moyenne de 87 pharmaciens par année.

Tableau 24

#### Évolution des effectifs dans les pharmacies communautaires de 1992 à 1999

Année	Officines	Propriétaires	Salariés	Effectifs totaux pharmacies communautaires	Nombre total de pharmaciens	Pharmacies communautaires Total %	Variation annuelle pharmacies communautaires	Nouveaux diplômés
1992	1 419	1 303	2 015	3 318	4 860	68 %	-	195
1993	1 425	1 314	2 111	3 425	4 990	69 %	107	199
1994	1 445	1 318	2 260	3 578	5 120	70 %	153	208
1995	1 491	1 372	2 292	3 664	5 259	70 %	86	201
1996	1 517	1 398	2 349	3 747	5 396	69 %	83	251
1997	1 529	1 397	2 399	3 796	5 538	69 %	49	234
1998	1 559	1 434	2 339	3 773	5 649	67 %	-23	220
1999	1 573	1 436	2 518	3 954	5 747	69 %	181	221
2000	1 581	1 443	2 569	4 012	5 858	68 %	58	n/d
<b>Variation en nombre</b>								
	162	140	554	694	998		694	1 729
<b>Taux de croissance annuel moyen</b>								
	1,4 %	1,3 %	3,1 %	2,4 %	2,4 %			

Source : compilation faite à l'aide des rapports annuels de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

On retient notamment que la croissance annuelle des effectifs a été fort variable au cours de la période.

### **9.3 BESOINS POUR COMBLER LES POSTES VACANTS EN RAISON DES DÉPARTS**

L'évaluation des besoins liés au remplacement des pharmaciens qui quittent leur emploi au cours de la période pose certaines difficultés.

En appliquant un ratio de 68 %, soit la proportion du nombre de pharmaciens dans le secteur communautaire par rapport au nombre total de pharmaciens, aux 105 départs annuels obtenus en appliquant à l'ensemble des pharmaciens du Québec les taux du modèle de projection utilisé par le MSSS, on obtiendrait 71 départs par année.

Cette donnée se compare aux 58 départs obtenus en appliquant le même taux de 68 % aux données de l'Ordre présentées précédemment (voir le tableau 22) au sujet des démissions et des réinscriptions.

### **9.4 PERSPECTIVES**

La tâche du pharmacien communautaire n'a pas cessé de s'alourdir, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, et rien ne laisse présager un changement au cours des prochaines années.

Sur le plan quantitatif et selon les données de IMS, le nombre total d'ordonnances au Québec est passé d'un peu plus de 46 millions en 1982 à 95 millions en mai 2000. En 1998, la croissance a été de 7,9 % et de 8,7 % en 1999. Le taux de croissance élevé au cours des dernières années est possiblement relié à la création d'un nouveau régime général d'assurance médicaments par le gouvernement du Québec en janvier 1997. Il est raisonnable de croire que, passé le premier choc, la croissance annuelle du nombre total d'ordonnances au Québec se stabilisera pour se situer dans la moyenne de la croissance observée sur une plus longue période (de 1982 à 2000), soit environ 4 % par année.

Rien n'indique qu'on fera moins appel aux médicaments dans un proche avenir. Au contraire, la volonté croissante maintes fois exprimée de traiter les malades en milieu ambulatoire lorsque cela est possible, d'assurer le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible et de pratiquer des chirurgies d'un jour fait en sorte que, sur le plan quantitatif, la tâche du pharmacien communautaire va continuer de s'accroître. Sans l'apport des médicaments et des soins pharmaceutiques qui les

accompagnent, cet objectif de traiter les gens dans leur milieu de vie serait difficilement réalisable.

Sur le plan qualitatif, il est à prévoir que la tâche du pharmacien va continuer à s'alourdir. En effet, le rôle du pharmacien et la complexité des actes qu'il est appelé à accomplir évoluent et continueront d'évoluer parallèlement à l'évolution des innovations technologiques dans le domaine de la pharmacothérapie.

De plus, la profession a, au cours de la dernière décennie, amorcé un virage vers des soins pharmaceutiques qui s'éloignent des tâches liées à la distribution des médicaments, par exemple le suivi, l'information, etc. Ces tâches, comme on peut facilement l'imaginer, exigent davantage de temps que celles qui sont liées à la simple distribution de médicaments.

S'il y a pénurie de pharmaciens, il n'y a pas pour autant pénurie de pharmacies. Celles-ci sont géographiquement bien distribuées sur l'ensemble du territoire québécois, de sorte que les produits et services pharmaceutiques sont facilement accessibles à tous les Québécois et Québécoises sans rendez-vous et sans file d'attente. Le réseau en place répond aux besoins actuels et il a, de plus, la capacité d'absorber une certaine croissance au cours des prochaines années. Étant donné qu'il n'y a pas de pénurie de points de services, il ne nous apparaît pas nécessaire, dans un proche avenir, de prévoir une augmentation du nombre de pharmacies ni une modification du nombre d'heures d'ouverture des pharmacies, qui est demeuré relativement stable au cours de la dernière décennie.

*planification de la main-d'œuvre  
en pharmacie*



*Ensemble des secteurs d'activités*

### VOLET 3 ENSEMBLE DES SECTEURS D'ACTIVITÉ

Les chapitres suivants (10, 11 et 12) servent à déterminer les besoins globaux de recrutement dans l'ensemble des secteurs de la pharmacie, de 2000 à 2015, selon diverses hypothèses se rapportant principalement à l'attrition des effectifs actifs et aux taux de croissance anticipés des besoins de pharmaciens.

Ces besoins sont comparés par la suite au nombre de diplômés attendus afin d'évaluer les écarts prévisibles et d'apporter les ajustements qui s'imposent dans le plan d'action, objet du quatrième et dernier volet du présent rapport.

#### CHAPITRE 10 – OFFRE GLOBALE DE MAIN-D'ŒUVRE

On comptait 5 427 pharmaciens actifs au Québec en février 2000 selon les données de l'Ordre des pharmaciens. L'offre totale de main-d'œuvre équivaut à la somme des effectifs travaillant actuellement et des effectifs disponibles.

Tableau 25

##### Pharmaciens actifs par groupe d'âge et par sexe et par statut

Groupes d'âges	Femme		Homme		Total
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	
20-24	56	75	26	27	184
25-29	358	236	160	136	890
30-34	555	240	263	64	1 122
35-39	383	285	188	127	983
40-44	319	138	244	71	772
45-49	250	113	245	88	696
50-54	83	54	152	46	335
55-59	23	36	94	46	199
60-64	2	-	56	62	120
65-69	7	7	21	33	68
70 et +	7	7	13	31	58
<b>Total</b>	<b>2 043</b>	<b>1 191</b>	<b>1 462</b>	<b>731</b>	<b>5 427</b>

Source : compilation faite par le MSSS à l'aide des données de l'OPQ et de l'AQPP.

N.B. L'ordre ne dispose pas de statistiques sur le statut d'emploi de ses membres.

Considérant que le secteur souffre d'une pénurie de main-d'œuvre, le groupe de travail conclut qu'il n'y a pas d'effectifs disponibles, c'est-à-dire qu'il y a peu de chômage ou de pharmaciens travaillant dans un autre domaine ou qui sont à la recherche d'un emploi dans leur spécialité. D'autre part, l'offre potentielle des pharmaciens travaillant à temps partiel et susceptibles de fournir des services plus importants est considérée comme marginale, de l'avis des membres du groupe de travail.

## CHAPITRE 11 – PROJECTION DE L'ATTRITION

Le groupe de travail a exploré trois hypothèses en vue de déterminer le nombre de pharmaciens qui seront amenés à quitter la profession annuellement au cours de la période de projection.

Le tableau 26 présente les données relatives au nombre de départs anticipés annuellement selon les trois hypothèses de travail étudiées.

**Tableau 26**

**Nombre de départs anticipés annuellement  
selon les trois scénarios étudiés de cessations d'emploi  
de 2000 à 2015**

Années	Intermédiaire pondéré à 50 %	Intermédiaire	Remplacement à 65 ans
2000	115,5	149,8	224
2001	108,7	140,9	37
2002	103,1	133,2	37
2003	101,5	129,7	37
2004	97,6	123,9	37
2005	100,7	125,2	37
2006	107,2	130,1	47
2007	113,2	134,7	47
2008	132,6	152,7	47
2009	138,4	157,4	47
2010	141,0	158,9	47
2011	141,6	158,4	77
2012	141,6	157,5	77
2013	140,2	155,3	77
2014	147,3	161,2	77
2015	152,5	165,2	77
<b>Total</b>	<b>1 982,5</b>	<b>2 334,1</b>	<b>1 033</b>

### 11.1 SCÉNARIO INTERMÉDIAIRE PONDÉRÉ À 50 %

Il s'agit du scénario d'attrition retenu pour les pharmaciens des établissements de santé, appliqué à l'ensemble des pharmaciens<sup>17</sup>.

Le modèle de projection permet de choisir des taux de départ différents en fonction de l'évolution future de la composition du groupe selon le statut (temps complet et temps partiel). Puisque les taux de cessation d'emploi sont fortement conditionnés par le statut (les pharmaciens à temps partiel ayant une propension plus grande à quitter leur emploi), cette option aura un effet important sur la projection des départs et, accessoirement, sur la projection des retraites.

On peut donc projeter les départs en supposant que la répartition observée des effectifs par statut (temps complet et temps partiel) demeurera constante dans le temps ou, à l'opposé, que tous les pharmaciens deviendront des employés à temps complet. Un scénario intermédiaire est aussi concevable. Cette possibilité offerte par le modèle permet de juger de la justesse de l'hypothèse retenue par rapport à la projection des départs.

Puisque, à la base, les taux de départ ont été estimés par la CARRA à partir de l'expérience de l'ensemble des participants au RREGOP au cours des dernières années (en tenant compte toutefois de l'effet des modifications au régime), il est évident que l'application uniforme de ces taux à l'ensemble des pharmaciens ne reflète pas nécessairement le comportement qui se produira en matière de cessation d'emploi.

Pour pallier cette lacune, le modèle prévoit l'introduction d'un facteur de modulation des départs. Ce facteur permet de moduler les départs selon leur cause pour tenir compte du comportement particulier du groupe étudié.

Le groupe de travail a tenu compte du fait que des pharmaciens peuvent quitter le réseau de la santé pour exercer leur profession en dehors du réseau, d'où une réduction du nombre de départs définitifs de 50 % par rapport aux résultats initiaux du modèle de la CARRA.

### 11.2 SCÉNARIO INTERMÉDIAIRE

Ce scénario a été considéré principalement en vue de fournir une information sur l'effet de la pondération appliquée dans le scénario précédent.

---

17. Voir le chapitre 3.

### **11.3 SCÉNARIO AVEC REMPLACEMENT À 65 ANS**

Le scénario fait l'hypothèse que tous les pharmaciens quittent la profession à 65 ans.

### **11.4 CONSTAT**

Après avoir examiné les données historiques de l'Ordre des pharmaciens du Québec concernant les départs, le groupe de travail a convenu de retenir le scénario intermédiaire avec pondération à 50 %, car il est celui qui représente le mieux les besoins de recrutement pour combler les postes laissés vacants par les départs.

## CHAPITRE 12 – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS

Afin d'établir la projection de l'évolution de la demande de pharmaciens, il faut, au préalable, préciser l'année de départ de la projection et la demande totale de pharmaciens pour cette même année.

### 12.1 LA DEMANDE TOTALE DE MAIN-D'ŒUVRE EN 2000

Le groupe de travail s'est entendu pour retenir l'année 2000 comme point de départ de la projection. Également, il a été précédemment entendu que la demande de main-d'œuvre exprimée par les employeurs du réseau de la santé correspondait aux effectifs en place auxquels il a convenu d'ajouter 91 postes vacants correspondant aux besoins de main-d'œuvre non comblés. Cette donnée est le résultat d'un sondage effectué par l'APES et il est validé par les représentants du réseau.

Il a été plus difficile de déterminer la pénurie de pharmaciens dans les autres secteurs d'activité. Par exemple, il s'est avéré impraticable de compter le nombre de postes affichés dans les médias. Néanmoins, il a été convenu d'évaluer la pénurie à 300 pharmaciens soit, au-delà des échanges et des transferts normaux d'effectifs entre employeurs, autant de postes à temps complet qu'il est impossible de combler. Compte tenu que les secteurs à l'étude comptent quelque 4 416 pharmaciens<sup>18</sup>, cette demande insatisfaite représente un taux de vacance de 6,8 % – un taux jugé élevé mais crédible par la majorité des membres du groupe de travail.

La demande totale pour l'an 2000 est donc évaluée à 5 818 pharmaciens<sup>19</sup>, soit 5 427 pharmaciens actifs auxquels s'ajoutent les 391 pharmaciens manquants.

### 12.2 INDICE D'ACCROISSEMENT GÉNÉRAL DES BESOINS

En sus des besoins de recrutement et de formation pour remplacer les pharmaciens qui quittent leur profession et résorber la pénurie actuelle, il faut prévoir le rythme annuel de croissance des effectifs pour répondre aux besoins additionnels de la société.

---

18. Ensemble des effectifs des secteurs d'activité sauf les établissements de santé et la catégorie sans emploi.

19. Données de l'Ordre des pharmaciens, février 2000.

D'une façon générale, pour des besoins de comparaison, le Ministère prévoit un rythme de croissance des services médicaux d'environ 1 % par année au cours des quinze prochaines années, en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population.

Toutefois, pour ce qui est des pharmaciens des établissements de santé, le groupe de travail a considéré qu'un accroissement annuel stable de 3 % de l'effectif permettrait de répondre aux besoins anticipés. Cette hypothèse s'appuie sur l'évolution des heures de travail entre 1985-1986 et 1998-1999.

Au regard des autres secteurs d'activité de la pharmacie, le groupe de travail a envisagé trois scénarios.

- **Taux de croissance annuel moyen de 1,78 %**

Selon le premier scénario, la croissance annuelle des besoins est appelée à se poursuivre à un rythme de 1,78 %, soit un rythme supérieur à la croissance et au vieillissement de la population et des services médicaux (0,94 %) mais inférieur au rythme soutenu des années 1990.

Il s'agit d'un taux composite qui intègre un taux de croissance de 3 % dans les établissements de santé et de 1,5 % dans les autres secteurs d'activité.

Les résultats de ce scénario sont présentés dans le tableau 27 (scénario C).

- **Taux de croissance annuel moyen de 2,32 %**

Le deuxième scénario se base sur l'évolution des effectifs dans les établissements de santé et dans les pharmacies communautaires entre 1991 et 2000.

Il s'agit d'un taux composite combinant un taux de croissance des effectifs de 2,18 % dans les établissements de santé et de 2,36 % dans les pharmacies communautaires.

Les besoins de recrutement selon ce scénario de croissance sont représentés au scénario D (voir le tableau 27).

- **Taux de croissance annuel moyen de 3 %**

Selon le troisième scénario, la croissance annuelle des besoins du secteur communautaire serait équivalente à celle du secteur des établissements de santé, soit 3 % par année.

Les besoins de recrutement relatifs à cette hypothèse sont présentés au scénario E (voir le tableau 27).

### **12.3 EFFECTIF NÉCESSAIRE ET RECRUTEMENT NÉCESSAIRE**

Le tableau 27 présente les données sur l'effectif nécessaire et les besoins de recrutement pour résorber la pénurie, combler les postes laissés vacants par les départs et répondre à l'accroissement des besoins, selon sept scénarios présentant respectivement une combinaison différente des variables étudiées précédemment.

En ce qui regarde l'attrition, il a été reconnu plus haut que l'hypothèse « intermédiaire, pondérée à 50 % » représentait l'éventualité la plus probable.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les perspectives de croissance des besoins, la variante se rapporte aux taux retenus (1,78 %, 2,32 % et 3 %) selon les scénarios.

Tableau 27

## Projection de recrutement selon différents scénarios pour l'ensemble des secteurs

L'effectif, en février 2000, totalisait selon les données de l'Ordre 5 427 pharmaciens, ce nombre excluant les pharmaciens sans emploi.

Scénarios	A	B	C	D	E	F	G
<b>Départs</b>							
intermédiaire	91	91	91	91	91	91	91
intermédiaire et pondéré à 0,5	300	300	300	300	300	300	300
<b>Pénurie</b>							
– dans les établissements de santé	3,00 %		3,00 %		3,00 %	3,00 %	3,00 %
– dans les pharmacies communautaires	1,50 %	2,32 %	1,50 %		3,00 %	1,50 %	3,00 %
ensemble	1,78 %		1,78 %	2,32 %	3,00 %	1,78 %	3,00 %
<b>Besoins</b>							
– dans les établissements de santé	391	391	391	391	391	391	391
– dans les pharmacies communautaires	164	164	122	122	122	282	282
ensemble	266	298	222	254	294	164	230
– dans les pharmacies communautaires	267	301	221	255	298	168	237
ensemble	272	308	224	259	305	172	245
ensemble	274	313	225	262	310	176	251
ensemble	283	324	232	271	322	180	259
ensemble	296	339	243	284	338	195	277
ensemble	308	354	253	296	353	200	286
ensemble	334	382	277	322	383	207	297
ensemble	347	398	288	334	398	213	306
ensemble	357	411	295	344	411	218	315
ensemble	364	421	300	351	422	252	353
ensemble	371	430	304	358	433	256	361
ensemble	376	438	308	363	442	260	369
ensemble	389	454	319	376	459	265	380
ensemble	401	468	328	388	475	270	389
<b>de 1999 à 2015</b>	<b>5 460</b>	<b>6 194</b>	<b>4 552</b>	<b>5 230</b>	<b>6 156</b>	<b>3 869</b>	<b>5 228</b>
<b>Écart</b>	<b>- 1 350</b>	<b>- 2 084</b>	<b>- 442</b>	<b>- 1 120</b>	<b>- 2 046</b>	<b>241</b>	<b>- 1 118</b>

Note : majoration des admissions à partir de septembre 2000 de 250 à 305.

## **CHAPITRE 13 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES**

### **13.1 PROJECTION DES DIPLÔMÉS DISPONIBLES**

La projection des diplômés disponibles est fonction du nombre total des admissions prévues et du taux d'abandon observé entre le moment de l'admission, la remise des diplômes et l'inscription à l'Ordre.

Selon les données fournies par le ministère de l'Éducation, le taux de diplômation en pharmacie se stabilise autour de 90 %. Par ailleurs, l'Ordre estime que 98 % des diplômés s'inscrivent à l'Ordre et obtiennent leur permis de pratique. En conséquence, un taux de diplômés disponibles de 88,2 % est appliqué au nombre d'admissions prévues.

Par ailleurs, à l'Université Laval, les admissions au programme de baccalauréat sont passées de 117 en 1999-2000 à 140 en 2000-2001.

À l'Université de Montréal, les admissions en 1<sup>re</sup> année sont passées de 145 en 1999-2000 à 165 en 2000-2001.

Pour les besoins de projection, le groupe de travail retient une majoration des admissions à partir de septembre 2000, de 250 admissions en 1998 à 305 admissions en l'an 2000, auxquelles est appliqué le taux de diplômés disponibles de 88,2 %.

Pour évaluer les divers scénarios de projection de diplômés disponibles, il s'agit d'établir le nombre d'admissions pour une année donnée, d'appliquer le taux de diplômés disponibles (88,2 %) et d'inscrire le résultat en fonction de la durée de formation, en l'occurrence quatre années plus tard. L'Ordre des pharmaciens du Québec devrait ainsi accueillir 4 110 nouveaux pharmaciens d'ici 2015, soit 221 par année de 2000 à 2003 et 269 par année de 2004 à 2015.

### **13.2 COMPARAISON ENTRE L'OFFRE ET LES BESOINS**

Le choix du scénario à privilégier a fait l'objet de longues discussions au sein du groupe de travail. D'une part, l'application du modèle de projection au secteur communautaire posait de nombreuses difficultés en raison, notamment, de l'insuffisance de données sur les taux de retraite et de cessation d'emploi. D'autre part, les opinions sont partagées sur les perspectives d'avenir et le nombre de pharmaciens nécessaire pour répondre aux besoins du secteur communautaire.

Il est certain que la croissance du nombre total d'ordonnances au Québec va continuer de se poursuivre à un rythme rapide. Il est également souhaitable que le rôle du pharmacien continue d'évoluer pour s'éloigner des tâches de distribution et devenir plus ouvert au suivi des cas et à la communication d'information aux clients dont les besoins s'intensifient et deviennent plus complexes, même en milieu communautaire.

Par ailleurs, il apparaît que le réseau actuel de pharmacies est en mesure d'offrir des services accessibles à tous les Québécois sans liste d'attente. Bien plus, il aurait la capacité d'absorber une certaine croissance au cours des prochaines années. Ainsi, il n'apparaît pas nécessaire de prévoir dans un proche avenir ni une augmentation importante du nombre de pharmacies ni une augmentation du nombre d'heures d'ouverture.

Enfin, dans ses échanges, le groupe de travail a été guidé par la prudence. En l'absence de données plus complètes pour le secteur de la pharmacie communautaire, il n'apparaissait pas approprié de prévoir une croissance des besoins beaucoup plus grande que pour d'autres secteurs d'activité relatifs à la santé. À titre de référence, le taux de croissance annuel retenu pour la planification de la main-d'œuvre médicale est de 0,94 % et il est de 1,13 % pour la main-d'œuvre infirmière.

Tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une hypothèse prudente sur l'évolution des besoins, le groupe de travail a d'un commun accord adopté le scénario C. Ce scénario repose sur une hypothèse de croissance annuelle moyenne des besoins de 1,78 % résultant d'une croissance annuelle moyenne attendue de 3 % dans les établissements et de 1,5 % dans les autres secteurs, incluant le secteur communautaire.

Toutefois, la situation est préoccupante. À cet égard, on doit prévoir dès maintenant une solution de rechange au cas où les hypothèses retenues pour la projection, dont celles qui sont relatives à l'évolution des besoins, devraient être révisées à la hausse, et on doit réunir, notamment pour le secteur communautaire, l'information nécessaire à de meilleures prévisions.

Le tableau 28 présente les résultats de la projection du scénario C au regard des diplômés disponibles anticipés de 2000 à 2015.

Tableau 28

**Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens  
et le nombre de diplômés disponibles  
Ensemble des secteurs d'activité  
Scénario C (1,78 %)**

*Admissions maintenues à 305 à compter de septembre 2000.*

Année	Effectif nécessaire	Départs	Accroisse- ment des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire <sup>(1)</sup>	Nombre de diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
		A	B	A + B	C	D	D - C	
2000 <sup>2</sup>	5 818	115	391	506	513	221	- 292	- 292
2001	5 922	109	104	213	222	220	- 2	- 294
2002	6 027	103	105	208	221	221	0	- 294
2003	6 134	101	107	208	224	220	- 4	- 298
2004	6 243	98	109	207	225	269	44	- 254
2005	6 355	101	112	213	232	269	37	- 217
2006	6 468	107	113	220	243	269	26	- 191
2007	6 583	113	115	228	253	269	16	- 175
2008	6 700	133	117	250	277	269	- 8	- 183
2009	6 819	138	119	257	288	269	- 19	- 202
2010	6 941	141	122	263	295	269	- 26	- 228
2011	7 064	141	123	264	300	269	- 31	- 259
2012	7 190	141	126	267	304	269	- 35	- 294
2013	7 318	140	128	268	308	269	- 39	- 333
2014	7 448	147	130	277	319	269	- 50	- 383
2015	7 581	152	133	285	328	269	- 59	- 442
<b>2000 à 2015</b>		<b>1 980</b>	<b>2 154</b>	<b>4 134</b>	<b>4 552</b>	<b>4 110</b>		<b>- 442</b>

- (1) En combinant le nombre annuel des départs avec l'accroissement annuel des besoins, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle le recrutement brut. Le nombre de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte des départs propres à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter, si l'on tient compte de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre initialement évalué. C'est ce qu'on appelle le recrutement nécessaire.
- (2) Pour assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en l'an 2000, il faudrait s'assurer de remplacer 115 personnes parties pour la retraite, décédées ou ayant cessé de travailler et combler la pénurie du départ, établie à 391 pharmaciens.

Les faits saillants suivants se dégagent du tableau 28.

- L'année de départ (2000) est marquée par une pénurie de 391 pharmaciens, auxquels s'ajoutent les besoins pour combler les postes laissés vacants par les départs (122), de sorte que le déficit à combler pour atteindre l'équilibre s'élève à 513 pharmaciens. On peut par ailleurs compter sur l'arrivée de 221 diplômés en 2000, si bien que l'année se termine avec un déficit de 292 pharmaciens.
- Au cours des trois années suivantes (2001, 2002, 2003), les besoins de recrutement seraient respectivement de 222, 221 et 224 pharmaciens, alors que le nombre de diplômés attendus sera stable autour de 220. Ainsi, la pénurie demeurera stable à près de 300 pharmaciens avant l'arrivée des diplômés de 2004.
- À partir de 2004, les besoins annuels passeront graduellement de 225 jusqu'à 328 en 2015, alors que le nombre des diplômés demeurera stable si le nombre des admissions n'a pas changé auparavant.

Selon ce scénario, la pénurie de près de 300 pharmaciens, qui représente un taux élevé de 5 % de l'effectif total en 2000, est appelée à perdurer.

### **13.3 ADMISSIONS NÉCESSAIRES**

Le tableau 29 fait ressortir les écarts annuels et cumulatifs entre l'offre et la demande de pharmaciens selon un scénario prévoyant, à compter de 2001, l'augmentation de 305 à 345 admissions au programme de baccalauréat en pharmacie. Cette augmentation additionnelle de 40 admissions représente un objectif dont l'atteinte aura des conséquences importantes, tant pour les facultés de pharmacie que pour les établissements d'accueil des stagiaires. Compte tenu des augmentations récentes des admissions, les universités ont informé le groupe de travail qu'elles auront besoin de ressources additionnelles pour atteindre cet objectif.

Tableau 29

**Comparaison entre les besoins de recrutement de pharmaciens  
et le nombre de diplômés disponibles  
Ensemble des secteurs d'activité  
Scénario C (1,78 %)**

*305 admissions en septembre 2000 et une hypothèse de 345 les années suivantes.*

Année	Effectif nécessaire	Départs	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire <sup>(1)</sup>	Nombre de diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulé
		A	B	A + B	C	D	D - C	
2000 <sup>(2)</sup>	5 818	115	391	506	513	221	- 292	- 292
2001	5 922	109	104	213	222	220	- 2	- 294
2002	6 027	103	105	208	221	221	0	- 294
2003	6 134	101	107	208	224	220	- 4	- 298
2004	6 243	98	109	207	225	269	44	- 254
2005	6 355	101	112	213	232	304	72	- 182
2006	6 468	107	113	220	243	304	61	-121
2007	6 583	113	115	228	253	304	51	- 70
2008	6 700	133	117	250	277	304	27	- 43
2009	6 819	138	119	257	288	304	16	- 27
2010	6 941	141	122	263	295	304	9	- 18
2011	7 064	141	123	264	300	304	4	-14
2012	7 190	141	126	267	304	304	0	- 14
2013	7 318	140	128	268	308	304	- 4	- 18
2014	7 448	147	130	277	319	304	- 15	- 33
2015	7 581	152	133	285	328	304	- 24	- 57
<b>2000 à 2015</b>		<b>1 980</b>	<b>2 154</b>	<b>4 134</b>	<b>4 552</b>	<b>4 495</b>		<b>- 57</b>

(1) En combinant le nombre annuel des départs avec l'accroissement annuel des besoins, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle le recrutement brut. Le nombre de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte des départs propres à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter, si l'on tient compte de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre brut initialement évalué. C'est ce qu'on appelle le recrutement nécessaire.

(2) Pour assurer l'équilibre entre l'offre et la demande en l'an 2000, il faudrait s'assurer de remplacer 115 personnes parties pour la retraite, décédées ou ayant cessé de travailler et combler la pénurie du départ, établie à 391 pharmaciens.

Il faut considérer que la hausse des admissions dans les facultés de pharmacie en 2000 ne se répercutera sur le marché du travail qu'en 2004 pour ce qui concerne les bacheliers et en 2005 ou 2006 pour ce qui est des pharmaciens détenteurs d'une maîtrise professionnelle.

Selon ce scénario, la pénurie se résorbe en quasi-totalité de 2004 à 2010, lorsque les étudiants des groupes majorés en 2001 arriveront sur le marché du travail.

Par ailleurs, la pénurie risque de ne pas se résorber dans les établissements de santé. À ce sujet, le lecteur est invité à consulter les résultats des projections des besoins de recrutement dans les établissements de santé établies au volet 1 du présent document (voir le tableau 19).

Quel que soit le scénario envisagé, le secteur de la pharmacie devra composer avec une certaine rareté de personnel au cours des prochaines années. Ce constat a incité les membres du groupe de travail à se pencher sur des solutions en vue d'améliorer la productivité des ressources existantes. L'automatisation dans la distribution des médicaments et le recours plus grand à des assistants techniques pourraient contribuer à réduire la pression sur les ressources existantes.

Les besoins en pharmaciens dans les pharmacies communautaires vont dépendre non seulement de l'expansion des chaînes mais aussi de la progression de l'implantation des soins pharmaceutiques, de l'amplification de la tendance actuelle en matière de virage ambulatoire et enfin de la volonté des régimes de payer le coût des services cliniques offerts par les pharmaciens communautaires à leurs clients.

Dans les établissements de santé, les besoins devraient s'accroître et se diversifier pour répondre à la demande des diverses missions d'établissements. L'implantation des soins pharmaceutiques dans les centres hospitaliers ainsi que la croissance des besoins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée et dans les CLSC exerceront une pression à la hausse sur la demande de pharmaciens qualifiés. Ces changements seront d'autant facilités que la pertinence de soins pharmaceutiques dans ces divers milieux et les avantages financiers seront démontrés.

# *planification de la main-d'œuvre en pharmacie*



*Plan d'action*

**VOLET 4 – PLAN D'ACTION****CHAPITRE 14 – PROJET DE PLAN D'ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN PHARMACIE**

Dans le quatrième volet, le groupe de travail propose un plan d'action comprenant des mesures pour que le réseau de la santé et des services sociaux puisse offrir les services nécessaires en disposant d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant. Le plan d'action tient compte également des besoins de l'ensemble du secteur de la pharmacie. La détermination de ces besoins permettra au réseau de l'éducation de connaître les besoins de formation.

Les partenaires seront également invités à explorer des moyens de transition, en révisant de l'organisation du travail, ainsi que toute autre action jugée appropriée.

Le processus de planification en cours est un processus continu et dynamique dont les données pourront être révisées à la lumière des nouvelles réalités qui se feront jour. Le plan d'action comprendra également des modalités de suivi afin de s'assurer que les actions proposées pourront faire l'objet d'évaluation et que la mise à jour des données du modèle sera périodiquement effectuée.

## PLAN D'ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN PHARMACIE

ACTIONS	Coordinateurs	Partenaires	Échéancier
<b>SECTION I – Actions visant à résorber la pénurie</b>			
1. Augmenter le nombre de personnes admises aux différents programmes :			
À compter de septembre 2000, augmenter les admissions aux programmes de baccalauréat en pharmacie à 140 à l'Université Laval et à 165 à l'Université de Montréal ;	Universités	MEQ	Réalisé
À compter de 2001, augmenter de 40 le nombre d'admissions dans les facultés de pharmacie <sup>(1)</sup> ;	Universités	MEQ	Court terme
Analyser les effets de hausses additionnelles des admissions dans les programmes de pharmacie en 2001 et les années subséquentes, et en évaluer la faisabilité.	Université de Montréal Université Laval	MEQ OPQ	Court terme
2. Augmenter les admissions aux programmes de maîtrise en pharmacie d'établissements.	Universités	Établissements affiliés	Court terme
3. Revoir le programme de bourses offertes aux candidats à la maîtrise en pharmacie d'établissements :			
♦ pour 2000-2001, de façon transitoire, augmenter à 20 400 \$ le montant de la bourse ;	MSSS	Établissements d'accueil des stagiaires	Déjà réalisé
♦ porter le nombre total de bourses à 60 en 2001-2002, à 65 en 2002-2003 et à 70 en 2003-2004 ;	MSSS Universités	Établissements affiliés APES	2001-2004
♦ relever le montant de la bourse de manière récurrente à compter de 2001-2002 ;	MSSS	Établissements affiliés APES	Janvier 2001
♦ clarifier le statut fiscal des sommes versées aux étudiants dans le cadre du programme de financement des résidents.	MSSS	Ministère du Revenu	Court terme

(1) Compte tenu des augmentations récentes des admissions, les universités ont informé le groupe de travail qu'elles auront besoin de ressources additionnelles pour atteindre cet objectif.

ACTIONS	Coordinateurs	Partenaires	Échéancier
<p>4. Réduire les contraintes financières ou techniques limitant l'accès aux programmes de maîtrise en pharmacie d'établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ prendre en charge une partie des frais de scolarité des étudiants à la maîtrise en pharmacie d'établissements ;</li> <li>◆ offrir la possibilité aux étudiants à la maîtrise en pharmacie d'établissements d'effectuer un certain nombre d'heures de garde rémunérés dans les établissements de santé ;</li> <li>◆ faire la promotion du programme auprès des étudiants de 3<sup>e</sup> année ;</li> <li>◆ encourager les établissements à offrir des emplois d'été ou de fin de semaine comme aide technique en pharmacie.</li> </ul>	<p>MSSS</p> <p>MSSS AHQ APES</p> <p>Universités</p> <p>AHQ</p>	<p>Universités</p> <p>Établissements Universités</p> <p>APES</p> <p>Établissements APES</p>	<p>Court terme</p> <p>Court terme</p> <p>Court terme</p> <p>Court terme</p>
<p>5. Explorer diverses autres mesures visant une augmentation du nombre de pharmaciens.</p> <p><b>Étudiants en pharmacie</b></p> <p>Maintenir un bon taux de diplomation et d'intégration sur le marché du travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obtenir de l'information sur les abandons en cours d'études et après l'obtention du diplôme ;</li> <li>• raffiner le processus de sélection des candidats.</li> </ul> <p><b>Retour à la pratique</b></p> <p>Effectuer un suivi des pharmaciens inactifs ou démissionnaires et favoriser les retours à la pratique.</p> <p><b>Immigration</b></p> <p>Évaluer le potentiel de recrutement de candidats à la pharmacie de certains pays ayant un surplus de pharmaciens.</p> <p>Analyser de nouveau la politique de reconnaissance des équivalences de diplômé en collaboration avec les universités.</p>	<p>Universités</p> <p>OPQ</p> <p>OPQ</p> <p>OPQ</p>	<p>OPQ</p> <p>AQPP</p> <p>Universités</p>	<p>Moyen terme</p> <p>Moyen terme</p> <p>Court terme</p> <p>Court terme</p>
<p>6. Concevoir des stratégies pour diminuer l'attrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ dans les établissements de santé ;</li> <li>◆ dans les pharmacies communautaires.</li> </ul>	<p>AHQ APES</p> <p>AQPP</p>	<p>ABCPQ</p>	<p>Court et moyen termes</p> <p>Court et moyen termes</p>

ACTIONS	Coordinateurs	Partenaires	Échéancier
<b>SECTION II – Actions visant à améliorer l'organisation du travail et l'organisation des services en pharmacie</b>			
<b>Établissements de santé</b>			
1. Mettre sur pied un groupe de travail visant à examiner les possibilités de procéder à la réingénierie des processus, afin de mettre à profit le personnel, la technologie et les équipements pour améliorer les conditions de pratique et les services.	AHQ APES	MSSS	Moyen terme
2. Dans le cadre d'efforts concertés sur une base régionale, mettre à profit la technologie et les nouveaux équipements afin de rendre la distribution des médicaments plus efficace.	Régie régionale Établissements de santé	APES AHQ CLSC/CHSLD MSSS	Court terme
3. Favoriser un travail optimal de la part de l'assistant technique senior en pharmacie.	AHQ	Établissements APES OPQ	
4. Étudier la possibilité de combler les écarts avec les normes de l'Ordre dans les hôpitaux et évaluer les ressources nécessaires pour assurer des services adéquats dans toutes les catégories d'établissement du réseau.	OPQ	MSSS APES AHQ	
<b>Pharmacies communautaires</b>			
5. Analyser les facteurs d'accroissement des besoins de main-d'œuvre dans les pharmacies communautaires.	AQPP	ABCPQ	Court terme
6. Étudier les moyens d'optimiser l'utilisation des ressources existantes, notamment par la réingénierie des processus, de manière à ce que le pharmacien puisse mieux s'acquitter de ses tâches professionnelles et s'affranchir de certaines tâches techniques, dans le contexte de la pénurie de pharmaciens d'ici 2005.	AQPP	OPQ ABCPQ	Court terme
<b>Établissements de santé et pharmacies communautaires</b>			
7. Dans le but de mieux connaître l'évolution des besoins de main-d'œuvre en pharmacie, encourager la recherche sur le rôle du pharmacien.	OPQ Universités	APES AQPP MSSS Organismes subventionnaires	Moyen terme
8. Explorer les moyens visant à améliorer la continuité des services et des soins auprès des patients des services ambulatoires.	AHQ AQPP MSSS CLSC/CHSLD		Moyen terme

ACTIONS	Coordinateurs	Partenaires	Échéancier
9. Évaluer, le cas échéant, avec les partenaires, les conséquences pour la main-d'œuvre de la délégation d'actes, les décisions en cette matière demeurant la prérogative de l'Ordre des pharmaciens du Québec, sous réserve du pouvoir de surveillance de l'Office des professions du Québec.	OPQ	AHQ AQPP APES CLSC/CHSLD	Moyen terme
10. Déterminer les besoins de formation pour les assistants techniques en pharmacie afin qu'ils puissent jouer plus efficacement leur rôle et proposer une stratégie de formation basée sur les ressources existantes : formation par la succursale, formation par la chaîne ou la bannière, formation de niveau secondaire ou formation technique de niveau collégial.	OPQ	AHQ AQPP APES CLSC/CHSLD	Moyen terme
<b>SECTION III – Mesures de suivi</b>			
1. Effectuer un suivi périodique des activités prévues dans le plan d'action.	MSSS	Groupe de travail	Continu
2. Mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre à la lumière des nouveaux paramètres entrant dans le modèle de projection.	MSSS		Annuel
<p>Poursuivre l'analyse des besoins de main-d'œuvre en pharmacie communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ obtenir des données plus précises du secteur communautaire sur le profil de carrière de ses pharmaciens dans le but, notamment, de prévoir les besoins de remplacement résultant des retraites et des cessations d'emploi ;</li> <li>◆ obtenir de l'information sur les besoins de pharmaciens dans le secteur communautaire.</li> </ul>	AQPP ABCPQ	MSSS	Court terme
3. À l'aide de l'étude sur l'état de la situation faite par les universités sur leur capacité d'accueil, élaborer un plan de rechange au cas où les besoins évolueraient plus rapidement que prévu.	MSSS	Groupe de travail	
4. Assurer un suivi du nombre et de la durée des congés parentaux.	AQPP	ABCPQ	Moyen terme

## CONCLUSION

Même en considérant l'augmentation, déjà décidée de 250 à 305 admissions dans les facultés de pharmacie au Québec, les travaux réalisés permettent de conclure que le secteur de la pharmacie devra composer avec une certaine rareté de ressources au cours des prochaines années.

Les 305 nouvelles admissions de septembre 2000 devraient fournir environ 270 nouveaux diplômés à compter de 2004, ce qui correspond, *grosso modo*, aux besoins estimés à ce moment-là. C'est surtout à compter de 2006 que l'écart se creuse entre les besoins et le nombre de diplômés.

Entre-temps, la situation actuelle de pénurie ne pourrait être améliorée qu'en utilisant d'autres moyens, principalement en révisant l'organisation du travail. Même si l'on doit les examiner, les possibilités de combler la pénurie de pharmaciens par des retours à la pratique ou par l'immigration apparaissent plus limitées.

Le niveau de 305 admissions correspond à la capacité actuelle des facultés de pharmacie au Québec. Il faut rappeler que les facultés de pharmacie ont admis 262 nouveaux étudiants en 1999 et qu'elles évaluent actuellement les effets de cette augmentation de 43 étudiants. Des études pour évaluer les conséquences de hausses additionnelles à compter de 2001 et pour les années subséquentes seront entreprises à court terme par l'Université de Montréal et l'Université Laval.

Le groupe de travail conclut que, pour supprimer graduellement la pénurie de main-d'œuvre en pharmacie, il faudra procéder dès 2001 à une nouvelle hausse de 40 admissions dans les facultés de pharmacie. Pour ce faire, les facultés de pharmacie auront besoin d'aide additionnelle, notamment en terme de ressources.

De plus, étant donné que les besoins de recrutement liés à l'accroissement de la demande de main-d'œuvre ont été estimés avec prudence, le groupe de travail recommande également de s'assurer que les structures d'accueil puissent être adaptées de façon à admettre plus de 40 étudiants additionnels au cas où la demande excéderait les prévisions dans les années ultérieures.

Au-delà de l'objectif de résorber la pénurie actuelle d'effectifs, qui commande à court terme une augmentation des admissions de l'ordre de 40 étudiants, celui de répondre à une croissance éventuellement plus forte des besoins (plus de 1,78 % par année) et, par conséquent, de procéder à des hausses additionnelles du nombre d'admissions nécessite de nouvelles données probantes, en particulier pour mieux connaître le profil de carrière des pharmaciens œuvrant en milieu communautaire et de mieux documenter

les besoins additionnels de pharmaciens dans ce secteur d'activité. Entre-temps, si les besoins évoluent plus rapidement que prévu, il y aurait lieu d'élaborer un plan de contingence notamment à l'aide de l'étude sur l'état de la situation menée par les universités sur leur capacité d'accueil.

Par ailleurs, pour répondre aux besoins des établissements de santé, il est nécessaire d'augmenter le nombre des admissions à la maîtrise en pharmacie d'établissements, de consacrer des efforts particuliers pour attirer de nouveaux diplômés dans ce secteur et de retenir au sein des établissements les pharmaciens déjà en poste. Pour ce faire, il sera nécessaire d'augmenter le nombre et le montant des bourses offertes. Malgré cet impératif, les projections révèlent que l'on aura beaucoup de mal à assurer une relève suffisante pour répondre aux besoins de recrutement anticipés.

Enfin, le processus de planification de la main-d'œuvre doit être continu et évolutif, d'une part pour mettre à jour les prévisions à l'aide des données les plus récentes mais aussi, d'autre part, pour valider les hypothèses avancées, adapter les prévisions à l'évolution du secteur d'activité et corriger le plan d'action en conséquence.

# *planification de la main-d'œuvre en pharmacie*



*Annexes*

ANNEXE 1

**PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE MONITORAGE  
POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE  
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Document préparé par madame Suzanne Jean  
Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

Février 2000

## TABLE DES MATIÈRES

### 1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

### 2 LES REGROUPEMENTS DE TITRES D'EMPLOI

- 2.1 ÉTABLISSEMENT D'UNE TABLE DE CORRESPONDANCE AVEC LE MEQ
- 2.2 LIEN DIRECT AVEC LA BANQUE DE DONNÉES DU MSSS
- 2.3 FACTEUR INDIVIDU/POSTE

### 3 LE MODÈLE EN TROIS VOLETS

- 3.1 PROJECTION DE L'ATTRITION
  - 3.1.1 *Projection initiale des départs*
  - 3.1.2 *Choix du scénario d'évolution des statuts*
  - 3.1.3 *Facteurs spécifiques de modulation des départs*
- 3.2 ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT
  - 3.2.1 *Année de départ de la projection*
  - 3.2.2 *Secteur d'activité en développement*
  - 3.2.3 *Évolution des besoins*
  - 3.2.4 *Évolution organisationnelle*
  - 3.2.5 *Évolution du nombre de jours de congé*
  - 3.2.6 *Effectif désiré*
  - 3.2.7 *Recrutement brut*
  - 3.2.8 *Recrutement net ou nécessaire*
- 3.3 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES
  - 3.3.1 *Projection des diplômés disponibles*
  - 3.3.2 *Comparaison entre l'offre et les besoins*

### 4 EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ

### 5 EN CONCLUSION

## **PRÉSENTATION DU « SYSTÈME DE MONITORAGE »**

### **1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE**

Le « système de monitoring » est un modèle quantitatif de prévision de main-d'œuvre mis au point par le Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce modèle permet au MSSS d'anticiper à court et à moyen terme les besoins de recrutement pour les différentes catégories d'emploi du réseau dans le but de planifier en conséquence les besoins de formation de la main-d'œuvre en concertation avec le ministère de l'Éducation (MEQ).

Plus particulièrement, le modèle permet de comparer les besoins futurs de recrutement pour les différents titres d'emploi du réseau avec les prévisions de diplômés dans ces programmes. Des indications pourront alors être données au MEQ pour s'assurer d'une main-d'œuvre suffisante pour combler les besoins du réseau de la santé et des services sociaux dans les prochaines années.

### **2 LES REGROUPEMENTS DE TITRES D'EMPLOI**

#### **2.1 ÉTABLISSEMENT D'UNE TABLE DE CORRESPONDANCE AVEC LE MEQ**

Puisque l'objectif du modèle est de s'assurer de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre du réseau et le nombre de diplômés disponibles dans les différentes catégories d'emploi, il est nécessaire d'établir d'abord une grille de correspondance entre les différents titres d'emploi du réseau de la santé et les programmes de formation du réseau de l'éducation. Cette grille a été confectionnée pour les titres d'emploi cliniques et fait présentement l'objet d'une validation auprès du MEQ.

Le modèle pourra ensuite être utilisé spécifiquement pour chacun des groupes de titres d'emploi associés à un programme de formation donné.

## **2.2 LIEN DIRECT AVEC LA BANQUE DE DONNÉES DU MSSS**

L'utilisateur du modèle doit d'abord faire la liste des titres d'emploi inclus dans le groupe pour lequel il veut faire la planification, et le modèle ira chercher directement dans la banque de données du MSSS la distribution des effectifs de ce groupe d'employés par groupe d'âge, sexe et statut (temps complet ou temps partiel). L'utilisateur peut aussi, s'il le désire, entrer lui-même une distribution d'effectif. Cela sera utile notamment dans les cas où la planification d'effectif dépassera le cadre du réseau de la santé.

## **2.3 FACTEUR INDIVIDU/POSTE**

La banque de données du MSSS ne nous permet pas de connaître de façon précise le nombre d'individus dans un titre d'emploi donné mais nous donne plutôt le nombre de postes occupés à la fin de l'année dans ce titre d'emploi. Puisqu'un même individu peut occuper plus d'un poste à la fois, dans un ou plusieurs établissements, il peut être souhaitable de convertir ce nombre de postes en nombre d'individus, pour plus de précision dans la suite des calculs. À cette fin, le modèle propose l'utilisation facultative d'un facteur estimatif de conversion : le « facteur individu/poste ».

À ce chapitre, dans le but d'obtenir des données plus précises sur les effectifs de notre réseau pour les besoins de la planification de la main-d'œuvre, il serait extrêmement utile d'obtenir pour nos fichiers un « identifiant » unique pour chaque employé du réseau. Nous pourrions ainsi mieux suivre les mouvements de personnel d'une année à l'autre et d'un établissement à l'autre sans risque de double comptage. Nous pourrions aussi valider annuellement nos prévisions d'attrition.

## **3 LE MODÈLE EN TROIS VOLETS**

### **3.1 PROJECTION DE L'ATTRITION**

Le premier volet du modèle consiste à projeter jusqu'en 2015 l'attrition annuelle pour le groupe étudié. Le modèle projette les départs pour la retraite, pour décès et pour cessation d'emploi. On entend ici par « cessation d'emploi » toutes les causes autres que la retraite et le décès, conduisant à quitter le réseau.

### **3.1.1 Projection initiale des départs**

Les taux de départs sous-jacents à ces projections sont construits à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) pour les besoins des évaluations actuarielles du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

À partir de ces taux et d'un fichier des participants au RREGOP, nous avons d'abord effectué des calculs précis pour chacun des employés du réseau en fonction de l'âge, du sexe, des années d'admissibilité à la retraite et du statut (temps complet ou temps partiel). Ensuite, en compilant les résultats individuels obtenus, nous avons calculé des taux moyens de retraite, décès et cessation d'emploi pour chaque groupe d'âge, sexe et statut.

Le modèle applique ces taux moyens d'attrition au groupe étudié, selon le profil démographique propre à ce groupe, pour en projeter les retraites, décès et cessations d'emploi jusqu'en 2015.

### **3.1.2 Choix du scénario d'évolution des statuts**

Le modèle permet aussi à l'utilisateur de choisir des taux de départs différents en fonction de l'hypothèse qu'il fait quant à l'évolution future de la composition du groupe selon les statuts (temps complet et temps partiel). Puisque les taux de cessation d'emploi sont fortement conditionnés par le statut (le personnel temps partiel ayant une propension plus grande à quitter son emploi), cette option aura un impact important sur la projection des cessations d'emploi, et accessoirement sur la projection des retraites. L'utilisateur pourra donc projeter les départs en supposant que la composition des statuts demeurera constante dans le temps ou, à l'opposé, que tous tendront vers un statut d'employé à temps complet en matière de comportement de cessation d'emploi. Un scénario intermédiaire est aussi accessible. Cette possibilité offerte par le modèle permet à l'utilisateur de juger de la sensibilité de son hypothèse quant à la composition du groupe selon les statuts, sur la projection des départs.

### **3.1.3 Facteurs spécifiques de modulation des départs**

Puisque à la base, ces taux de départ ont été établis par la CARRA à partir de l'expérience de l'ensemble des participants du RREGOP au cours des dernières années (en tenant compte toutefois de l'effet des modifications au régime), il est évident que l'application uniforme de ces taux à des groupes particuliers ne reflète pas toujours le comportement propre du groupe par rapport à la moyenne, particulièrement en matière de cessation d'emploi. C'est pour combler cette lacune que le modèle prévoit l'introduction de « facteurs spécifiques de

modulation des départs ». Ces facteurs permettent à l'utilisateur de moduler les départs, plus particulièrement les cessations d'emploi, pour tenir compte du comportement spécifique du groupe étudié, dans la mesure où cette information lui est disponible. Par exemple, il serait approprié d'appliquer un facteur multiplicatif aux cessations d'emploi moyennes, pour les groupes pour lesquels on observe une forte attraction vers l'extérieur du Québec. Chaque groupe est un cas d'espèce et doit faire l'objet d'un questionnement en cette matière.

## **3.2 ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT**

Le second volet du modèle consiste à estimer l'évolution des besoins de main-d'œuvre pour le groupe de titres d'emploi étudié, tout au long de l'horizon de projection, soit jusqu'en 2015. À cette fin, le modèle prévoit différents paramètres pour lesquels l'utilisateur devra exercer des options qui permettront la projection du niveau de main-d'œuvre optimal pour le groupe étudié.

### **3.2.1 Année de départ de la projection**

D'abord, l'utilisateur doit poser un diagnostic sur la suffisance des effectifs pour l'année de départ de la projection. Ainsi, s'il y a surplus ou pénurie de main-d'œuvre, il faut en spécifier le niveau ainsi que l'horizon sur lequel il est réaliste de résorber ce surplus ou cette pénurie.

### **3.2.2 Secteur d'activité en développement**

En second lieu, il faut vérifier si le groupe appartient à un secteur d'activité en développement. Si tel est le cas, il faut pouvoir quantifier le niveau et le rythme de ce développement. Inversement, certains groupes pourraient appartenir à des secteurs d'activité qui font l'objet de rationalisation et ainsi seraient en régression plutôt qu'en développement.

### **3.2.3 Évolution des besoins**

Ensuite, le modèle demande de choisir l'orientation générale en matière d'évolution des besoins. Le modèle propose notamment les facteurs d'évolution pour les services médicaux tels qu'ils sont considérés pour la planification de l'effectif médical. S'il est raisonnable de penser que, de façon générale, les besoins pour la main-d'œuvre paramédicale évolueront à un rythme semblable à celui de la main-d'œuvre médicale, il peut en être autrement pour certains groupes particuliers. C'est pourquoi d'autres facteurs peuvent être introduits ici en fonction des particularités du groupe. Par exemple, si on le juge opportun, on pourrait considérer une évolution basée sur les taux moyens observés au cours des dernières années pour le groupe.

### **3.2.4 Évolution organisationnelle**

Le modèle demande ensuite s'il faut prévoir un facteur pour tenir compte des changements en ce qui a trait à l'organisation du travail. Concrètement, ce paramètre a été conçu pour ajuster la projection des besoins dans le cas où l'on anticipe que le niveau moyen d'activité des individus variera dans le temps. Par exemple, si l'on anticipe que le nombre moyen d'heures travaillées par individu augmentera (dans le cas d'une réduction du nombre relatif d'occasionnels, par exemple), il faudra introduire ici un facteur multiplicatif qui viendra réduire proportionnellement l'augmentation des besoins d'effectifs.

### **3.2.5 Évolution du nombre de jours de congé**

De la même manière, si l'on prévoit que le nombre moyen de jours travaillés par individu sera modifié par l'ajout ou la suppression de journées de congé, il faudra prévoir un facteur approprié pour en refléter l'impact sur l'évolution des besoins d'effectifs.

### **3.2.6 Effectif désiré**

Finalement, le modèle combinera les différents facteurs pour déterminer à chaque année le niveau de main-d'œuvre désiré pour le groupe étudié. On en déduira l'ajout annuel nécessaire pour obtenir ce niveau désiré.

### **3.2.7 Recrutement brut**

En combinant le nombre annuel des départs à résorber, tel qu'il a été évalué préalablement, avec l'accroissement annuel des besoins, comme il a été évalué plus haut, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter à chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle, dans le modèle, le recrutement brut.

### **3.2.8 Recrutement net ou nécessaire**

Le nombre net de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte de l'attrition propre à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter en tenant compte de cette réalité doit donc être supérieur au nombre brut initialement évalué. C'est ce qu'on appelle, dans le modèle, le recrutement net.

### **3.3 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES**

Finalement, le dernier volet du modèle consiste à comparer les besoins nets de recrutement avec les diplômés disponibles pour juger de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre et l'offre de services.

#### **3.3.1 *Projection des diplômés disponibles***

Nous avons entrepris des échanges avec le MEQ dans le but d'obtenir leurs projections de diplômés disponibles pour l'emploi dans les différents programmes d'études qui concernent la santé et les services sociaux. Ces projections seront faites à partir du nombre d'étudiants actuellement en formation. Pour ce qui est des années ultérieures à l'année d'obtention du diplôme de la dernière cohorte en formation, les projections seront faites en supposant le maintien du niveau actuel relatif d'inscriptions dans les programmes, tout en considérant l'évolution démographique de la population étudiante.

#### **3.3.2 *Comparaison entre l'offre et les besoins***

Nous introduirons ces projections directement dans le modèle pour nous permettre de juger de la suffisance du nombre de diplômés disponibles par rapport à nos besoins tout au long de l'horizon de projection. Pour chaque année, l'écart entre l'offre et le besoin sera calculé. Lorsque l'écart cumulatif atteindra un certain seuil que nous jugerons critique, le modèle inscrira un message d'alerte.

## **4 EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ**

Il faut considérer que le modèle n'est pas une formule magique qui calcule de façon automatique les besoins de recrutement pour tous les titres d'emploi. Les paramètres retenus doivent être établis au préalable pour chaque groupe avec le plus de justesse possible. Aussi, advenant que le modèle nous amène à conclure que, pour un groupe donné, le nombre de diplômés disponibles attendus sera insuffisant pour combler les besoins attendus de main-d'œuvre et que ce déséquilibre est significatif, il faudra entreprendre, avec les partenaires concernés dans notre réseau, des travaux pour valider les paramètres d'évaluation qui ont conduit à établir ce diagnostic.

À la suite de ces travaux plus élaborés, et advenant que le diagnostic de déséquilibre appréhendé soit confirmé, des plans d'action spécifiques doivent être préparés sur les mesures à mettre en place. Ils peuvent prévoir des moyens pour augmenter le nombre d'inscriptions dans les programmes ou d'autres solutions, notamment en ce qui a trait à l'organisation du travail et aux conditions de travail.

## **5 EN CONCLUSION**

Le « système de monitoring » est un outil de planification de la main-d'œuvre. Plus qu'un simple instrument de calcul, il constitue une démarche structurée pour réaliser cette planification.

La réalisation de cette démarche pour l'ensemble des emplois du secteur de la santé permettra de détecter les groupes les plus susceptibles d'afficher un surplus ou une pénurie importante. Ces résultats, combinés avec les situations problématiques qui peuvent nous être signalées par les partenaires du réseau (associations d'établissements, régies régionales, ordres professionnels, syndicats ou autres), serviront à déterminer les emplois pour lesquels une démarche plus approfondie est nécessaire.

2000/02/09

## ANNEXE 2

### **ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE**

Document préparé par monsieur Alain Bureau, pharmacien, M. Sc.  
et monsieur Germain Legault, pharmacien, BCPP  
Association des pharmaciens des établissements de santé (APES)

Mai 2000

## ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

### Introduction

La profession de pharmacien a évolué à un rythme important au cours des dernières décennies. Les changements qui en ont découlé ont entraîné des problèmes d'organisation et d'offre des soins pharmaceutiques à la population québécoise.

*Le pharmacien était un fabricant de médicaments jusqu'à la révolution industrielle. Il a par la suite été davantage confiné à un rôle de distributeur pendant plusieurs années. Toutefois, vers le milieu des années 1970. Un nouveau concept est apparu, qu'on appelait à l'époque « pharmacie clinique », et a commencé à être intégré dans la philosophie et les contenus des cours des programmes d'études universitaires en pharmacie.*

### La « pharmacie clinique »

La « pharmacie clinique » était axée sur l'ordonnance et le médicament. Le dossier pharmacologique du patient était à la base de l'intervention du pharmacien. Le pharmacien pouvait en le consultant s'assurer de la compatibilité de tous les médicaments, évaluer la fidélité à la pharmacothérapie et conseiller le patient relativement à sa médication.

Dans les établissements de santé, cette période d'implantation de la « pharmacie clinique » s'est faite parallèlement à une réorganisation importante des départements de pharmacie. Les activités reliées à la distribution des médicaments ont été identifiées et séparées des activités plus axées sur le contact avec le patient.

Des politiques et des procédures précises concernant la préparation et la distribution des médicaments ont été élaborées. Les activités de distribution ont été revues et réorganisées. Les exemples les plus courants étaient le conditionnement unitaire des médicaments (unidose), les services centralisés d'additifs aux solutés, la préparation dans des conditions stériles et sécuritaires des chimiothérapies pour le cancer, etc.

Tous ces changements et ces améliorations étaient dans l'ensemble autofinancés étant donné les économies qu'ils généraient. Le conditionnement unidose évitait de jeter inutilement des médicaments. Les centrales d'additifs aux solutés permettaient des économies de nombre puisque la reconstitution des médicaments injectables était centralisée dans les départements de pharmacie et non plus dispersée dans une multitude d'unités de soins.

Les comités de pharmacologie sont devenus beaucoup plus actifs. La sélection des médicaments pour usage courant dans les établissements a pris plus d'importance. Les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances ont été systématiquement revues.

La « pharmacie clinique » était définie par une information ou un service pertinents offerts à un patient ou à un groupe de patients en particulier. Des programmes étaient mis en place pour répondre à des problèmes reliés à la médication : par exemple la pharmacocinétique des antibiotiques, la nutrition parentérale, les programmes de substitution de la voie intraveineuse à la voie orale, etc.

À cette époque, une plus grande vérification de l'utilisation des médicaments était un objectif important. Les règles d'utilisation des médicaments et les protocoles de traitement étaient des moyens couramment utilisés pour tenter d'améliorer l'efficacité de la pharmacothérapie

*Les interventions cliniques étaient plutôt larges et visaient des classes de médicaments, des services spécialisés ou des unités de soins.*

### **Les soins pharmaceutiques**

Ce concept est apparu au début des années 1990. On définit les soins pharmaceutiques comme suit :

***Ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques préventifs, curatifs ou palliatifs.***

Avec cette orientation, la pratique des pharmaciens devenait avant tout axée sur les patients plutôt que d'être centrée sur les médicaments.

Les interventions sont devenues indépendantes de l'ordonnance médicale et le pharmacien est devenu coresponsable avec le patient de l'atteinte de résultats pharmacothérapeutiques. Dorénavant, le pharmacien devait assurer un suivi de la pharmacothérapie du patient.

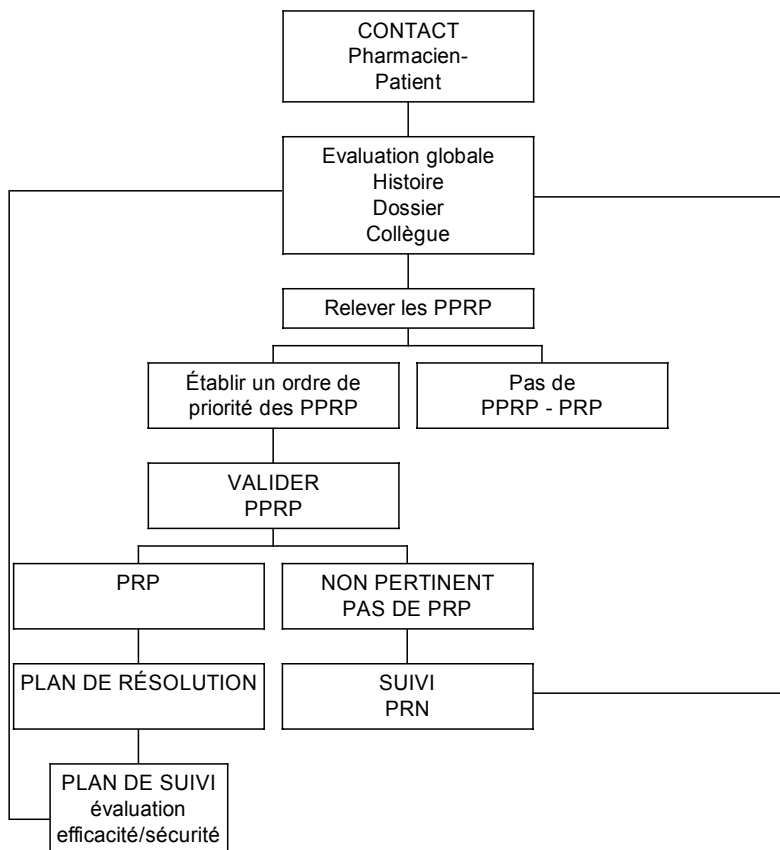
## Les étapes de la démarche des soins pharmaceutiques

Il y a neuf étapes dans la démarche des soins pharmaceutiques :

1. **Établir une relation entre le pharmacien et le patient** : établir le contact avec le patient.
2. **Recueillir et interpréter les renseignements pertinents** : déterminer quelle est, l'information nécessaire pour faire la collecte de renseignements pharmacothérapeutiques, en tenant compte de la maladie dont souffre le patient et des médicaments qu'il prend.
3. **Dresser la liste des problèmes réels (PRP)<sup>20</sup> ou potentiels (PPRP) reliés à la pharmacothérapie du patient** : relever et classer par ordre d'importance tous les problèmes réels ou potentiels reliés à la pharmacothérapie.
4. **Définir des objectifs thérapeutiques pour chacun des problèmes reliés à la pharmacothérapie** : déterminer avec le patient le résultat recherché pour chaque problème réel ou potentiel nécessitant une solution.
5. **Déterminer les solutions possibles aux problèmes reliés à la pharmacothérapie du patient** : dresser la liste des modalités thérapeutiques permettant d'atteindre le résultat recherché.
6. **Décider avec le patient de la meilleure solution** : discuter des différentes possibilités de traitement avec le patient (bénéfices escomptés, risques encourus, effet sur la qualité de vie).
7. **Élaborer un plan d'évaluation du traitement** : pour évaluer l'atteinte des objectifs thérapeutiques visés et surveiller l'apparition d'effets secondaires.
8. **Mettre en œuvre le plan de soins pharmaceutiques** : voir à l'application des décisions avec le patient et des autres professionnels de la santé.
9. **Effectuer le suivi** : déterminer si les mesures prises fournissent de bons résultats et réévaluer la situation.

---

<sup>20</sup> Les problèmes reliés à la pharmacothérapie sont multiples : pathologie ou symptôme non identifié, choix inapproprié de médicament, posologie thérapeutique insuffisante ou surabondante, pharmacothérapie sans indication, effets indésirables, interactions.



### Les effets de l'intégration de la démarche des soins pharmaceutiques dans la pratique quotidienne

Les deux facultés de pharmacie ont intégré cette démarche dans l'enseignement donné aux étudiants en pharmacie. Sa mise en application a entraîné des modifications importantes dans le fonctionnement des départements de pharmacie des établissements de santé.

Les pharmaciens travaillent désormais directement dans les unités de soins. Ils individualisent la pharmacothérapie pour tenter d'obtenir des résultats optimaux pour le patient. Les pharmaciens s'intègrent dans les programmes de soins et dans des équipes interdisciplinaires. Ainsi on trouve maintenant des pharmaciens dans une multitude d'unités où des patients sont hospitalisés : urgence, soins intensifs, médecine interne, gériatrie active, cardiologie, infectiologie, oncologie, neurologie, psychiatrie, soins de longue durée, gynécologie-obstétrique, chirurgie, néonatalogie, etc.

## **Les cliniques spécialisées**

*Outre les unités citées précédemment, des unités spécialisées ont admis des pharmaciens ou les pharmaciens ont eux-mêmes créé des unités spécialisées.*

À titre d'exemple nous pouvons mentionner, les unités d'anticoagulothérapie, celles sur les douleurs cancéreuses et les soins palliatifs, les unités de nutrition parentérale, les unités d'oncologie, les unités d'antibiothérapie à domicile, les unités de diabète et tout récemment celles en insuffisance cardiaque. Plusieurs autres unités seront mises en place dans les prochaines années.

Dans ces unités, les pharmaciens ont la responsabilité d'informer les patients et offrent un suivi systématique aux personnes qui sont sous leur responsabilité.

Que ce soit dans des activités à l'intention des patients hospitalisés ou lorsque des soins pharmaceutiques sont fournis à des patients externes, nous pouvons faire un parallèle entre la pratique des médecins et des pharmaciens.

SOINS MÉDICAUX	SOINS PHARMACEUTIQUES
Établir le contact avec le patient.	Établir le contact avec le patient.
Histoire médicale actuelle (HMA) - Identification du patient ; - Histoire médicale actuelle ; - Revue de système (questionnaire + examen physique).	Histoire pharmacothérapeutique : - Identification du patient ; - Histoire ; - Revue de système pharmaceutique (questionnaire)
Relevé des principaux problèmes du patient.	Relevé des principaux problèmes reliés à la pharmacothérapie du patient.
Établir les diagnostics différentiels par ordre de priorité.	Établir les PPRP par ordre de priorité.
Établir et appliquer un plan diagnostique.	Établir et appliquer un plan de validation des PPRP.
Poser le diagnostic.	Déterminer les PRP.
Établir les objectifs et modalités thérapeutiques.	Établir les objectifs et modalités pharmacothérapeutiques (outcome)
Choisir et individualiser le traitement médical le plus approprié.	Choisir et individualiser les modalités pharmacothérapeutiques adaptées à la situation du patient.
Prescription médicale thérapeutique.	Faire les recommandations à qui de droit le cas échéant OU entreprendre le plan d'intervention pharmaceutique.
Établir le plan de suivi médical.	Établir le plan de suivi pharmaceutique incluant le transfert, le cas échéant.
Réévaluer la réponse thérapeutique en fonction des objectifs.	Réévaluer la réponse thérapeutique en fonction des objectifs.

### Les éléments ayant des répercussions sur les besoins d'effectifs

Il est certain que l'adoption du concept des soins pharmaceutiques par les établissements de santé a et aura des répercussions importantes sur le nombre de pharmaciens. Il demeure néanmoins très difficile d'évaluer exactement l'effet qu'auront ces changements sur la demande de main-d'œuvre.

Par exemple, l'effet de la mise sur pied d'une unité de soins pharmaceutiques spécialisés est difficile à planifier. L'anticoagulothérapie illustre bien la situation. Un centre hospitalier en région a mis en place ce programme à l'automne 98. Un an plus tard, le nombre de patients inscrits dépassaient 150. Environ 80 % de ces patients requièrent un suivi continu à long terme. En consacrant 10 minutes à chaque patient, un pharmacien peut intervenir auprès de 6 patients par heure de soins. Dans un scénario minimaliste, chaque patient aura un résultat de coagulation sanguine à évaluer à chaque mois, ce qui représentera 25 heures de soins par mois pour un pharmacien. Avec une moyenne de 15 nouveaux cas par mois, il faut ajouter au moins 5 heures supplémentaires pour effectuer l'inscription des patients à l'unité et leur donner l'information nécessaire. Un total de 30 heures de soins pharmaceutiques par mois est donc requis, ce qui représente une journée par semaine.

Ce scénario n'est pas représentatif du fonctionnement quotidien d'une unité d'anticoagulothérapie. Plusieurs patients nécessitent un suivi beaucoup plus intensif. La demande de soins pharmaceutiques atteint souvent le double de ce qui a été prévu.

### **Les Collaborative drug treatment**

Au cours des dernières années plusieurs changements sont survenus aux États-Unis. Plus de la moitié des États ont modifié les lois régissant la pratique médicale et la pratique pharmaceutique. Ces modifications ont pour but de permettre la mise en place de programmes nommés : **Collaborative drug treatment**.

*Ces programmes s'apparentent beaucoup aux unités créées dans les établissements québécois de santé. La différence majeure est dans la manière dont les actes sont délégués. Aux États-Unis, il s'agit d'un processus qui se fait entre un ou plusieurs médecins et un ou plusieurs pharmaciens. Les protocoles de soins déterminent précisément les actes qu'un autre professionnel que le médecin peut accomplir et les limites de ses interventions. Les responsabilités respectives y sont clairement indiquées. Par la suite, ces protocoles sont déposés à chacune des corporations professionnelles pour information et approbation, s'il y a lieu.*

Présentement, l'éventail des unités cliniques de nos confrères américains est plus diversifié que ce que nous trouvons ici au Québec. Le fonctionnement est toutefois similaire.

## **L'Ordre des pharmaciens du Québec**

*L'Ordre des pharmaciens du Québec a publié en 1994 un guide de soins pharmaceutiques dans les établissements de santé. Ce guide a été élaboré en tenant compte des facteurs d'évolution reconnus à ce moment et aux premiers développements des soins pharmaceutiques.*

Déjà le guide prenait en considération les changements démographiques qui se sont produits. À cet égard, une évaluation des heures, des soins et du personnel infirmier requis par la population des CHSLD de l'Abtiti-Témiscamingue vient d'être terminée. La comparaison entre les années 1993 et 1999 montre que la population présentement en centres d'hébergement demande en moyenne deux fois le nombre d'heures/soins comparativement à celle de 1993. La lourdeur du traitement pharmacologique de cette même population a évolué à un rythme équivalent.

## **L'évolution de la pharmacothérapie**

L'évolution de la pharmacothérapie a eu des répercussions majeures sur l'organisation des soins dans les établissements de santé du Québec. Par exemple, le traitement pharmacologique des ulcères d'estomac a pratiquement éliminé le recours à la chirurgie. La découverte d'agents anesthésiques efficaces, associée à l'amélioration des techniques opératoires, a permis le développement de la chirurgie d'un jour.

Ces améliorations ont un effet positif sur le traitement des patients et parfois sur les coûts reliés à un épisode de soins. Toutefois, cela ne se traduit pas de la même manière au département de pharmacie. Ces nouvelles thérapies nécessitent un suivi plus pointu de la part des pharmaciens. Les patients demeurent moins longtemps hospitalisés, il y a donc plus de cas traités que par le passé.

L'exemple de l'antibiothérapie à domicile montre clairement que la charge de travail des pharmaciens est en progression. Les patients se soignent maintenant eux-mêmes à la maison, mais avec la médication préparée par le département de pharmacie du centre hospitalier. Dans la quasi-totalité des cas c'est encore le pharmacien d'établissement de santé qui assure le suivi et les soins pharmaceutiques requis.

Les attentes du personnel des établissements de santé continuent à augmenter. Les développements technologiques et l'apport d'information nouvelle font en sorte que la mise à jour des connaissances prend une plus grande part dans les activités des pharmaciens d'établissement.

Les pharmaciens d'établissement doivent répondre aux besoins des patients immédiatement. Il n'y a pas de liste d'attente dans les départements de pharmacie. Une fois qu'un patient est admis et qu'un médecin prescrit une médication, le traitement devra débuter dans la journée. Cette situation exerce une pression constante sur l'activité des pharmaciens. Chaque journée aura une période de pointe où l'ensemble du département devra répondre aux besoins des patients.

### Effectifs requis

Selon le guide de l'Ordre des pharmaciens du Québec les effectifs requis doivent tenir compte de l'importance du suivi à assurer aux patients sous la responsabilité d'un pharmacien.

Les fréquences de suivi suggérées sont :

Soins intensifs	2 fois/jour	10 à 15 patients
Soins aigus	1 fois/jour	20 à 30 patients
Soins longue durée	1 fois/semaine	30 à 40 patients

Les effectifs suggérés sont :

Soins ultra spécialisés (3 <sup>e</sup> ligne)	15 lits	1 pharmacien
Soins aigus (2 <sup>e</sup> ligne)	30 lits	1 pharmacien
Soins de longue durée	60 – 100 lits	1 pharmacien

Cette évaluation ne tient pas compte des tâches, des activités d'enseignement et de recherche, des activités reliées aux services aux patients qui ne sont pas hospitalisés et des activités reliées aux demandes d'information sur la pharmacothérapie.

Ces chiffres ont été avancés avant :

- Le virage ambulatoire ;
- L'alourdissement des problèmes de santé de la clientèle ;
- Les unités spécialisées ;
- Les hôpitaux de jour.

Voici, selon un sondage réalisé en 1996, la différence entre les effectifs en place et ceux requis pour l'atteinte des normes de l'Ordre des pharmaciens.

	Soins aigus	Soins ultra spécialisés	Soins de longue durée
Nombre de lits	12 578	1 097	16 815
Nombre de pharmaciens requis	419,3	73,1	168,1
Nombre de pharmaciens	296,1	34	69,1
Déficit	123,2	39,1	99,0
<b>DÉFICIT TOTAL : 261,3 PHARMACIENS</b>			

Voici, selon un autre sondage, l'évaluation de la pénurie actuelle de pharmaciens dans les établissements de santé au Québec, selon les postes budgétisés dans les centres :

Postes actuels	Postes vacants		Postes temporairement vacants		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
748	43	6 %	48	6 %	91	12 %

Voici, selon les banques de données disponibles, une comparaison entre les arrivées et les départs des pharmaciens dans les établissements de santé.

Départs	1999		1991	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>TOTAL DES DÉPARTS</b>	<b>115</b>	100,0	<b>119</b>	100,0
- Industrie	36	31,3	17	14,3
- Pharmacie privée	45	39,1	47	39,5
- À l'extérieur du Québec	9	7,8	4	3,4
- Études + Enseignement	6	5,2	16	13,4
- Autres	19	16,5	35	29,4
<b>RETRAITE</b>	<b>62</b>		12	
<b>ARRIVÉES</b>	<b>165</b>			
<b>TOTAL POUR LA PÉRIODE SE TERMINANT EN 1999 : - 12</b>				

Il est donc urgent d'agir pour renverser la tendance actuelle.

### **Conclusions et recommandations**

*Il est extrêmement difficile de déterminer les besoins futurs d'effectifs pharmaceutiques. Le nombre de facteurs pouvant influencer sur les besoins est trop important.*

- La démographie a et aura encore des répercussions majeures ;
- Le développement de nouveaux traitements plus complexes nécessitera un suivi plus intensif de la part des pharmaciens ;
- L'intégration des pharmaciens dans les équipes de soins accroîtra la demande ;
- L'augmentation du nombre d'épisodes de soins dans les établissements crée une pression sur les effectifs.

Certaines données économiques viennent également confirmer la croissance des besoins.

Selon la firme IMS Health, au Canada :

- En 1999 les dépenses pour des médicaments ont augmenté de 7,7 %, de 5,1 % pour le matériel de haute technologie et de 4,5 % pour les médecins ;
- Depuis 1989 la croissance annuelle des dépenses de médicaments a été de plus de 8 %, et ce, huit années sur onze ;
- Dans les pharmacies privées les dépenses sont passées de 3,5 milliards en 1990 à 7,3 milliards en 1999. Elles devraient atteindre 11,7 milliards en 2004. La croissance annuelle prévue est de 10 % ;
- Dans les pharmacies d'établissement, les dépenses sont passées de 739 millions en 1991 à 957 millions en 1999. Elles devraient atteindre 1,1 milliard en 2000. La croissance annuelle prévue est de 5 %.

Il faut noter la différence de croissance entre les deux secteurs. Les thérapies intraveineuses et antinéoplasiques sont parmi les traitements les plus dispendieux et, malgré tout, la croissance des coûts semble moins importante dans les établissements de santé.

## Recommandations

1. Il faut augmenter le nombre total d'admissions dans les programmes de pharmacie au Québec pour s'assurer d'un bassin suffisant de candidats à la maîtrise et pour répondre aux besoins, lorsqu'ils auront été estimés, de pharmaciens dans la pratique privée.
2. Il faut augmenter le nombre d'admissions dans les programmes de formation en maîtrise en pharmacie d'hôpital tout en revoyant la façon dont l'enseignement est offert, afin de s'assurer de ne pas surcharger les milieux d'enseignement déjà lourdement taxés par la pénurie d'effectifs.
3. Il faut offrir des conditions de travail compétitives par rapport aux autres secteurs d'activité des pharmaciens pour les attirer et les retenir dans le réseau québécois de la santé.
4. Il faut s'assurer d'investir massivement dans les nouvelles technologies pour dégager les pharmaciens de toutes les tâches pouvant être accomplies par des processus informatisés.
5. Il faut revoir le rôle, les tâches et la formation, le cas échéant, des assistantes techniques en pharmacie.
6. Il faut revoir le processus de délégation de tâches (*collaborative drug treatment*) entre les médecins et les pharmaciens.

Alain Bureau, pharmacien, M Sc.  
Germain Legault, pharmacien, BCPP  
Mai 2000

ANNEXE 3

**L'ÉVOLUTION DU RÔLE DU PHARMACIEN**

Document préparé par  
l'Ordre des pharmaciens du Québec

Mai 2000

Ce document est en partie constitué de divers extraits du guide *Comprendre et faire comprendre..., le défi de l'an 2000*, réalisé par la Direction de la formation continue et du développement professionnel de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Le pharmacien de l'an 2000 est responsable de **patients** et non d'ordonnances. Il doit travailler de concert avec le patient et les autres professionnels de la santé dans le but d'améliorer la qualité de vie, par la prévention des maladies, l'évaluation, la modification et le suivi d'une thérapie afin que le traitement pharmaceutique soit optimal et le plus sécuritaire possible. (Inspiré de *American Pharmaceutical Association: Principles of Practice for Pharmaceutical Care*. 1995).

Cette vision du pharmacien de l'an 2000 montre bien que le rôle du pharmacien a bien évolué par rapport au temps où il rendait les médicaments disponibles, sécurisait les patients quant à leur accessibilité et transmettait de l'information. Les pharmaciens ont maintenant la responsabilité d'accomplir pour chaque patient tous les actes professionnels nécessaires à l'atteinte de résultats thérapeutiques optimaux. C'est l'essence même de la notion de soins pharmaceutiques. Dans ce contexte, le pharmacien devient un membre actif du réseau des soins de santé puisque ses interventions continuent et complètent celles des autres professionnels ou des institutions du réseau des soins de santé.

En l'an 2000, on ne parle plus que du nombre de patients reçus dans une journée et de la complexité de chaque cas, plutôt que du nombre d'ordonnances exécutées dans une journée. En conséquence, dans ce document visant à explorer les facteurs de développement professionnel pour le pharmacien, nous ne décrivons pas les éléments liés à la distribution des médicaments ou à l'exécution de l'ordonnance proprement dite. De plus, bien que nous soyons conscients que bon nombre de pharmaciens ont à faire de la gestion, il ne nous appartient pas de définir ou de réglementer la nature ou l'ampleur de leurs activités administratives.

À la lumière de la revue de la littérature dans le domaine et des diverses expériences vécues dans le monde pharmaceutique, il devient évident que la relation du pharmacien avec son patient va bien au-delà de la simple remise d'information sur le médicament. Nous parlerons plutôt de tout un processus de communication qui permet de rendre encore plus efficace le régime thérapeutique des patients. C'est ce que nous avons appelé la consultation pharmaceutique.

L'un des objectifs de la communication en pharmacie consiste à assurer l'usage sécuritaire du médicament. On peut aussi vouloir s'assurer que le patient comprendra bien le but de sa thérapie et comment cette dernière agit, dans le but de prévenir une aggravation de ses problèmes, de le maintenir en santé ou d'améliorer son état de santé. On peut également décider d'aller encore plus loin et d'établir un partenariat ou contrat avec le patient incluant des objectifs thérapeutiques bien précis à atteindre. Dans ce cas, le pharmacien approfondit la relation avec son patient en s'engageant davantage dans le suivi et la vérification

de l'atteinte des objectifs thérapeutiques établis. Ce suivi permettra au pharmacien de détecter ou de prévenir les problèmes reliés à la pharmacothérapie, d'améliorer les résultats thérapeutiques et la fidélité au traitement et éventuellement de réduire les coûts associés à un usage irrationnel des médicaments ou encore à un manque de fidélité au traitement médicamenteux. Ces objectifs de la communication en pharmacie reflètent bien l'évolution actuelle de la profession au Québec.

La communication en pharmacie constitue donc une part importante du travail du pharmacien et l'évolution même de la profession entraîne ce dernier dans un engagement plus entier et global dans la thérapie médicamenteuse de ses patients.

Le règlement p-10, r.1 reconnaît l'importance de cette communication puisqu'il en fait **un acte qui ne peut être délégué**. De plus, le projet de règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments au Québec, communément appelé dossier des annexes, reconnaît le pharmacien comme acteur de première ligne dans la consultation pharmaceutique sur les médicaments en vente libre.

La consultation pharmaceutique est une démarche à suivre pour une nouvelle ordonnance, un renouvellement ou encore la vente libre de médicaments. Elle commence avec le premier contact avec le patient et se termine quand le pharmacien a l'assurance que le patient comprend bien sa thérapie, qu'il est en mesure de prendre ses médicaments de façon appropriée, qu'il est capable d'atteindre les objectifs thérapeutiques établis entre lui et son pharmacien et motivé à le faire et que, finalement, il peut reconnaître et éviter certains effets indésirables de ses médicaments.

On s'est aperçu que certaines barrières pouvaient nuire au développement d'une approche centrée sur les besoins des patients ; ces barrières peuvent être divisées en cinq catégories :

- ◇ Environnement et organisation du travail
- ◇ Manque de coordination
- ◇ Recherche inadéquate
- ◇ Comportement du patient
- ◇ Comportement du pharmacien.

Lorsqu'on veut se pencher plus particulièrement sur les aspects devant être pris en compte dans un exercice de planification de la main-d'œuvre, une description plus approfondie des barrières structurelles liées à l'environnement et à l'organisation du travail, au manque de coordination et à la recherche inadéquate, s'avère pertinente afin de faciliter la compréhension des écarts entre le rôle souhaité pour le pharmacien et, dans certains cas, le rôle observé. Ces

écarts peuvent être réduits par une plus grande disponibilité du pharmacien envers son patient. Cette disponibilité sera favorisée par la présence d'un nombre suffisant d'employés et la levée des principales barrières, que ces dernières soient structurelles ou liées aux caractéristiques des personnes en cause.

## **ENVIRONNEMENT ET ORGANISATION DU TRAVAIL**

Les barrières reliées à l'environnement sont bien connues des pharmaciens et sont dues en majeure partie au fait que le système favorise davantage l'exécution d'un grand nombre d'ordonnances que la relation pharmacien-patient. Dans un tel contexte, les pharmaciens se heurtent constamment à des problèmes d'organisation du travail, à un manque d'espace et de personnel, sans compter qu'ils ont une charge de travail souvent très élevée et qu'ils ne sont pas rémunérés pour des services d'ordre cognitif. Puisque la rapidité d'exécution et la qualité des soins pharmaceutiques ne sont pas corrélées, une évaluation des besoins de personnel ou du rendement basée strictement sur une « norme », c'est-à-dire un nombre déterminé d'ordonnances par heure, apparaît suspecte parce qu'elle évacue tout l'aspect de l'optimisation de la thérapie qui, faut-il le rappeler, comprend la médication prescrite et non prescrite. En effet, quand la productivité est basée sur la quantité d'ordonnances, l'incitation à « servir les clients le plus rapidement possible » prend malheureusement le dessus sur des activités essentielles telles que la consultation pharmaceutique.

La profession doit maintenant s'attaquer à ce type de barrières et tenter par tous les moyens possibles de les abattre. C'est la condition essentielle à l'avancement et à la reconnaissance de la profession.

## **BARRIÈRES RELIÉES AU MANQUE DE COORDINATION**

Le manque de coordination entre les institutions de santé et les professionnels qui donnent de l'information aux patients constitue une autre barrière importante. Le virage ambulatoire et les problèmes de continuité des soins qu'il a fait naître en sont le plus bel exemple.

Souvent les pharmaciens, étant les professionnels de la santé les plus accessibles, vont être appelés à orienter des patients vers un autre professionnel. Malheureusement, toute cette démarche de consultation et d'orientation n'apparaît nulle part dans l'évaluation de la tâche du pharmacien. Un outil efficace qui ne demande qu'à être développé et implanté serait la création d'un formulaire de référence aux médecins ou à un autre professionnel de la santé. Si nous voulons conscientiser les autres professionnels de l'équipe

multidisciplinaire quant au travail des pharmaciens auprès des patients, cet outil devient un élément essentiel. Ce volet d'échange d'information avec les partenaires du réseau, que ce soit au moyen d'un formulaire ou par des communications directes, doit être formellement pris en compte car il constitue une part non négligeable du travail du pharmacien.

## **BARRIÈRES RELIÉES À LA RECHERCHE**

Le manque de données empiriques mesurant l'efficacité, le coût et les résultats des interventions des pharmaciens constitue un autre obstacle non négligeable. Tant que nous n'aurons pas ce genre d'étude, il sera extrêmement difficile d'établir des comparaisons entre les besoins de productivité, d'utilisation maximale des ressources professionnelles et techniques limitées et les modes de rémunération inadéquats. Même si nous ne pouvons pas agir à court terme dans ce domaine, il faut continuer de clamer bien haut que de futures recherches dans le domaine de la consultation pharmaceutique devront porter sur trois aspects principaux : 1) la clarification des données existantes sur l'efficacité des interventions des pharmaciens, données actuellement conflictuelles et comprenant d'importantes lacunes ; 2) l'efficacité de nouvelles techniques d'approche du patient ; 3) les modèles intégrés de consultation pharmaceutique auprès des patients.

## **LES NIVEAUX DE CONSULTATION**

Tout comme l'Association canadienne de pharmacie hospitalière distingue des niveaux dans l'offre de services en milieu hospitalier, niveaux qui tendent à l'optimisation, il importe de distinguer différents niveaux dans la consultation pharmaceutique. Étant donné que la situation actuelle ne permet pas de passer à travers toutes les étapes de la consultation pharmaceutique pour tous les patients, il faut faire des choix. Il faut d'abord déterminer un niveau fondamental d'échange. Ce niveau doit réunir un nombre minimal d'éléments, faute de quoi, il est impossible de procéder à une consultation pharmaceutique efficace et réussie. Une fois ce minimum respecté, le pharmacien peut choisir, dans certains cas, s'il le juge utile, d'approfondir la consultation pharmaceutique. En décrivant deux autres niveaux, intermédiaire et enrichi, les pharmaciens se donnent une chance de réagir efficacement dans la plupart des situations qui leur sont présentées, compte tenu des différents facteurs et barrières limitant la consultation pharmaceutique. Les niveaux intermédiaire et enrichi permettent alors successivement d'atteindre un maximum d'efficacité.

Chacun des niveaux de la consultation pharmaceutique peut être défini en considérant les différentes étapes de la consultation ainsi que le type d'ordonnance.

Nous avons parlé d'un niveau fondamental, d'un niveau intermédiaire et d'un niveau enrichi. Il est important de rappeler que ces niveaux n'ont rien ou presque rien à voir avec l'efficacité du pharmacien, mais bien plutôt avec le jugement professionnel qu'il devra exercer, compte tenu des différents facteurs et barrières affectant la consultation pharmaceutique.

Les tableaux ci-dessous illustrent les divers éléments de la consultation pharmaceutique.

## PAR RAPPORT AU TYPE D'ORDONNANCES

## NOUVELLE ORDONNANCE

ÉTAPES DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE	NIVEAU FONDAMENTAL	NIVEAU INTERMÉDIAIRE	NIVEAU ENRICHIS
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se présenter et s'identifier ;</li> <li>- Demander à qui le médicament est destiné ;</li> <li>- Revoir le dossier pharmacologique ;</li> <li>- Utiliser l'aire de confidentialité</li> </ul>	<b>Niveau fondamental +.</b>	<b>Niveau intermédiaire + :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer le but et la durée de la consultation ;</li> <li>- Demander le consentement du patient.</li> </ul>
<b>Nombre d'éléments (Préambule)</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Histoire pharmacothérapeutique ou cueillette d'information pertinente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allergies ;</li> <li>- Grossesse/ allaitement ;</li> <li>- Poids (s'il s'agit d'un enfant) ;</li> <li>- Autres médicaments.</li> </ul> <p><b>Outils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier pharmacologique.</li> </ul>	<p><b>Niveau fondamental + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladies chroniques ;</li> <li>- « Poids (adulte) », si nécessaire.</li> </ul> <p><b>Outils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier pharmacologique ;</li> <li>- Formulaire de l'OPQ, annexe 3.</li> </ul>	<p><b>Niveau intermédiaire + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes de vie ;</li> <li>- « Poids, taille, surface corporelle », si nécessaire ;</li> <li>- Vaccinations ;</li> <li>- Maladies iatrogéniques ;</li> <li>- Évaluer les connaissances par rapport à la maladie et à son traitement ;</li> <li>- Évaluer les peurs ou problèmes face à la maladie et à son traitement.</li> </ul> <p><b>Outils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier pharmacologique ;</li> <li>- Formulaire de l'OPQ ;</li> <li>- Questionnaire validé plus élaboré ;</li> <li>- Questionnaire validé sur l'observance au traitement.</li> </ul>
<b>Nombre d'éléments (Conseils)</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>11</b>

**NOUVELLE ORDONNANCE (suite)**

ÉTAPES DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE	NIVEAU FONDAMENTAL	NIVEAU INTERMÉDIAIRE	NIVEAU ENRICHIS
Conseils (Quoi dire? Quoi entendre?).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom du médicament ;</li> <li>- Indication ;</li> <li>- Méthode optimale de prise et horaire d'administration ;</li> <li>- Mode d'utilisation ;</li> <li>- Effets indésirables principaux, reconnaissables et évitables ;</li> <li>- Précautions particulières, s'il y a lieu ;</li> <li>- Résultats attendus.</li> </ul>	<p><b>Ajouter d'autres questions au besoin.</b></p> <p><b>Niveau fondamental + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directives en cas d'oubli d'une dose ;</li> <li>- Combien de temps dure le traitement ;</li> <li>- Que faire si l'état s'aggrave ;</li> <li>- Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'amélioration ;</li> <li>- Condition et durée de conservation ;</li> <li>- Directives spéciales pour l'administration et la préparation ;</li> <li>- Manipulation du produit et élimination, le cas échéant.</li> </ul> <p><b>Outils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Feuillet d'information.</li> </ul>	<p><b>Niveau intermédiaire + conseils adaptés à la condition particulière du client :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les effets du médicament ;</li> <li>- Technique pour le monitoring de la thérapie ;</li> <li>- Renseignements au sujet des renouvellements ;</li> <li>- Mesures non pharmacologiques et préventives (facteurs de risques tels tabagisme, obésité etc.) ;</li> <li>- Réfutation des mythes et des préjugés (s'il y a lieu).</li> </ul> <p><b>Outils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information écrite personnalisée ;</li> <li>- Horaire d'administration adapté ;</li> <li>- Piluliers hebdomadaires.</li> </ul>
<b>Nombre d'éléments (Conseils)</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>18</b>
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier la compréhension du patient.</li> </ul>	<b>Niveau fondamental +.</b>	<p><b>Niveau intermédiaire + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résumer les éléments clés de l'information ;</li> <li>- Fournir au patient la chance de préciser certaines questions ou inquiétudes ;</li> <li>- Aider le patient à planifier le suivi et les prochaines étapes ;</li> <li>- Offrir sa disponibilité.</li> </ul>
<b>Nombre d'éléments (Conclusion)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

### ÉLÉMENTS DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE POUR UNE NOUVELLE ORDONNANCE

ÉLÉMENTS	FONDAMENTAL	INTERMÉDIAIRE	ENRICHI
	16	24	40

Nous pouvons donc considérer que, pour effectuer une consultation pharmaceutique réussie en ce qui concerne une nouvelle ordonnance, il faut vérifier au moins 16 éléments de base. C'est ce qui définit le niveau fondamental de la consultation pharmaceutique. En conséquence, l'atteinte dans la pratique quotidienne de ce niveau fondamental permettra d'offrir des soins pharmaceutiques de base à la majorité des patients, du moins en ce qui concerne l'aspect communication.

### RENOUVELLEMENT

ÉTAPES DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE	NIVEAU FONDAMENTAL	NIVEAU INTERMÉDIAIRE	NIVEAU ENRICHI
Préambule	Revoir le dossier pharmacologique ; Utiliser l'aire de confidentialité.	<b>Niveau fondamental +.</b>	<b>Niveau intermédiaire + :</b> - Expliquer le but et la durée de la consultation ; - Demander le consentement du patient.
Histoire pharmacothérapeutique	- Mise à jour.	<b>Niveau fondamental + :</b> - Revoir les données annuellement.	<b>Niveau intermédiaire +.</b>
Conseils (suivi de la thérapie)	- Suivi périodique auprès de certains types de patients et de médicaments (ex. : contraceptifs) ; pour vérification des 7 éléments du niveau fondamental : - Évaluation de l'efficacité ; - Évaluation de la toxicité ; - Détection et résolution de problèmes reliés à la thérapie ; - Détection de l'inobservance.	<b>Niveau fondamental + :</b> - Mesures d'évaluation de la thérapie (prise de TA, glycémie, cholestérol).	<b>Niveau intermédiaire + :</b> - Mesures de monitoring plus complètes, par exemple vérification des problèmes potentiels reliés à la thérapie et interventions appropriées ; - Détection de l'inobservance + approche structurée pour la résolution des problèmes d'inobservance et programme de suivi automatique des renouvellements ; - Vérification de l'atteinte des objectifs thérapeutiques ; - Renforcement des mesures non pharmacologiques et préventives.
Conclusion	- Vérifier la compréhension du patient.	<b>Niveau fondamental +.</b>	<b>Niveau intermédiaire +.</b>

Le renouvellement d'ordonnances comporte moins d'éléments à l'étape de la consultation pharmaceutique, mais va exiger beaucoup plus de travail relativement à la détection et à la résolution de problèmes, à l'évaluation et au suivi des patients. Il est vrai qu'il faut prendre également en considération le type de patient de même que les situations diverses auxquelles les pharmaciens font régulièrement face.

### MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

ÉTAPES DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE	NIVEAU FONDAMENTAL	NIVEAU INTERMÉDIAIRE	NIVEAU ENRICHİ
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se présenter et s'identifier ;</li> <li>- Demander à qui le médicament est destiné ;</li> <li>- Revoir le dossier, s'il y a lieu ;</li> <li>- Utiliser l'aire de confidentialité.</li> </ul>	<p><b>Niveau fondamental + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essayer de savoir si le patient a déjà consulté un médecin ou un pharmacien à ce sujet.</li> </ul>	<p><b>Niveau intermédiaire + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer le but et la durée de la consultation ;</li> <li>- Demander le consentement du patient.</li> </ul>
Cueillette d'information pertinente. 1) Évaluation des symptômes 2) Histoire pharmacothérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des symptômes (méthode non structurée) ;</li> <li>- Allergies ;</li> <li>- Poids (enfant) ;</li> <li>- Grossesse/allaitement ;</li> <li>- Maladies chroniques ;</li> <li>- Autres médicaments.</li> </ul>	<p><b>Niveau fondamental + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthode plus structurée pour la description des symptômes ;</li> <li>- Chronologie (depuis quand) ;</li> <li>- Localisation (où) ;</li> <li>- Qualité : description des symptômes ;</li> <li>- Quantité (fréquence, sévérité) ;</li> <li>- Circonstances d'apparition (quand ; comment) ;</li> <li>- Aggravation ou atténuation ;</li> <li>- Symptômes associés.</li> </ul>	<p><b>Niveau intermédiaire + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes de vie, s'il y a lieu ;</li> <li>- Vaccinations, s'il y a lieu ;</li> <li>- Maladies iatrogéniques, s'il y a lieu.</li> </ul>
Conseils (Quoi dire? quoi entendre? et suivi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom du médicament ;</li> <li>- Indication ;</li> <li>- Méthode optimale de prise et horaire d'administration ;</li> <li>- Mode d'utilisation ;</li> <li>- Effets indésirables principaux, reconnaissables et évitables ;</li> <li>- Précautions particulières, s'il y a lieu ;</li> <li>- Résultats attendus ;</li> <li>- Orienter vers le médecin s'il y a lieu ;</li> <li>- Expliquer le code médicament ;</li> <li>- Préciser ce qu'il faut faire si la situation ne s'améliore pas.</li> </ul>	<p><b>Niveau fondamental + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscription MVL au dossier.</li> </ul>	<p><b>Niveau intermédiaire + :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesures de traitement non pharmacologique ;</li> <li>- Suivi de l'efficacité du traitement ;</li> <li>- Documentation de l'intervention ;</li> <li>- Remise d'information écrite ;</li> <li>- Référence écrite au médecin.</li> </ul>
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résumer les éléments clés de l'information.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résumer les éléments clés de l'information.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résumer les éléments clés de l'information ;</li> <li>- Fournir au patient la possibilité de préciser certaines questions ou inquiétudes ;</li> <li>- Planifier un suivi.</li> </ul>

La consultation pharmaceutique pour les médicaments en vente libre exige beaucoup plus de travail puisque le pharmacien est alors l'intervenant de première ligne comparativement aux médicaments prescrits où il doit partager cette responsabilité avec le médecin. L'évaluation des symptômes de même que les données pertinentes reliées à l'histoire pharmacothérapeutique deviennent par conséquent des éléments clés à obtenir et à analyser de façon adéquate. C'est une responsabilité unique et tout pharmacien se doit d'en réaliser l'importance.

## **CONCLUSION**

Malgré la description assez précise des éléments constitutifs de la consultation pharmaceutique, force est de constater que nous sommes actuellement dans l'incapacité de fournir des données probantes qui permettraient de traduire cette activité de consultation en nombre de minutes nécessaires pour la réaliser. Puisque cette activité constitue l'élément clé du développement du rôle du pharmacien au cours des prochaines années, l'acquisition de données précises sur l'effort demandé au pharmacien permettrait certainement d'évaluer plus facilement les besoins de main-d'œuvre en relation avec le nombre d'ordonnances exécutées dans le réseau des pharmacies québécoises.

En résumé, au tournant du siècle, la consultation pharmaceutique représente l'essence même du rôle du pharmacien auprès de ses patients et son plus grand défi. Il faut aussi souligner que de nouveaux horizons s'ouvrent pour les pharmaciens et de nouveaux rôles restent à définir. En effet, étant donné l'accent mis sur le virage ambulatoire et le maintien à domicile, il faut définir la place du pharmacien auprès des spécialistes des CLSC qui sont actuellement les acteurs reconnus comme principaux maîtres d'œuvre de ces nouveaux modes de dispensation des soins.

**BIBLIOGRAPHIE**

- ACCP WHITE PAPER. « Clinical pharmacy practice in the Noninstitutional setting : A white paper from the American College of Clinical Pharmacy ». *Pharmacotherapy*, vol. 12, n° 4, 1992, p. 358-364.
- AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. *Principles of Practice for Pharmaceutical Care, lieu, American Pharmaceutical Association*, 1995.
- ASHP. « Guidelines on pharmaceutical services for ambulatory patients », *Am. J. Hosp. Pharm.*, vol. 48, 1991, p. 311-315.
- ASHP. « Guidelines on pharmacist-conducted patient counseling », *Am. J. Hosp Pharm.*, vol. 50, 1993, p. 505-506.
- BALSON, A. « The do's and don'ts of patient education », *Hospital Pharmacy*, vol. 30, n° 7, 1995, p. 621-625.
- BLOOM, M.Z. « Clinical pharmacy services improve patient care and reduce costs », *American Pharmacy*, vol. NS 30, n° 4, avril 1990, p. 17-18.
- COLLEGE OF PHARMACISTS OF BRITISH COLUMBIA. « Patient counselling checklist », *Continuing Education Highlights*, vol. 18, n° 7, hiver 1993, p. 1-3.
- COLLEGE OF PHARMACISTS OF BRITISH COLUMBIA. « Proposed pharmacist-patient dialogue bylaw guidelines », *Bulletin*, vol. 18, n° 5, juin 1993, p. 1.
- DE YOUNG, M. « A review of the research on pharmacists' patient-communication views and practice », *American Journal of Pharmaceutical Education*, vol. 60, printemps 1996, p. 60-77.
- FAGNAN, D. et Y. Lagacé. « Document d'information et de formation, Programme Code Médicament : de la théorie à la pratique », *Fascicule 4 : Consultation pharmaceutique MVL*.
- FOSTER, S.L. et autres. « Advances Counseling Techniques : Integrating assessment and Intervention », *American Pharmacy*, vol. NS 35, 10 : 40-48, octobre 1995.
- HATOUM, H.T. et autres. « Obra 90 : Patient counseling – enhancing patient outcomes », *U.S. Pharmacist*, janvier 1993, p. 76-84.
- HERRIER, R. et R. Boyce. « Finding time to counseling », *American Pharmacy*, vol. NS 34, n° 12, décembre 1994, p. 22-23.
- HERRIER, R. et R. Boyce. « Phases in implementing Patient counseling », *American Pharmacy*, vol. NS 35, janvier 1995, p. 16-17.

- KESSLER, D.A. « Sounding board : Communicating with patients about their medication », *New England Journal of Medicine*, décembre 1991, p. 1650-1652.
- LEIBOWITZ, K. « Improving your patient counseling skills », *American Pharmacy*, vol. NS 33, avril 1993, p. 65-69.
- L.R.Q. « Loi sur la pharmacie » chapitre P-10, article 17, juin 1995.
- MALLET, L. « Counseling in special populations : The elderly patient », *American Pharmacy*, vol. NS 32, n° 10, octobre 1992, p. 71-81.
- MARCROM, R.E. et autres. « Create value added services to meet patient needs », *American Pharmacy*, vol. NS 32, n° 7, juillet 1992, p. 48-57.
- MATTE, J. et D. Fagnan. « Pour une utilisation efficace du bureau de consultation pharmaceutique », *Document préparé pour le Congrès annuel du Groupe Jean Coutu*, juin 1996, p. 1-8.
- MOLZON, J.A. « What kind of patient counseling are required? », *American Pharmacy*, vol. NS 32, n° 3, mars 1992, p. 50-57.
- MULDARY, T.W. « Interpersonal relations for health professionals – A social skills approach », *New York, MacMillan Pub. Co. Inc.*, 1983.
- PROGRAMME DE CONSULTATION PHARMACIEN-PATIENT PPCP. « Module 1 : Une approche interactive pour s'assurer que le patient a bien compris », *Pfizer*, 1997, p. 1-28.
- RAISCH, D.W. « Barriers to providing cognitive services », *American Pharmacy*, vol. NS 33, n° 12, décembre 1993, p. 54-58.
- RANTUCCI, M.J. « Dialoguer avec ses patients », *Guide de la communication en pharmacie*, 1990.
- SMITH, D.L. « Patient counseling : Your competitive edge », *American Pharmacy*, vol. NS 31, n° 7, juillet 1991, p. 53-56.
- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Règlements adoptés en vertu de la Loi sur la pharmacie*, janvier 1995.
- USP. « Medication counseling behaviors », mars 1997, p. 1-27.

ANNEXE 4

**ESTIMATION DES BESOINS DE RECRUTEMENT  
COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT  
ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES**

Document préparé par monsieur Denis Gagnon et monsieur Georges Jodoin  
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Mars 2001

**Scénario:**

Pharmaciens

**A) Projection de l'attrition**

- 1) Distribution de l'effectif Pharmaciens 1999
  - 2) Choix du facteur individu/poste pour estimer le nombre d'individus à partir du nombre de postes
  - 3) Choix des taux de départ selon les groupes et l'évolution des statuts
  - 4) Facteurs intermédiaires entre "maintien" et "tout TC"
  - 5) Autres départs à résorber
- Aucun départ à combler

**Description:**

Scénario n° 1 : Pharmaciens dans les établissements de santé. L'effectif de départ est évalué à partir des données de la banque du MSSS. On considère qu'un employé est à temps complet régulier lorsque son ETP est > ou = à 60 %. Au 31 mars 1999, on dénombrait 1 164 postes.

Distribution de l'effectif de départ

Age	Femme		Homme		Total	Facteur individu/poste	Effectif ajusté
	TP	TC	TP	TC			
15	0	0	0	0	0	0	0,0
20	11	4	1	0	16	0,7952	12,7
25	67	101	20	25	213	0,8	170,4
30	64	131	13	37	245	0,8425	206,4
35	70	93	10	35	208	0,8552	177,9
40	45	95	14	39	193	0,8652	167,0
45	39	61	10	47	157	0,8698	136,6
50	9	27	7	31	74	0,8643	64,0
55	4	11	8	17	40	0,8625	34,5
60	0	2	3	4	9	1	9,0
65	1	0	0	1	2	1	2,0
70	1	1	5	0	7	1	7,0
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>526</b>	<b>91</b>	<b>236</b>	<b>1164</b>		<b>987,4</b>

Projection de départs (après modulation)

Année	Facteur retraites	Retraites pondérées	Décès	Facteur cessations	Cessations pondérées	Départs totaux	Autres départs
1999	1,00	12,4	1,5	1,00	12,6	26,5	0
2000	1,00	7,9	1,3	1,00	11,9	21,1	0
2001	1,00	8,5	1,4	1,00	11,2	21,1	0
2002	1,00	9,2	1,4	1,00	10,6	21,2	0
2003	1,00	10,5	1,4	1,00	10,0	21,9	0
2004	1,00	11,2	1,5	1,00	9,4	22,0	0
2005	1,00	12,4	1,5	1,00	8,8	22,7	0
2006	1,00	14,1	1,5	1,00	8,2	23,9	0
2007	1,00	15,8	1,6	1,00	7,8	25,1	0
2008	1,00	19,9	1,6	1,00	7,3	28,8	0
2009	1,00	21,8	1,6	1,00	6,9	30,2	0
2010	1,00	22,9	1,6	1,00	6,4	30,9	0
2011	1,00	23,4	1,6	1,00	6,0	31,0	0
2012	1,00	24,0	1,6	1,00	5,7	31,2	0
2013	1,00	24,1	1,6	1,00	5,3	31,0	0
2014	1,00	26,1	1,6	1,00	4,9	32,5	0
2015	1,00	27,2	1,5	1,00	4,5	33,3	0
<b>Total</b>		<b>291,3</b>	<b>25,6</b>		<b>137,7</b>	<b>454,6</b>	<b>0</b>

Projection initiale des départs

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
1999	12,4	1,5	12,6	26,5
2000	7,9	1,3	11,9	21,1
2001	8,5	1,4	11,2	21,1
2002	9,2	1,4	10,6	21,2
2003	10,5	1,4	10,0	21,9
2004	11,2	1,5	9,4	22,0
2005	12,4	1,5	8,8	22,7
2006	14,1	1,5	8,2	23,9
2007	15,8	1,6	7,8	25,1
2008	19,9	1,6	7,3	28,8
2009	21,8	1,6	6,9	30,2
2010	22,9	1,6	6,4	30,9
2011	23,4	1,6	6,0	31,0
2012	24,0	1,6	5,7	31,2
2013	24,1	1,6	5,3	31,0
2014	26,1	1,6	4,9	32,5
2015	27,2	1,5	4,5	33,3
<b>Total</b>	<b>291,3</b>	<b>25,6</b>	<b>137,7</b>	<b>454,6</b>

**Scénario:** Pharmaciens

**B) Estimation des besoins de recrutement**

6) Pénurie initiale

Pénurie de 91 pharmaciens

7) Secteur d'activité en développement

Rythme d'activité maintenu

8) Facteur d'évolution des besoins

Rythme d'évolution des besoins de 3 %

9) Facteur d'évolution organisationnelle

Aucune évolution

10) Facteur d'évolution dans le nombre de jours de congé accordés

Non

**Description:** Scénario n° 1 : Pharmaciens dans les établissements de santé. L'effectif de départ est évalué à partir des données de la banque du MSSS. On considère qu'un employé est à temps complet régulier lorsque son ETP est > ou = à 60 %. Au 31 mars 1999, on dénombrait 1 164 postes.

**Estimation de l'évolution des besoins**

**Estimation du recrutement nécessaire pour résorber les départs et satisfaire les besoins**

Année	Pénurie	Développement prévu	Evolution des besoins	Evolution organisationnelle	Evolution des congés	Effectif désiré	Ajout annuel pour accroissement des besoins
1999	91,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1078,4	91,0
2000	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1110,8	32,4
2001	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1144,1	33,3
2002	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1178,4	34,3
2003	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1213,8	35,4
2004	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1250,2	36,4
2005	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1287,7	37,5
2006	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1326,3	38,6
2007	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1366,1	39,8
2008	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1407,1	41,0
2009	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1449,3	42,2
2010	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1492,8	43,5
2011	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1537,6	44,8
2012	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1583,7	46,1
2013	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1631,2	47,5
2014	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1680,1	48,9
2015	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	1730,5	50,4

Année	Départs attendus	Autres départs	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire
1999	26,5	0	91,0	117,5	119,7
2000	21,1	0	32,4	53,5	57,9
2001	21,1	0	33,3	54,5	60,7
2002	21,2	0	34,3	55,5	63,4
2003	21,9	0	35,4	57,3	66,7
2004	22,0	0	36,4	58,4	69,4
2005	22,7	0	37,5	60,2	72,6
2006	23,9	0	38,6	62,5	76,5
2007	25,1	0	39,8	64,9	80,3
2008	28,8	0	41,0	69,8	86,7
2009	30,2	0	42,2	72,5	91,0
2010	30,9	0	43,5	74,4	94,6
2011	31,0	0	44,8	75,8	97,6
2012	31,2	0	46,1	77,3	100,6
2013	31,0	0	47,5	78,5	103,2
2014	32,5	0	48,9	81,5	107,6
2015	33,3	0	50,4	83,7	111,2
Total	454,6	0	743,1	1197,7	1459,6

**Scénario:** Pharmaciens**Description:**

Scénario n° 1 : Pharmaciens dans les établissements de santé. L'effectif de départ est évalué à partir des données de la banque du MSSS. On considère qu'un employé est à temps complet régulier lorsque son ETP est > ou = à 60 %. Au 31 mars 1999, on dénombrait 1 164 postes.

**C) Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés**

11) Distribution des diplômés attendus

Autre distribution

12) Main-d'œuvre résiduelle disponible

Aucune main-d'œuvre résiduelle disponible

Année	Effectif désiré	Recrutement nécessaire	Diplômés attendus	Taux de disponibilité des diplômés	Diplômés disponibles	Main-d'œuvre résiduelle disponibles	Diplômés + main-d'œuvre résiduelle	Écart annuel	Écart cumulatif	Écart cumulatif en % de l'effectif désiré	Alerte *
1999	1078	120	48	0,810	39	0	39	-81	-81	-7,5%	Alerte
2000	1111	58	46	0,810	37	0	37	-21	-101	-9,1%	Alerte
2001	1144	61	42	0,810	34	0	34	-27	-128	-11,2%	Alerte
2002	1178	63	49	0,810	40	0	40	-24	-152	-12,9%	Alerte
2003	1214	67	49	0,810	40	0	40	-27	-179	-14,7%	Alerte
2004	1250	69	49	0,810	40	0	40	-30	-209	-16,7%	Alerte
2005	1288	73	49	0,810	40	0	40	-33	-241	-18,8%	Alerte
2006	1326	76	49	0,810	40	0	40	-37	-278	-21,0%	Alerte
2007	1366	80	49	0,810	40	0	40	-41	-319	-23,3%	Alerte
2008	1407	87	49	0,810	40	0	40	-47	-366	-26,0%	Alerte
2009	1449	91	49	0,810	40	0	40	-51	-417	-28,8%	Alerte
2010	1493	95	49	0,810	40	0	40	-55	-472	-31,6%	Alerte
2011	1538	98	49	0,810	40	0	40	-58	-530	-34,5%	Alerte
2012	1584	101	49	0,810	40	0	40	-61	-591	-37,3%	Alerte
2013	1631	103	49	0,810	40	0	40	-63	-654	-40,1%	Alerte
2014	1680	108	49	0,810	40	0	40	-68	-722	-43,0%	Alerte
2015	1731	111	49	0,810	40	0	40	-72	-794	-45,9%	Alerte

\* Une alerte est signalée lorsque l'écart cumulatif en % de l'effectif désiré est inférieur ou égal à -3%

ANNEXE 5

**ANALYSE DE LA CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS  
DE SANTÉ D'ATTIRER ET DE GARDER LES DIPLÔMÉS**

Document préparé par monsieur Alain Bureau, pharmacien, M. Sc.  
et monsieur Germain Legault, pharmacien, BCPP  
Association des pharmaciens des établissements de santé (APES)

Mai 2000

## **ANALYSE DE LA CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ D'ATTIRER ET DE GARDER LES DIPLÔMÉS**

### **INTRODUCTION**

La demande de pharmaciens dépasse largement l'offre de service actuelle. La structure salariale des pharmaciens d'établissements de santé a un effet négatif majeur sur la pénurie actuelle de pharmaciens dans les établissements de santé. Elle doit être modifiée de manière importante de façon à la rendre compétitive par rapport aux autres secteurs de la profession. La pénurie s'aggravera malgré une augmentation des admissions dans les programmes de formation au niveau du baccalauréat ou de la maîtrise en pharmacie d'établissement si le secteur public ne s'adapte pas rapidement.

### **ATTRACTION DU SECTEUR PRIVÉ**

*Le secteur privé s'adapte beaucoup plus rapidement aux réalités du marché du travail que l'appareil gouvernemental.*

Pour des raisons d'équilibre budgétaire, le secteur gouvernemental a tourné le dos à la réalité de l'évolution de l'offre et de la demande. Pendant que les salaires et les avantages sociaux du secteur privé progressaient à un rythme important, l'offre faite par le gouvernement aux pharmaciens des établissements de santé n'avait rien de compétitif. Les augmentations salariales des deux dernières années accordées par le secteur des chaînes de pharmacies dépassent largement 5 % annuellement.

Il faut souligner que les offres gouvernementales allaient dans la direction d'un nivellement par le bas pour l'ensemble de la fonction publique. Il ne fallait pas créer de précédent, qui pût être récupéré par d'autres secteurs d'emplois de l'État. La notion d'adaptation, qui est normalement garante d'évolution, a été évacuée provoquant la situation présente.

Le salaire offert à un nouveau pharmacien en juin 2000 pour travailler dans une pharmacie privée variait entre 28 \$ et 36 \$ l'heure selon la région géographique. Avec la nouvelle entente en vigueur depuis septembre 2000 dans les établissements de santé, le salaire offert sera de 23 \$ l'heure. Le choix que les jeunes font est assez facile à imaginer. Pour un pharmacien détenteur d'une maîtrise, le salaire horaire sera de 25 \$ dans les établissements de santé, soit 3 \$ de moins dans la région métropolitaine ou 11 \$ de moins en région éloignée que le salaire offert par le secteur privé.

Le pharmacien désirant pratiquer dans un centre hospitalier universitaire devra posséder sa maîtrise en établissement de santé. Pour obtenir son diplôme de maîtrise, l'étudiant aura 16 mois et il bénéficiera d'une bourse de formation de 17 500 \$. Il faudra soustraire de cette bourse les avantages sociaux que l'établissement retiendra pour assurer un filet social aux étudiants, soit près de 12,5 %. Par la suite, l'université prélèvera une somme 4 400 \$ pour des frais de scolarité. Le ministère du Revenu viendra également récolter sa part. Heureusement le solde demeure encore positif.

Si l'étudiant à la maîtrise avait travaillé dans le secteur privé, il aurait reçu un salaire de 70 000 \$ pour ces 16 mois. Or, non seulement il devra commencer sa pratique avec une rémunération inférieure de 3 \$ l'heure à ce qu'offre le secteur privé, mais la structure actuelle ne lui permettra jamais de récupérer cette somme.

De plus, le salaire maximum prévu à l'échelle dans le secteur public est présentement de 35 \$ l'heure pour un pharmacien possédant plus de 10 ans d'expérience, soit 1 \$ de moins l'heure que le salaire d'un nouveau diplômé qui travaille en région et qui n'a pas fait d'études de deuxième cycle.

Ceci explique en partie les difficultés de recrutement des programmes de formation de maîtrise en pharmacie d'établissement de santé. Il est impératif d'augmenter le montant des bourses du programme de maîtrise, mais il faut également rendre la structure salariale du réseau plus compétitive. Il ne faut pas oublier que plusieurs pharmaciens quittent le réseau pour devenir propriétaires d'une pharmacie.

## **ATTRACTION DE L'INDUSTRIE**

L'industrie pharmaceutique possède des moyens qui sont beaucoup plus imposants que les autres secteurs de la pharmacie québécoise. Les profits permettent d'embaucher des pharmaciens du réseau qui ont acquis des compétences recherchées par ces compagnies. Nous fournissons à l'industrie pharmaceutique une main-d'œuvre d'une qualité exceptionnelle. À notre avis ces pharmaciens ont un peu plus de cinq années d'expérience et sont très efficaces dans leur travail. Leur formation théorique s'enrichit d'une expérience pratique inestimable.

Cette hémorragie est des plus dommageables pour le réseau. Nous perdons des effectifs et, pour les remplacer, il faudra encore cinq années à des nouveaux venus pour atteindre ce niveau de compétence. Par ailleurs, comme les entrées se font rares, ce délai sera sans doute plus long encore.

Ces pertes affectent grandement la capacité d'enseignement des milieux universitaires. Les pharmaciens qui partent sont souvent étroitement associés à la supervision des résidents en pharmacie. Leurs départs augmentent la charge de travail pratique des pharmaciens en place. La conséquence directe est la diminution du temps consacré au département pour s'acquitter des tâches d'enseignement. On se place dans la situation de l'œuf et de la poule.

### **ATTRACTION DES CENTRES URBAINS**

La situation des effectifs pharmaceutiques en région est similaire à celle des effectifs médicaux. Présentement, il n'y a aucun moyen d'incitation pour favoriser le recrutement de nouveaux pharmaciens, et la rétention des effectifs est pauvre.

La perspective est encore plus dramatique à cause de la taille des établissements. En effet, dans les régions, les centres hospitaliers sont de plus petites dimensions et ont un effectif de 3 ou 4 pharmaciens. La perte d'un seul pharmacien entraîne une réduction de 25 % à 33 % d'un seul coup. Dans une telle situation, la perte d'un autre pharmacien pour cause de maladie rend l'établissement très vulnérable.

Si rien n'est fait à ce sujet, nous prédisons la fermeture d'établissements de santé de façon sporadique d'ici deux ans. Cette situation est très similaire à celle des urgences de certains établissements qui ont dû fermer en raison d'une pénurie de médecins. Toutefois, dans le cas des pharmaciens, cela signifiera des problèmes majeurs en salle d'opération, en chimiothérapie cancéreuse, aux urgences, aux soins intensifs, etc.

### **CONCLUSION**

Il est urgent de revoir la structure salariale des pharmaciens dans les établissements de santé. Si la situation n'est pas prise au sérieux rapidement, les établissements de santé du Québec et le ministre de la Santé et des Services sociaux risquent de se retrouver dans l'embarras quand viendra le temps d'expliquer des situations inacceptables.

ANNEXE 6

**QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE RÉALISÉE**

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et  
l'Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec (ABCPQ)

Avril 2000

**Sondage sur les besoins  
de main-d'œuvre professionnelle  
en pharmacie communautaire**

**N.B.** Si vous êtes propriétaire de plus d'une pharmacie, nous vous demandons de répondre seulement pour la pharmacie désignée ci-haut.

Toutes les questions de cette enquête s'appliquent à la période allant du dimanche 5 mars au samedi 1<sup>er</sup> avril 2000.

1. Durant cette période, votre pharmacie a été ouverte pendant combien d'heures?  
\_\_\_\_\_ heures.
2. Durant cette période, combien de prescriptions (nouvelles et renouvellements) avez-vous exécutées?  
\_\_\_\_\_ Rx
3. Durant cette période, pendant combien d'heures un second pharmacien cédulé (incluant le propriétaire) était-il en service au laboratoire?  
\_\_\_\_\_ heures.
4. Durant cette période, pendant combien d'heures un second pharmacien non-cédulé (incluant le propriétaire) est-il allé aider au laboratoire?  
\_\_\_\_\_ heures. (*Répondre au meilleur de votre connaissance*).
5. Durant cette période, combien de pharmaciens, au total (incluant le propriétaire), ont travaillé dans votre pharmacie?  
\_\_\_\_\_ pharmaciens.

**N.B.** Le masculin est utilisé afin d'alléger le texte et de faciliter la compréhension du questionnaire.

Pour **chacun** des pharmaciens comptabilisés à la question 5, répondez aux questions qui suivent :

	Âge	Sexe M/F	Heures travaillées au laboratoire (cédulées ou non)	Heures de gestion générale (hors labo.)	Statut du pharmacien* 1. Propriétaire 2. Temps plein 3. Temps partiel 4. Dépanneur
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Temps plein : 30 heures ou plus

Temps partiel : moins de 30 heures

Dépanneur : sur appel de temps à autre ou pour remplacement de vacances.

6. Durant cette période, combien de commis ont travaillé dans votre pharmacie ?  
\_\_\_\_\_ commis.
7. Durant cette période, combien d'heures ces commis ont travaillé au total ?  
\_\_\_\_\_ heures.
8. Durant cette période, si la main-d'œuvre avait été disponible, combien d'heures **additionnelles** pour un second pharmacien au laboratoire auriez-vous voulu combler ?  
\_\_\_\_\_ heures.
9. Durant cette période, si la main-d'œuvre avait été disponible, combien d'heures auraient été comblées par un ou des pharmaciens autres que ceux qui ont travaillé ? (Soit parce que vous avez dû payer du temps supplémentaire, parce que certains de vos pharmaciens, et possiblement vous-même, avez dû travailler plus d'heures que vous ne l'auriez souhaité, ou parce que vous avez dû avoir recours à un pharmacien dépanneur.)  
\_\_\_\_\_ heures.

Merci d'avoir répondu à cette enquête. S.V.P., retournez immédiatement (date limite : le 14 avril 2000) votre formulaire complété en utilisant l'enveloppe réponse ci-jointe ou par télécopieur au : (450) 441-4252

