

Plan régional des effectifs

Pharmaciens - pharmaciennes d'établissement

**Région sociosanitaire
du Bas-Saint-Laurent**

Marie-Josée Papillon

**Direction de la santé publique, de la
planification et de l'évaluation**

Octobre 2000



**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
BAS-SAINT-LAURENT**

© Direction de la santé publique,
de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des
Services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Dépôt légal : 2^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-921799-73-1

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce document a été possible grâce à la collaboration des membres du Comité régional sur les services de pharmacie du Bas-Saint-Laurent :

- Madame Sara Bélanger, coprésidente du comité, pharmacienne-chef, CHH de Rivière-du-Loup
- Dr Robert Daigneault, coprésident du comité, directeur des services professionnels du CH-CHSLD de Matane et du CH d'Amqui
- Madame Julie Lagacé, pharmacienne-chef du CH-CHSLD de Matane
- Madame Sylvie Dionne, pharmacienne-chef du CH d'Amqui
- Monsieur Jean Guimond, pharmacien-chef du CMSSC
- Madame France Boucher, pharmacienne-chef du CHRR
- Monsieur Jean-Claude Proulx, pharmacien-chef du Foyer de Rimouski
- Madame Marie-Josée Picard, pharmacienne-chef du CHSLD-CLSC des Basques
- Monsieur Marc Beaudoin, pharmacien-chef du Réseau-Santé Témiscouata
- Madame Johanne Dumais, pharmacienne-chef du Réseau-Santé Kamouraska

Et à l'inestimable contribution de madame Doris Charron, de la DSPPE, pour la révision linguistique et la mise en pages.

Nous désirons également remercier madame France de Villers qui était parmi les instigateurs du projet.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	III
1. INTRODUCTION	1
2. LA RÉGION ET SES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT	2
2.1 La configuration du réseau régional	2
2.2 Les difficultés de recrutement en région.....	2
3. ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE EN PHARMACIE.....	5
4. SOINS PHARMACEUTIQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	8
4.1 Les activités cliniques.....	8
4.2 Les activités du support	10
4.2.1 Programme de distribution des médicaments	10
4.2.2 Planification et organisation de mesures visant l'utilisation optimale des médicaments	10
4.2.3 Définition des mécanismes d'assurance de la qualité.....	10
4.2.4 Planification et gestion des ressources humaines, matérielles et financières.....	11
4.2.5 Tâches à déléguer.....	11
5. IMPACT DE LA CONTRIBUTION DES PHARMACIENS À LA QUALITÉ DES SERVICES	13
6. SITUATION DES EFFECTIFS PHARMACEUTIQUES AU CANADA ET AU QUÉBEC	15
7. MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE CALCUL DES EFFECTIFS	17
7.1 Les centres hospitaliers de soins de courte durée	17
7.1.1 La clientèle admise	17
7.1.2 La clientèle non admise (ambulatoire).....	18
7.2 Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	18
7.3 Les centres locaux de services communautaires.....	19
8. ANALYSE DES BESOINS D'EFFECTIFS PROFESSIONNELS EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT.....	20
8.1 Portrait régional actuel des effectifs en pharmacie d'établissement	20
8.2 Besoins en fonction des normes.....	21
8.2.1 Centres hospitaliers de soins de courte durée	21
8.2.1.1 La clientèle admise	21
8.2.1.2 La clientèle non admise (ambulatoire).....	22
8.2.2 Centres hospitaliers de soins de longue durée	28
8.2.3 Centres locaux de services communautaires	29
8.3 Besoins globaux en effectifs pharmaciens pour les établissements de la région	30
8.4 Les limites de la planification	31
9. CONCLUSION	32

ANNEXE – Questionnaire : Activités quotidiennes auprès des clientèles ambulatoires

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1	Composition moyenne des effectifs par centre hospitalier, selon la région du Canada, 1997-1998	15
TABEAU 2	Portrait régional des effectifs professionnels en pharmacie d'établissement.....	20
TABEAU 3	Heures facturées par les pharmaciens en ETP, ensemble de la région, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999	20
TABEAU 4	Besoins en effectifs pharmaciens selon les normes en établissement de soins de courte durée, excluant les services ambulatoires.....	21
TABEAU 5	Temps moyen (minutes) par intervention-patient auprès des clientèles des différents programmes, par établissement et pour l'ensemble de la région.....	23
TABEAU 6	Nombre et durée moyenne des interventions par programme clientèle, ensemble des centres hospitaliers de soins de courte durée..	24
TABEAU 7	Activités effectuées auprès des clientèles des différents programmes, ensemble des centres hospitaliers de soins de courte durée	25
TABEAU 8	Activités par programme-clientèle, ensemble des centres hospitaliers	26
TABEAU 9	Nombre total, durée totale et moyenne des interventions auprès des clientèles non admises, équivalents temps complet, par centre hospitalier de soins de courte durée et pour l'ensemble de la région...	27
TABEAU 10	Besoins en effectifs pharmaciens selon les normes en établissement de soins de longue durée	28
TABEAU 11	Besoins en effectifs pharmaciens en CLSC	29
TABEAU 12	Besoins globaux en effectifs pharmaciens (ETP) pour la région du Bas-Saint-Laurent en fonction des normes	30

1. INTRODUCTION

En 1997, les directeurs généraux d'établissements de santé de la région du Bas-Saint-Laurent demandaient, dans le contexte de la transformation du réseau, la mise sur pied d'un comité de travail sur les services de pharmacie. Ce comité devait permettre aux pharmaciens chefs du territoire de partager sur les impacts de la transformation et d'explorer les possibilités de mise en commun d'expertise et de services. À ce chapitre, des discussions ont été menées et ont induit des ajustements, notamment au sujet des achats regroupés. Très rapidement toutefois, un problème commun s'est imposé comme sujet à débattre et est demeuré une priorité de discussion : la pénurie d'effectifs professionnels en pharmacie.

Un sondage effectué au printemps 1998 auprès des établissements de la région 01 a fait ressortir que même lorsque les postes de pharmaciens prévus au budget sont comblés, les congés (saison estivale et jours fériés) amènent leurs lots de difficultés. En effet, puisque dans la majorité des établissements, la planification budgétaire n'inclut pas ou peu d'heures de remplacement pour les pharmaciens, plusieurs départements doivent couper des services ou réduire les heures d'ouverture de la pharmacie. Comme les activités de distribution sont difficilement compressibles, ce sont les activités cliniques, c'est-à-dire celles qui sont les plus rentables, qui écopent. La diminution du temps consacré à l'antibiothérapie à domicile, par exemple, peut entraîner ou prolonger des hospitalisations qui auraient pu être écourtées ou même évitées.

La loi sur les services de santé et les services sociaux ne stipule pas l'élaboration d'un plan d'effectifs pharmaceutiques dans chacune des régions. Toutefois, la situation régionale précaire des services cliniques en pharmacie de même que le contexte de pénurie à l'échelle du Québec incitent le Bas-Saint-Laurent à se doter d'une position commune quant aux effectifs professionnels en pharmacie d'établissement. Dans cet esprit et afin de transmettre au MSSS les données prévisionnelles les plus précises possible, l'analyse des besoins actuels et futurs en effectifs pharmaceutiques a été effectuée.

Comme ce plan régional en pharmacie d'établissement constitue, à notre connaissance, une première au Québec, il était impossible de s'inspirer d'une méthodologie standardisée. Dans ce contexte et afin de produire des estimations les plus fiables possibles, les normes produites par l'Ordre des pharmaciens du Québec ont été utilisées pour calculer les besoins en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et en centre d'hébergement de soins de longue durée. Toutefois, comme ces normes datent déjà de quelques années, elles excluent les besoins des patients non admis, volet de plus en plus important de la pratique exigé par la transformation du réseau et le virage ambulatoire. Pour pallier cette lacune, des estimations ont été faites à partir d'une collecte de données effectuée dans tous les établissements de la région offrant des services pharmaceutiques aux clientèles non admises. L'ensemble des données ainsi recueillies constitue le premier plan régional d'effectifs pharmaceutiques du Bas-Saint-Laurent pour le secteur public.

2. LA RÉGION ET SES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT

2.1 La configuration du réseau régional

La région du Bas-Saint-Laurent s'étend le long du littoral sur une distance de plus de 300 kilomètres et s'étire au sud jusqu'au Nouveau-Brunswick. La population est estimée à quelque 206 000 personnes réparties dans huit MRC. La population des groupes d'âge les plus jeunes diminue alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus est en croissance. Le statut d'activité ou taux d'occupation (travail, études, etc.) est inférieur à celui observé à l'échelle du Québec, tout comme celui de l'obtention d'un diplôme d'études secondaires. La proportion d'adultes prestataires de la sécurité du revenu est plus élevée dans le Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec. Toutefois, celle des enfants se retrouvant dans cette situation est moins élevée dans la région 01 que dans l'ensemble du territoire québécois.¹

Le réseau des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent se compose de quinze établissements publics se partageant les missions suivantes : CLSC, CHSGS, CHSLD, CR, CPEJ, et de trois établissements privés avec permis, remplissant la mission de CHSLD. La transformation effectuée au cours des dernières années a modifié les responsabilités des pharmaciens d'établissements de sorte qu'aujourd'hui, certains professionnels partagent leur temps entre les missions CH, CHSLD et CLSC que cumule leur établissement. À l'heure actuelle, neuf établissements du réseau public embauchent des pharmaciens.

2.2 Les difficultés de recrutement en région

Depuis déjà plusieurs années, le recrutement de pharmaciens en région éloignée est problématique. Ce phénomène est d'autant amplifié qu'il s'avère maintenant laborieux de recruter ces professionnels, même dans les régions urbaines. Outre le fait que la ville possède un pouvoir d'attraction plus grand, les conditions salariales identiques dans l'ensemble des établissements du Québec (sauf dans les régions dites « isolées ») compliquent singulièrement le recrutement en région. Aussi, le travail en région exige souvent plus de polyvalence que dans les établissements des grands centres où plusieurs pharmaciens se spécialisent et sont affectés presque exclusivement à des secteurs particuliers (pharmacien en cancer, anticoagulothérapie, etc.). Comme dans le Bas-Saint-Laurent les services ou départements de pharmacie ne comptent habituellement que quelques pharmaciens, ceux-ci doivent pouvoir effectuer l'ensemble des tâches afin de couvrir les vacances et les absences prolongées. Par ailleurs, le fait que les équipes ne soient habituellement composées que de quelques pharmaciens entraîne, lors de la prise d'un congé prolongé, une pression supplémentaire sur les pharmaciens en service. Par exemple, lorsqu'une pharmacienne, membre d'une équipe de deux professionnels, s'absente pour un congé de maternité et que des difficultés surviennent pour le remplacement, c'est seulement 50% des effectifs, c'est-à-dire une personne, qui reste en poste.

¹ St-Cyr, Jean-Pierre. Profil sociosanitaire, population de la région du Bas-Saint-Laurent, 1998.

Il faut de plus voir le contexte de la pharmacie dans sa globalité. Depuis quelques années, une proportion importante de pharmaciens qui terminent leur maîtrise en pharmacie d'hôpital optent pour l'industrie pharmaceutique qui offre des conditions plus avantageuses. Enfin, les officines privées, non liées par des conventions, sont en mesure d'ajuster leurs conditions de travail afin d'attirer la main-d'œuvre.

Les inconvénients associés à la pratique en région éloignée

La pratique de la pharmacie en région éloignée constitue une opportunité professionnelle des plus intéressantes. Elle présente toutefois des inconvénients dont :

- L'éloignement des centres d'enseignement universitaire;
- L'accès plus difficile à des activités de formation et de perfectionnement professionnel;
- Des possibilités plus restreintes d'échanges et de discussions entre pharmaciens des autres établissements, considérant qu'en région éloignée les établissements de santé sont distants les uns des autres (environ 100 kilomètres dans le BSL);
- Des équipes de travail en nombre restreint, ce qui exerce une pression sur les pharmaciens en service lorsqu'un collègue prend un congé, particulièrement s'il est prolongé;
- Des horaires de travail et des périodes de garde qui ne rencontrent pas les dispositions prévues à l'entente définissant les conditions de travail, en raison du nombre réduit de pharmaciens par établissement.

Les problématiques de remplacement de courte durée

L'absence, à toutes fins utiles, d'effectifs de remplacement en pharmacie est source de nombreuses difficultés pour les départements et/ou services de pharmacie, les principales étant :

- La réduction des heures d'ouverture;
- La réduction des activités cliniques pour assurer les activités de distribution;
- L'étalement, hors de la période normale, de la prise de vacances;
- La participation limitée à des comités multi et interdisciplinaires;
- Le recours au temps supplémentaire;
- Les périodes de garde prolongées;
- Le travail sur plusieurs fins de semaine successives;
- Les opportunités limitées de participation à des activités de formation (séminaire, colloque, journée d'étude).

Pour minimiser ces difficultés, certains établissements ont parfois recours à des pharmaciens « dépanneurs ». Les inconvénients inhérents à cette solution de remplacement sont décrits au paragraphe suivant.

Les problématiques de remplacement de longue durée

Les établissements de la région réussissent difficilement à combler les postes permanents vacants dont ils disposent. Lorsqu'ils y parviennent, les délais pour les combler sont de 12 à 15 mois. Par conséquent, le remplacement d'absences de longue durée s'avère très problématique. Dans bien des cas, les départements ou services de pharmacie des établissements doivent faire appel à des pharmaciens « dépanneurs », souvent difficiles à trouver par ailleurs. Le recours à des services de pharmaciens « dépanneurs » constitue une solution qui, sans être totalement à rejeter, peut entraîner des inconvénients importants, particulièrement pour les petits centres puisque, dans bien des cas, ils auront à travailler seuls et non à se joindre à une équipe. Lorsque le pharmacien « dépanneur » se joint à une équipe, il s'occupe habituellement des tâches de distribution, ce qui ajoute de la pression sur les pharmaciens qui restent puisque ceux-ci doivent répondre à toutes les demandes des autres intervenants. Parfois, le pharmacien « dépanneur », peut-être parce qu'il se sent moins légitimé de le faire, intervient moins que les pharmaciens à l'emploi d'un établissement. On constate alors que le contrôle des procédures et des coûts peut être moins serré. De plus, les autres intervenants, tant assistants techniques, médecins qu'infirmières, feront souvent moins confiance au nouvel arrivant.

Les principales contraintes liées à l'embauche de pharmaciens « dépanneurs » sont les suivantes :

- Chaque période de remplacement peut être comblée par un pharmacien « dépanneur » différent, ce qui nécessite chaque fois une nouvelle période d'intégration;
- Expertise et compétence variables des pharmaciens « dépanneurs »;
- Méconnaissance, pour le pharmacien « dépanneur » de l'organisation du travail (protocoles et procédures) de l'établissement qui retient ses services;
- Investissement et engagement professionnels mitigés dans un contexte de remplacement sans lendemain;
- Coûts relatifs aux frais d'hébergement et de séjour souvent élevés;
- Ajout de pression sur le personnel de la pharmacie en place;
- Insécurité pour les autres intervenants de la santé en contact avec le service de pharmacie.

Malgré toutes ces contraintes, comme la présence d'un pharmacien est indispensable sur le plan clinique et légal, les établissements doivent parfois tout de même recourir à l'embauche d'un pharmacien dépanneur. En fait, si aucun pharmacien n'est présent, la seule autre option est de fermer les unités de soins de courte durée.

3. ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE EN PHARMACIE

De préparateur de médicaments qu'il était, le pharmacien a ensuite été distributeur pour maintenant agir en tant que clinicien. Cette évolution considérable de rôle a été confirmée en 1991 par l'adoption de modifications législatives créant les départements cliniques de pharmacie. Parmi les changements survenus au cours des dernières années, on note les suivants :

Changements démographiques

La population du Québec vieillit. Cependant, l'accroissement de la longévité ne semble pas toujours s'accompagner d'une diminution proportionnelle de la morbidité. Ces phénomènes exercent une pression sur la demande de soins de santé et de soins pharmaceutiques. Une augmentation importante du nombre d'ordonnances par patient est observée tant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire, particulièrement chez les personnes âgées.

Évolution de la pharmacothérapie

Les progrès de la science à ce chapitre sont nombreux et impressionnants. Il y a peu de temps encore, plusieurs individus étaient emportés par la tuberculose ou une pneumonie. Par exemple, la mise au point des antagonistes des récepteurs H-2 de l'histamine a pratiquement éliminé la chirurgie du tube digestif pour le traitement des ulcères gastriques ou duodénaux. Les greffes de plusieurs organes sont facilitées par le recours à la cyclosporine. La thrombolyse a révolutionné le traitement de l'infarctus du myocarde. Les mécanismes d'action des médicaments sont mieux connus, tout comme les modes de biotransformation. La pharmacocinétique, c'est-à-dire l'absorption et la distribution des médicaments dans le corps humain et son impact sur l'administration de ceux-ci, fait partie de la pratique quotidienne de la pharmacie, comme le sera bientôt la chronopharmacologie (impact et prise en compte du cycle circadien dans l'administration de médicaments). Cette évolution rapide des connaissances demande une constante mise à jour du travail du pharmacien afin qu'il soit en mesure d'offrir des soins pharmaceutiques adaptés à sa clientèle. Ces nouvelles tâches augmentent aussi l'implication du pharmacien dans l'atteinte des objectifs thérapeutiques fixés pour le patient.

Développements technologiques

Plusieurs milliers de données sont publiées chaque année sur la pharmacothérapie. Le recours à l'informatique facilite grandement l'analyse de tous ces renseignements. Des systèmes d'information sont utilisés pour la gestion du dossier-patient, l'organisation de la distribution des médicaments, la détection des interactions médicamenteuses, les calculs pharmacocinétiques, etc. Outre l'analyse de l'information, la technologie permet aussi son partage. Récemment, les modes de distribution ont aussi été influencés par les développements technologiques. Différents appareils (ATC-212, Automix, etc.) ont été mis sur le marché pour faciliter la distribution des médicaments en doses unitaires ou la reconstitution centralisée des médicaments parentéraux. Certains établissements ont ainsi grandement diminué le gaspillage de médicaments. Toutefois, l'implantation de ces systèmes demande du temps avant de porter fruit et peu d'établissements de la région possèdent un de ces appareils.

Il faudra explorer plus loin les possibilités qu'offrent les systèmes d'information, notamment pour soutenir le déploiement de réseaux de services intégrés qui implique le travail interdisciplinaire et la circulation de l'information. Cette nouvelle façon de travailler entraîne des contacts avec de nombreux partenaires, provenant parfois de secteurs variés et de différents établissements. Au cours des prochaines années, il deviendra de plus en plus urgent, afin d'assurer la continuité des services, de mettre en place les outils qui permettront le transfert d'information non seulement d'un département à un autre (exemple laboratoire et pharmacie), mais aussi d'un établissement à un autre et enfin d'un établissement vers une pharmacie privée.

Évolution des coûts

En 1997, et pour la première fois depuis que des données détaillées comparables sont compilées au Canada (1975), les dépenses liées aux médicaments constituaient la deuxième plus grosse catégorie des dépenses totales de santé, tout juste derrière les soins infirmiers, dépassant les dépenses liées aux services médicaux qui se sont classées troisième. Les ventes au détail des médicaments d'ordonnance et vendus sans ordonnance totalisaient 11,3 milliards de dollars en 1997, une augmentation de 9,8 % par rapport à 1996. La part des dépenses de santé attribuée aux médicaments est passée de 8,4 % à la fin des années soixante-dix à 14,5 % en 1997. On prévoit que les médicaments seront encore la deuxième plus grosse catégorie de dépenses en 1999 avec une part de 15,2 %. Cette évolution macroscopique des coûts se répercute dans les établissements de santé. Dans le Bas-Saint-Laurent, les établissements de santé ont vu leurs dépenses de médicaments augmenter de 9,3 % entre 1997-1998 et 1998-1999. L'augmentation des coûts est liée, bien sûr, à l'augmentation du nombre d'utilisateurs entraînée par le vieillissement de la population, mais surtout par l'augmentation du nombre d'ordonnances par personne liée en grande partie à la mise en marché de nouvelles molécules de plus en plus dispendieuses. Bien que certains médicaments onéreux soient jugés avantageux parce qu'ils réduisent les hospitalisations, les durées de séjour, les jours de travail perdus, etc., il faut exercer un contrôle rigoureux de leur utilisation pour qu'ils offrent leur plein potentiel d'efficacité.

Impact de la transformation du réseau

Au cours des dernières années, les établissements ont déployé d'importants efforts pour réduire la durée moyenne de séjour. Les lits sont maintenant occupés par des personnes nécessitant des soins – tant pharmaceutiques que médicaux – plus intenses et, à toutes fins utiles, jamais par des individus en attente d'un congé. La diminution de la durée de séjour permet une rotation plus rapide des lits, entraînant l'ouverture et l'analyse de nouveaux dossiers-patients à une fréquence plus rapide. Par ailleurs, le développement des services aux clientèles non admises commandé par le virage ambulatoire exige l'implication des pharmaciens dans plusieurs secteurs. Par exemple, la disponibilité de l'antibiothérapie à domicile permet d'écourter et même d'éviter des hospitalisations grâce à la participation de différents professionnels, dont les pharmaciens. L'évolution de la pratique auprès de ces clientèles se poursuit et de nombreux programmes voient le jour : anticoagulothérapie, cancer, insuffisance cardiaque, etc.

Évolution de la législation

La Loi sur la pharmacie stipule que toutes les ordonnances doivent être validées par un pharmacien. Il est illégal de servir des médicaments sans que le jugement professionnel du pharmacien, dont la présence est obligatoire, n'ait été exercé. En 1981, la Loi sur les services de santé et les services sociaux était amendée et les pharmaciens faisaient leur entrée aux Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). En 1991, on reconnaissait l'importance du rôle clinique du pharmacien en établissant les «départements cliniques de pharmacie».

4. SOINS PHARMACEUTIQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Le concept des soins pharmaceutiques a fait son apparition au début des années 1990. Les soins pharmaceutiques se définissent comme «l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative»². Cette définition exprime les différentes facettes de l'exercice de la pharmacie dans une perspective de résultats qui place le mieux-être du patient au centre des interventions du pharmacien. Ce dernier doit entre autres s'assurer que l'usager bénéficie d'une pharmacothérapie optimale, qu'il est en sécurité (monitorage des contre-indications et effets secondaires) et qu'il reçoit l'information nécessaire à la compréhension de son traitement. Le pharmacien doit aussi répondre aux besoins des autres intervenants de l'établissement (principalement les médecins) et de la communauté.

Les soins pharmaceutiques, que l'on définit en quatre niveaux, regroupent deux catégories d'activités : les activités cliniques directement orientées vers les usagers et les intervenants de même que les activités de support à l'atteinte des objectifs cliniques, qui sont de nature opérationnelle et administrative.

4.1 Les activités cliniques

Au cours des dernières années, l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) a publié différents guides de pratique afin d'actualiser le concept de soins pharmaceutiques en CH, CHSLD, CLSC ainsi qu'en ressources intermédiaires et de type familial^{3,4,5,6}.

Les programmes de soins pharmaceutiques actuellement en place au Québec sont de divers niveaux augmentant selon la nature des services offerts par l'établissement et l'implication des pharmaciens. Chaque département de pharmacie doit viser l'atteinte du niveau supérieur (IV); la planification des effectifs doit donc être faite en fonction de cet objectif. Les quatre niveaux de soins pharmaceutiques sont brièvement décrits ci-après.

² Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier. Ordre des pharmaciens du Québec, 1994.

³ Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier. Ordre des pharmaciens du Québec, 1994.

⁴ Guide des services pharmaceutiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée, Ordre des pharmaciens du Québec, 1993.

⁵ Guide des soins et services pharmaceutiques en centre local de services communautaire, Ordre des pharmaciens du Québec, 1994.

⁶ Guide des soins et services pharmaceutiques dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, Ordre des pharmaciens du Québec, 1997.

Niveau I : Révision des ordonnances

L'Ordre des pharmaciens considère que, pour la protection du public, ce niveau doit être atteint dans tous les établissements. Un tel fonctionnement implique que toutes les ordonnances émises soient révisées par un pharmacien, c'est-à-dire que les six activités suivantes soient effectuées :

- ouverture et mise à jour du dossier-patient;
- validation de l'ordonnance (prescripteur, protocole, etc.);
- validation pharmacologique de l'ordonnance (dosage, posologie, voie d'administration, durée de traitement, allergies, duplications, interactions, contre-indications, horaire d'administration);
- exécution de l'ordonnance (supervision du travail technique);
- vérification de l'ordonnance complétée;
- notification de l'intervention du pharmacien.

Niveau II : Monitoring sélectif de la pharmacothérapie

Une fois le premier niveau de soins atteint, on doit progresser vers un niveau de monitoring plus élevé et cibler les usagers qui répondent à des critères fixés par le service de pharmacie en fonction de pathologies particulières, de la médication reçue (ex. : plus de huit médicaments, médicament à faible index thérapeutique, etc.) ou de facteurs de risque déterminés (ex. : insuffisance rénale). Ce deuxième niveau comprend les activités suivantes :

- histoire pharmacothérapeutique;
- validation individualisée du régime pharmacothérapeutique (en fonction de l'histoire);
- monitoring pharmacocinétique (aminosides, antinéoplasiques, etc.);
- conseils au patient pour certaines clientèles (au départ du centre hospitalier, transmission d'information au pharmacien d'officine).

Niveau III : Monitoring intégral de la pharmacothérapie

L'atteinte de ce niveau permet de garantir à toute la clientèle, sans égard à l'âge ou la condition clinique, un monitoring pharmacothérapeutique de qualité. Les activités suivantes font partie de ce niveau de soins :

- révision régulière de la thérapie de tous les patients;
- conseils aux patients (tous les usagers).

Niveau IV : Monitoring décentralisé concomitant (soins pharmaceutiques proprement dits)

L'intégration du pharmacien aux équipes cliniques dans les unités de soins favorise une intervention proactive, l'identification précoce des problèmes pharmacothérapeutiques, le développement d'un plan d'action (détermination de l'objectif, choix des médicaments et de la durée du traitement), le monitoring de l'atteinte des objectifs et la formulation de recommandations à l'équipe traitante.

4.2 Les activités de support

Le Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier définit les activités de support que les pharmaciens doivent assurer. Le pharmacien chef, en collaboration avec les professionnels de l'établissement, verra à s'assurer que ces activités sont effectuées régulièrement. Ces activités sont regroupées en cinq catégories : les activités de distribution des médicaments, de planification et organisation de mesures visant l'utilisation optimale des médicaments, de définition de mécanismes d'assurance de la qualité, de planification et gestion des ressources humaines, matérielles et financières et l'organisation des tâches à déléguer.

4.2.1 Programme de distribution des médicaments

Il importe que le système de distribution garantisse que l'on administre le bon médicament à la bonne personne, à la bonne dose, au bon moment et de la bonne façon. Le programme de distribution comprend notamment les éléments suivants :

- distribution de la médication orale et parentérale (prendre en compte les besoins du personnel infirmier);
- fabrication (magistrale et en vrac) et reconditionnement;
- mise en disponibilité des médicaments en situation d'urgence et au commun;
- distribution dans les unités spécialisées (ex : hémodialyse, médecine nucléaire, etc.);
- organisation des services aux usagers externes;
- garde pharmaceutique;
- recherche évaluative (ex : revue d'utilisation de médicaments).

4.2.2 Planification et organisation de mesures visant l'utilisation optimale des médicaments

Cette catégorie comprend diverses activités dont les suivantes :

- rédaction et révision des politiques et procédures (préparation, distribution, administration et utilisation des médicaments);
- rédaction et révision du formulaire thérapeutique;
- rédaction et révision des modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances;
- rédaction et révision des règles d'utilisation des médicaments et des protocoles;
- participation à différents comités, à la formation continue et à l'enseignement.

4.2.3 Définition des mécanismes d'assurance de la qualité

Les activités que doit accomplir le pharmacien à cet égard favorisent l'usage optimal, sûr et efficace des médicaments. On retrouve à ce chapitre :

- évaluation des actes pharmaceutiques (sous la responsabilité du CMDP et en conformité avec les recommandations des corporations professionnelles concernées);
- évaluation de la qualité des services et de la gestion des risques de l'établissement (mesures de réduction des risques);
- détection et rapport d'accident;
- définition d'un programme de pharmacovigilance (principalement Effets Indésirables liés aux Médicaments ou EIM);
- définition et participation aux revues d'utilisation de médicaments (Revue d'Utilisation des Médicaments ou RUM).

4.2.4 Planification et gestion des ressources humaines, matérielles et financières

Les activités regroupées ici sont communes à différents gestionnaires du réseau et comprennent :

- définition de la mission du département;
- réalisation de la planification annuelle;
- gestion du budget (en accord avec les normes du MSSS);
- préparation de rapports statistiques;
- préparation du rapport annuel;
- application des contrôles légaux (stupéfiants, etc.);
- planification et gestion des ressources humaines;
- gestion des ressources matérielles et financières (approvisionnement, inventaire, etc.).

4.2.5 Tâches à déléguer

L'utilisation judicieuse des ressources professionnelles en pharmacie pose, comme prémisses, la disponibilité de personnel technique qualifié à qui l'on pourra déléguer les tâches décrites ci-après. En l'absence de ce personnel, certaines tâches seront assumées par des pharmaciens, ce qui contribue à la mauvaise utilisation des ressources professionnelles. Or, les compressions survenues au cours des dernières années dans les établissements ont parfois conduit à la réduction de personnel dans ces secteurs d'activités. On sait aussi que la modernisation de certains processus, notamment au niveau de la gestion des inventaires et ordonnances de même que la distribution des médicaments permet d'alléger les tâches tout en réduisant les erreurs. Par exemple, le recours à un appareil de conditionnement unitaire favorise la délégation de la vérification contenant-contenu en toute sécurité. Le temps professionnel ainsi dégagé permet d'investir davantage dans les tâches cliniques, c'est-à-dire celles qui ont un impact direct sur la qualité des services. Dans son rapport sur l'étude du fonctionnement du département de pharmacie du CHRR de 1997, des consultants recommandaient d'augmenter la proportion des activités cliniques des pharmaciens estimées à un tiers de leur temps, par l'informatisation du processus de validation des ordonnances, la mise à jour des descriptions de tâche et des processus de délégation vers les assistants techniques de même que par la révision de l'organisation du travail. Pour permettre cette réingénierie, les consultants proposaient entre autres de moderniser les services pharmaceutiques de support et d'investir dans le rehaussement des outils informatiques et réseautiques (activation d'interfaces permettant aux systèmes informatiques de l'établissement de communiquer entre eux, introduction de codes à barres, etc.) de même que dans l'automatisation⁷. De telles conclusions peuvent sans doute s'appliquer à d'autres établissements de la région.

Les paragraphes qui suivent présentent quelques-unes des tâches qui auraient avantage à être effectuées par des assistants techniques, secrétaires ou techniciens en administration.

⁷ Étude sur le fonctionnement du département de pharmacie du CHRR, CGO, novembre 1997.

Assistant technique

- préparation des ordonnances validées pour la distribution;
- distribution des médicaments;
- conception et impression d'étiquettes informatisées en vrac;
- vérification contenant/contenu;
- réponse à certaines demandes d'information concernant la distribution;
- préparation des feuilles de contrôle des narcotiques;
- préparations stériles;
- préparation des horaires des assistants techniques et autres personnels de soutien (technicien en administration ou assistant technique);
- achats en fonction des prix négociés et gestion des retours de médicaments.

Secrétaire

- dactylographie et mise en forme de documents;
- photocopies.

Technicien ou commis en administration

- compilation et préparation de rapports statistiques;
- préparation des horaires des assistants techniques et autres personnels de soutien (technicien en administration ou assistant technique).

5. IMPACT DE LA CONTRIBUTION DES PHARMACIENS À LA QUALITÉ DES SERVICES

Entre juillet 1999 et juillet 2000, on estime que le nombre d'ordonnances a augmenté au Québec d'environ 8%, ce qui représente la plus grande augmentation au Canada. Le vieillissement de la population, mais surtout l'augmentation du nombre d'ordonnances par personne (notamment liée à l'arrivée de nouveaux traitements) expliquent en grande partie cette majoration. Ce phénomène entraîne forcément un accroissement du risque et des coûts liés à l'utilisation des médicaments. Par exemple, plusieurs auteurs ont conclu à l'existence d'un lien entre une mauvaise utilisation de la pharmacopée et l'hospitalisation. Une étude menée au Québec⁸ a démontré qu'un effet médicamenteux indésirable (effet secondaire, surconsommation, sous-consommation, interaction médicamenteuse, etc.) avait contribué à 15,1% des hospitalisations de personnes âgées admises par la clinique d'urgence. D'autres études estiment quant à elles que les médicaments provoqueraient entre le quart et le tiers des hospitalisations non électives chez les personnes âgées^{9,10}. Jonhson et Bootman¹¹ ont construit un modèle théorique visant à mesurer les coûts de la morbidité et de la mortalité associées à une mauvaise utilisation des médicaments. Dans cette étude, on estime à plus de 76,6 milliards de dollars par année les coûts associés à une utilisation non optimale des médicaments chez les patients vivant à domicile, aux États-Unis seulement.

La contribution des différents professionnels de la santé, plus particulièrement celle des pharmaciens, est déterminante dans la gestion de ces problèmes. Divers auteurs ont évalué positivement l'impact de la disponibilité de services cliniques en pharmacie sur différents paramètres dont les coûts liés à l'utilisation de certains antibiotiques¹² ou de la nutrition parentérale¹³, la prescription de médicaments dans les unités de soins¹⁴, l'incidence d'effets indésirables¹⁵, les réadmissions hospitalières liées à l'anticoagulothérapie¹⁶, la diminution des

⁸ Grenier-Gosselin, L. Santé Communautaire, médicaments: motif important d'hospitalisation des personnes âgées (1^{re} partie). Québec Pharmacie 1991; 38:57-8.

⁹ Grymonpre RE et al. *Drug-associated hospital admissions in older medical patients*. J AM Geriatric Soc. 1998;36(12):1092-1098.

¹⁰ Col N et al. *The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly*. Arch Intern Med 1990;150(4):841-845.

¹¹ Johnson JA, Bootman JL. *Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model*. Archives of Internal Medicine. 1995;155(18):1949-56.

¹² Abramowitz PA. et al. *Use of clinical pharmacists to reduce cefamandole, cefoxitin, and ticarcillin costs*. Am J Hosp Pharm 1982;39:1176-80.

¹³ Mutchie KD et al. *Pharmacists' monitoring of parenteral nutrition: clinical and cost effectiveness*. Am J Hosp Pharm 1979;36:785-787.

¹⁴ Herfindal ET et al. *Effect of clinical pharmacy services on prescribing on an orthopedic unit*. Am J Hosp Pharm 1983;40:1945-51.

¹⁵ McKenney JM et al. *Effect of advanced pharmaceutical services on the incidence of adverse drug reactions*. Am J Hosp Pharm 1979;36:1691-1697.

¹⁶ Lee, YP, Schommer JC. *Effect of a pharmacist-managed anticoagulation clinic on warfarin-related hospital readmissions*. Am J Health-Syst Pharm. 1996;53:1580-1583.

journées d'hospitalisation¹⁷, la diminution des coûts en médicaments et l'amélioration de la qualité des soins^{18,19,20}.

Dans une étude récente, des chercheurs ont tenté d'établir un lien entre la disponibilité de services cliniques en pharmacie et le taux de mortalité hospitalière²¹. Les auteurs de cette étude ont développé un modèle à partir des données obtenues de 1029 centres hospitaliers américains pour lesquels on a mis en relation la disponibilité de 14 services cliniques en pharmacie et le taux de mortalité hospitalière. La comparaison des données de 1989 et 1992 au regard des activités dans ces hôpitaux montre une nette progression des activités d'histoire médicamenteuse (50%), de consultation auprès des autres professionnels (50%), de la gestion de protocoles d'administration de médicaments (48%) et du monitoring des effets indésirables (47,8%). Les quatre services les plus performants au chapitre de la réduction du nombre de décès sont la participation de pharmaciens à la recherche clinique (11,63 décès de moins par 1000 admissions), l'histoire médicamenteuse à l'admission (8,6 décès de moins par 1000 admissions), les services de consultation clinique auprès des autres professionnels (3,9 décès de moins par 1000 admissions) et la participation de pharmaciens à l'équipe de réanimation cardio-respiratoire (2,1 décès de moins par 1000 admissions). À titre indicatif, selon le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 1997-1998 (Rapport Lilly), des histoires médicamenteuses sont réalisées dans seulement 18% des établissements de 100 à 200 lits. Enfin, une autre étude publiée par Bond et al. montre que le taux de mortalité hospitalière diminue avec l'augmentation des effectifs dans les secteurs suivants : résidents en médecine, infirmières, pharmaciens, technologues médicaux et ensemble du personnel de l'hôpital.²²

¹⁷ Gray DR, Baraedian-Ruffalo SM, Chretien SD. *Cost-justification of a clinical pharmacist-managed anticoagulation clinic*. Drug Intel Clin Pharma 1985;19 :575-580.

¹⁸ Lobas NH, Lepinski PW, Abramowitz PW. *Effects of pharmaceutical care on medication cost and quality of patient care in a ambulatory care clinic*. Am J Hosp Pharm 1992;49 :1681-1688.

¹⁹ Mason JD, Colley CA. *Effectiveness of an ambulatory care clinical pharmacist : a controlled trial*. DICP Ann Pharmacother 1993;27 :555-559.

²⁰ Hatoum MT, Witte KW, Mutchison RA. *Patient care contributions of clinical pharmacists in four ambulatory care clinics*. Hospital Pharmacy 1992;27 :203-206, 208-209.

²¹ Bond, C.A et al. *Clinical Pharmacy Services and Hospital Mortality Rates*. Pharmacotherapy 1999;19(5) : 556-564.

²² Bond CA et al. *Health Care Professional Staffing, Hospital Characteristics, and Hospital Mortality Rates*. Pharmacotherapy 1999;19(2) :130-138.

6. SITUATION DES EFFECTIFS PHARMACEUTIQUES AU CANADA ET AU QUÉBEC

Le tableau suivant dresse un portrait des effectifs à partir des données recueillies par le biais du sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 1997-1998, mieux connu sous le nom de Rapport Lilly²³. Les résultats sont présentés en ordre décroissant d'effectifs professionnels en pharmacie par rapport au nombre de lits.

TABEAU 1 COMPOSITION MOYENNE DES EFFECTIFS PAR CENTRE HOSPITALIER, SELON LA RÉGION DU CANADA, 1997-1998

	Pharmaciens ETP	Pharmaciens Chefs* ETP	Assistants techniques ETP	Personnel de soutien ETP	Nombre moyen de lits	Ratio pharmacien/lit (excluant chef)
Ontario	15,2	2,0	17,0	2,9	361	1 pharm/23,8 lits
Saskatchewan	18,4	2,3	16,9	1,9	456	1 pharm/24,8 lits
Manitoba	15,1	2,0	11,1	2,6	378	1 pharm/25,0 lits
Nouvelle-Écosse	11,0	1,8	9,7	1,6	287	1 pharm/26,1 lits
Alberta	20,4	3,4	19,4	6,1	561	1 pharm/27,5 lits
Terre-Neuve	15,8	2,0	13,7	2,7	623	1 pharm/39,4 lits
Colombie-Britannique	10,8	3,2	11,9	1,0	447	1 pharm/41,4 lits
Québec	9,0	1,0	9,7	2,1	377	1 pharm/41,9 lits
N.-Brunswick et Ile-du-P.-Édouard	7,3	1,3	9,2	1,8	329	1 pharm/45,1 lits
Canada	12,1	1,7	12,5	2,4	390	1 pharm/32,2 lits

* Pharmaciens occupant des fonctions de coordination et de gestion
Adapté de Long, 1999.

²³ Long S. *Ressources humaines*. Can J Hosp Pharm 1999; Supp 52(1S) : S25-S229.

À la lecture du tableau 1, on constate un écart de dix entre le nombre moyen de lits par pharmacien au Québec et le nombre moyen de lits par pharmacien pour l'ensemble du Canada. En fait, la moyenne canadienne avoisine les normes publiées par l'Ordre des pharmaciens du Québec alors que le Québec accuse un retard équivalent à dix lits par pharmacien, ce qui le classe à l'avant dernier rang des provinces canadiennes. Cette enquête montre par ailleurs qu'en moyenne, les pharmaciens d'établissement de soins de courte durée ont dispensé 0,57 heure de travail clinique par jour-patient et 0,44 intervention clinique pour chaque patient admis (données non présentées). On constate aussi que, pour le Québec tout comme pour l'ensemble du Canada, le ratio formé du nombre moyen de pharmaciens/nombre moyen d'assistants techniques par établissement est près de un, ce qui correspond à la norme de l'Ordre des pharmaciens.

Au Québec

En 1999, on comptait 5858 pharmaciens au Québec, dont 1134 à l'emploi des établissements du réseau public. Chaque année, 225 nouveaux pharmaciens obtiennent leur diplôme, 45 s'orientent en pharmacie d'hôpital et environ 80 quittent la profession.

En établissement de santé, une large majorité des effectifs sont des femmes. Les effectifs en place dans le réseau sont jeunes : moins de 5% ont plus de 55 ans. Chaque année, 38 pharmaciens obtiennent leur maîtrise en pharmacie d'hôpital de l'une des deux universités québécoises offrant le programme. De ce nombre, une proportion plus ou moins grande de finissants intègrent le réseau de la santé. Actuellement, plus de 90 postes de pharmaciens sont vacants dans l'ensemble du Québec.²⁴ Si le nombre annuel de nouveaux diplômés demeure stable alors que les services médicaux continuent de s'intensifier, la pénurie risque de s'accroître. Le scénario établi par le Ministère à ce chapitre prévoit un déficit de 792 pharmaciens en l'an 2015, et ce, sans tenir compte de l'augmentation des besoins ni des normes de l'Ordre des pharmaciens. Lorsque l'on tient compte de ces deux paramètres, c'est-à-dire une augmentation des services médicaux de 0,94% par année et du rattrapage en fonction des normes, on arrive plutôt à un déficit de 1259 pharmaciens en l'an 2015. Enfin, lorsque le calcul est effectué avec une augmentation des besoins de 3% correspondant à l'augmentation des heures travaillées facturées (régulières et supplémentaires, estimation considérée conservatrice), on obtient un déficit anticipé de 2058 pharmaciens en 2015.

Différents scénarios de planification de main-d'œuvre sont actuellement en élaboration au MSSS. Ces scénarios se basent sur diverses hypothèses qui prennent en compte le comportement en matière de cessation d'emploi, la situation actuelle de pénurie d'effectifs professionnels, l'augmentation des besoins et le développement des services. Les calculs de développement effectués par le MSSS sont faits à partir des normes de pratique établies par l'Ordre des pharmaciens du Québec, lesquelles normes sont utilisées aux fins des calculs présentés plus bas. Le rapport final du plan de main-d'œuvre en pharmacie devrait être disponible à l'automne 2000.

²⁴ Denis Gagnon, DGPMO, MSSS.

7. MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE CALCUL DES EFFECTIFS

Il n'existe pas de méthodologie standard pour le calcul régional des effectifs professionnels nécessaires au fonctionnement adéquat des services en pharmacie d'établissement. D'ailleurs, il n'a pas été possible de consulter d'autres plans régionaux d'effectifs à ce chapitre puisque ce plan d'effectifs constitue une première au Québec.

Les calculs présentés ci-après se basent sur les normes établies par l'Ordre des pharmaciens du Québec, des indicateurs développés à partir du système canadien de mesure de la charge de travail des pharmacies d'hôpital et des adaptations utilisées par la Régie régionale de Chaudière-Appalaches dans son rapport d'experts sur la pharmacie. Les calculs sont essentiellement effectués à partir du nombre de lits desservis par l'établissement. Cette façon de faire ne prend pas en compte tous les différents niveaux de soins ni l'intensité des services requis par la clientèle, bien que des variations existent à cet égard. Comme les normes disponibles excluent les services destinés aux clientèles externes et considérant que l'esprit du virage ambulatoire demande que le pharmacien œuvre aussi dans ce secteur (antibiothérapie parentérale ambulatoire, clinique de cancer, etc.), une collecte de données a été effectuée auprès des établissements de la région pour mesurer l'impact de ce travail dans la tâche des pharmaciens.

Enfin, dans tous les cas, les pharmaciens doivent pouvoir compter sur un personnel technique qualifié en nombre suffisant sans quoi ils seront amenés à remplir des tâches techniques. De façon générale, un rapport pharmacien/assistant technique de un pour un est considéré nécessaire, tout comme le suggère le Guide de pratique de l'Ordre des pharmaciens²⁵.

7.1 Les centres hospitaliers de soins de courte durée

7.1.1 La clientèle admise

Dans leur planification d'effectifs, certains chefs de département de pharmacie ont tenté d'utiliser le système canadien de mesure de la charge de travail des pharmacies d'hôpital (SCMCTPH). Toutefois, malgré divers ajustements, le système semble s'avérer peu convivial, ce qui en limite l'utilisation. De ce fait, les normes utilisées ici sont plutôt celles proposées par l'Ordre des pharmaciens. Dans son guide de pratique, l'Ordre des pharmaciens suggère les normes suivantes :

Pharmaciens en service

- un pharmacien par 30 lits de soins aigus;
- un pharmacien par 15 lits de soins surspécialisés²⁶.

²⁵ Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier. Ordre des pharmaciens du Québec, 1994.

²⁶ Aucune définition explicite n'est apportée dans le document quant aux lits surspécialisés. Après vérification auprès de l'Ordre des pharmaciens, on considérera ici les lits de soins intensifs, soins coronariens et de néonatalogie.

Par ailleurs, avec la diminution des durées de séjour et l'intensification des services ambulatoires offerts par les établissements, ces normes sont de plus en plus remises en question. Ne devrait-on pas plutôt considérer le nombre d'ordonnances traitées? La complexité des services offerts? Quelle norme s'appliquera aux services ambulatoires? Comment prendre en compte de façon réaliste les activités d'enseignement au patient?

Ces normes excluent, en outre, les tâches administratives dont celles du pharmacien-chef. Dans son rapport final, le comité d'experts sur la pharmacie de la région Chaudière-Appalaches²⁷ utilise les normes suivantes pour estimer le temps nécessaire à l'accomplissement des tâches du chef du département, extrapolées à partir du système canadien de mesure de la charge de travail des pharmacies d'hôpital, lesquelles seront retenues aux fins de calcul :

Pharmacien-chef en soins de courte durée

▷ ≤ 99 lits	= 14 heures-pharmacien/semaine	= 0,4 ETP pharmacien
▷ 100-140 lits	= 21 heures-pharmacien/semaine	= 0,6 ETP pharmacien
▷ 141-180 lits	= 28 heures-pharmacien/semaine	= 0,8 ETP pharmacien
▷ ≥181 lits	= 35 heures-pharmacien/semaine	= 1 ETP pharmacien

7.1.2 La clientèle non admise (ambulatoire)

En l'absence de norme établie pour cette clientèle et devant l'importance grandissante du temps consacré aux activités dans ce secteur, une collecte de données a été effectuée auprès de tous les pharmaciens des établissements de soins de courte durée de la région. Le questionnaire présenté à l'annexe I a été prétesté auprès des pharmaciens et sa version corrigée a été distribuée par le biais des chefs de département à tous les pharmaciens appelés à travailler auprès des clientèles non admises. Le répondant devait inscrire la date de son intervention, le programme-clientèle, le type d'activité et le temps consacré à chacun des patients non admis pour lesquels il effectuait du travail. La période de collecte de données s'est déroulée en deux vagues sur six semaines (21 février au 19 mars 2000 et 15 au 28 mai 2000). Les pharmaciens des six établissements suivants ont participé à la collecte de données : Centre hospitalier de Matane, Centre hospitalier d'Amqui, Centre hospitalier régional de Rimouski, Hôpital de Notre-Dame-du-Lac, Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup et Centre hospitalier Notre-Dame-de-Fatima.

7.2 Les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

La pratique en CHSLD a considérablement évolué au cours des dernières années. Si autrefois la majorité des soins visaient le maintien de l'état de santé des résidents, de plus en plus de centres d'hébergement offrent maintenant des soins de complexité plus grande. En fait, il y a quelques années à peine, lorsqu'un patient présentait un tableau clinique détérioré, on transférait cet individu en centre hospitalier pour lui offrir les traitements appropriés. Ce mode de fonctionnement est plus rare puisque l'on traite des conditions aiguës de plus en plus

²⁷ Cauchon, François. Plan de modernisation, rapport final du comité des experts sur la pharmacie. RRSSS Chaudière-Appalaches, 1998.

fréquemment en centre d'hébergement. En outre, l'instabilité souvent observée au chapitre des effectifs médicaux dans ce type d'établissement exerce une pression sur le service de pharmacie qui doit composer avec l'horaire variable des médecins qui visitent leurs patients et leur prescrivent des traitements, en plus de ne pas connaître parfaitement le formulaire des médicaments de même que les procédures en vigueur.

La norme fixée par l'Ordre des pharmaciens pour ce milieu de pratique est d'un pharmacien par 60 à 100 lits. Dans le présent document, la norme minimale suivante est appliquée :

Pharmaciens en service

▸ un pharmacien par 100 lits de soins de longue durée.

Il est à noter que le Comité d'experts sur la pharmacie de la région Chaudière-Appalaches suggère des normes différentes selon le système de distribution. Par exemple, un système d'emballage informatisé avec cartes alvéolées demande 0,11 heure-pharmacien par semaine par client hébergé alors qu'un système unidose automatisé (ex. : ATC-212) fonctionne adéquatement avec 0,06 heure-pharmacien par semaine par client hébergé. Ce même groupe d'experts considère que pour les CHSLD regroupant 600 lits et moins, 14 heures par semaine sont nécessaires à l'accomplissement des tâches administratives, ce qui servira ici de base de calcul.

Pharmacien-chef en soins de longue durée

▸ 14 heures par semaine = 0,4 ETP pharmacien.

7.3 Les Centres locaux de services communautaires (CLSC)

Bien qu'il existe un Guide de pratique pour les CLSC et un autre pour les services offerts en ressource de type familial ou intermédiaire, aucune norme précise n'est présentée puisque ces soins et services peuvent être rendus soit par des pharmaciens d'établissement ou des pharmaciens œuvrant en milieu communautaire. Une différence notable existe par ailleurs lorsque le CLSC opère un service d'urgence comptant des lits d'observation : les besoins en services pharmaceutiques y sont, bien sûr, plus élevés. Le CLSC Haute-Ville, le seul au Québec à compter à son emploi un pharmacien et qui ne dessert pas de service d'urgence, utilise un ratio 0,24 heure-pharmacien par semaine/1000 habitants. Cette norme, reprise par des experts dans le cadre du plan de modernisation de la région Chaudière-Appalaches, sera retenue aux fins de nos calculs.²⁸

Pharmaciens en service

▸ 0,24 heure-pharmacien par semaine/1000 habitants.

²⁸ Cauchon, François. Plan de modernisation, rapport final du comité des experts sur la pharmacie. RRSSS Chaudière-Appalaches, 1998.

8. ANALYSE DES BESOINS D'EFFECTIFS PROFESSIONNELS EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT

8.1 Portrait régional actuel des effectifs en pharmacie d'établissement

La composition actuelle des effectifs régionaux en pharmacie d'établissement présente les caractéristiques suivantes : 70% sont des femmes et la majorité d'entre elles sont jeunes. À la lecture du tableau 2, on constate que près de 64% ont entre 25 et 39 ans et sont donc susceptibles de s'absenter pour un congé de maternité, ce qui crée une pression accrue sur les besoins de remplacement pour ce type d'absence. Par ailleurs, l'âge moyen des pharmaciens à l'emploi des établissements de la région laisse entrevoir peu de départs à la retraite au cours des prochaines années.

TABLEAU 2 PORTRAIT RÉGIONAL DES EFFECTIFS PROFESSIONNELS EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT

Effectifs	25-39 ans		40-49 ans		50 et plus		Total
	F	H	F	H	F	H	
Nombre de pharmaciens en ETP*	12,4	4	6,1	2,5	1	2	28 ETP

*ETP = 35 heures/semaine

Toutefois, bien que l'on puisse théoriquement compter sur les services de 28 pharmaciens, le tableau 3 démontre que dans les faits, il en est autrement. En effet, comme les absences et congés ne sont habituellement pas remplacés et que la période durant laquelle les postes demeurent vacants est souvent longue à cause de la difficulté à recruter, on ne peut compter sur les services de ces 28 pharmaciens sur une base permanente. En 1998-1999, on observait un écart de près de 15% entre les heures facturées et les heures autorisées puisque l'on a rétribué l'équivalent de 24 pharmaciens ETP, c'est-à-dire **4 pharmaciens de moins que les postes autorisés**. De toute évidence, cette situation crée une pression sur les effectifs en place, pression sous-estimée si l'on ne se fie qu'au nombre de postes autorisés.

TABLEAU 3 HEURES FACTURÉES PAR LES PHARMACIENS EN ETP, ENSEMBLE DE LA RÉGION, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999

Heures facturées	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Total régional des heures facturées par des pharmaciens en ETP	26,6	25,5	23,9

Source : Fichier R22, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999.

Traitement statistique : RR-01, Infocentre du BSL, Christine Deschênes, Août 2000.

8.2 Besoins en fonction des normes

8.2.1 Centres hospitaliers de soins de courte durée

8.2.1.1 La clientèle admise

Le tableau 4 présente les effectifs requis en fonction des normes de l'Ordre des pharmaciens pour assurer les services auprès des patients admis dans des établissements de soins de courte durée exclusivement. Des calculs distincts sont présentés plus loin pour évaluer le nombre de pharmaciens nécessaires à la dispensation de services pharmaceutiques aux clientèles admises en établissement de soins de longue durée, bien que dans plusieurs cas, un même département assume les deux fonctions. Les calculs sont établis en fonction du nombre de lits au permis de l'établissement.

TABEAU 4 BESOINS EN EFFECTIFS PHARMACIENS SELON LES NORMES EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE COURTE DURÉE, EXCLUANT LES SERVICES AMBULATOIRES

Établissement	Nombre de lits au permis		Chef	Effectifs requis ETP (incluant chef)
	Lits courte durée (1 pharm/30 lits)	Lits surspécialisés ²⁹ (1 pharm/15 lits)		
Les Centre hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée de Matane (Centre hospitalier de Matane)	41	4	0,4	2,0
Centre hospitalier d'Amqui	37	3	0,4	1,8
Centre hospitalier régional de Rimouski	198	17	1	8,7
Réseau Santé Kamouraska (Centre Notre-Dame-de-Fatima)	45	4	0,4	2,2
Les Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup (CHH de Rivière-du-Loup)	139	6	0,8	5,8
Réseau de santé du Témiscouta (Hôpital Notre-Dame-du-Lac)	32	3	0,4	1,7
TOTAL POUR LA RÉGION	492	37	3,4	22,2 ETP

²⁹ Lits situés dans les unités de soins suivantes : néonatalogie, soins intensifs, soins coronariens.

8.2.1.2 La clientèle non admise (ambulatoire)

Depuis quelques années, on observe une augmentation des interventions faites par les pharmaciens d'établissement auprès de patients non hospitalisés. Le virage ambulatoire a accéléré le développement de services tels l'antibiothérapie à domicile, les cliniques d'anticoagulothérapie, de diabète, etc. Ces services sont assurés par les pharmaciens de l'établissement, bien que la clientèle n'y soit pas admise. En fait, l'implication des pharmaciens varie selon l'existence ou non de programmes, le contenu de ceux-ci et le rôle que les pharmaciens arrivent à y jouer en fonction de leur disponibilité. Comme dans bien des cas ces programmes visent à écourter ou éviter des hospitalisations, on doit offrir des niveaux de soins qui permettent d'atteindre ces résultats.

En l'absence de norme établie pour la clientèle non admise et devant l'importance grandissante du temps consacré aux activités dans ce secteur, une collecte de données a été effectuée auprès de tous les pharmaciens des établissements de soins de courte durée de la région. Toutefois, comme ce document ne prend assise que sur des normes reconnues, les résultats suivants ne seront pas pris en compte dans l'estimation des effectifs, mais sont tout de même présentés afin d'avoir un portrait plus juste de l'ensemble des activités des pharmaciens.

Le tableau 5 dresse le portrait des différents programmes-clientèles offerts dans chacun des établissements. On y retrouve le temps moyen d'intervention par visite-patient dans chacun des établissements et pour l'ensemble de la région. On observe des variations considérables entre les programmes offerts par les établissements et dans le temps moyen consacré à chacune des clientèles. Dans certains cas, cette situation est liée à l'organisation du travail. Par exemple, il est possible que des établissements reçoivent des clientèles en groupe alors que d'autres les voient de façon individuelle. Il est aussi possible que cet écart témoigne de niveaux de soins pharmaceutiques différents selon le temps professionnel disponible. Le seul programme-clientèle où des individus ont été vus dans chacun des établissements pendant la collecte de données est celui destiné aux patients atteints de cancer. Par ailleurs, lorsque aucune donnée n'apparaît pour un établissement, il ne faut pas systématiquement conclure à l'inexistence de ce programme; il se peut tout simplement qu'aucun patient de ce programme-clientèle n'ait été vu au cours de la période de collecte de données.

TABLEAU 5 TEMPS MOYEN (MINUTES) PAR INTERVENTION-PATIENT AUPRÈS DES CLIENTÈLES DES DIFFÉRENTS PROGRAMMES, PAR ÉTABLISSEMENT ET POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

PROGRAMME	Temps moyen par établissement (minutes)						BAS-SAINT-LAURENT
	Matane	Amqui	CHRR	La Pocatière	CHHRDL	N.-D.-du-Lac	
Chimio-onco	23,18	17,28	125,22	24,38	19,17	24,38	43,60
Post-Infarctus	25,00	-	-	-	50,42	35,00	45,31
Diabète	38,64	-	-	-	36,00	-	38,29
Soins palliatifs	30,00	-	-	-	45,00	-	37,50
Clinique externe	-	-	-	-	62,50	20,00	41,25
Immunologie	26,67	-	-	-	-	-	26,67
Médecine de jour	15,00	5,00	18,00	17,50	-	32,83	22,18
Anticoagulothérapie	14,12	10,00	17,88	45,00	33,57	45,00	19,16
Antibio. à domicile	-	21,79	26,00	-	21,75	-	23,30
Asthme	-	-	-	22,50	-	-	22,50
Arthrite	10,00	8,82	-	-	-	23,75	10,38
Urgence	14,00	-	7,82	11,61	6,93	5,29	7,34
Hébergement temp.	-	6,67	-	-	-	-	6,67
Pédiatrie externe	-	-	5,00	-	3,33	-	3,75

Le tableau 6 présente les interventions effectuées auprès des clientèles de différents programmes dans l'ensemble des établissements pendant les six semaines de la collecte de données, de même que leur durée. Il faut noter que, comme présenté au tableau 5, tous les établissements n'offrent pas des services dans chacun des secteurs représentés ici. Ces données peuvent toutefois éclairer les pharmaciens et les gestionnaires qui songent à offrir certains services dans leur établissement.

TABEAU 6 NOMBRE ET DURÉE MOYENNE DES INTERVENTIONS PAR PROGRAMME CLIENTÈLE, ENSEMBLE DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DURÉE

Programme – Clientèle	Interventions		Durée moyenne/ intervention (minutes)	Temps total consacré à cette clientèle	
	Nombre	Pourcentage		Heure	Pourcentage
Urgence	488	(46,2)	7,3	59,7	(15,5)
Cancer (chimio-oncologie)	314	(29,7)	43,6	226,7	(58,7)
Antibiothérapie ambulatoire	69	(6,5)	23,3	26,8	(6,9)
Clinique d'anticoagulothérapie	51	(4,8)	19,2	16,3	(4,2)
Arthrite	39	(3,7)	10,4	6,8	(1,8)
Clinique de diabète	38	(3,6)	38,3	24,3	(6,3)
Médecine de jour (autre que déjà mentionné)	17	(1,6)	22,2	6,3	(1,6)
Coronariens (post-infarctus)	16	(1,5)	45,3	12,1	(3,1)
Autres ³⁰	20	(1,9)	23,1	7,4	(1,9)
TOTAL	1056³¹		25,8	386,4	

Comme en témoigne le tableau 6, les interventions les plus nombreuses pour une clientèle donnée sont aussi les plus courtes. On constate que le plus grand volume d'interventions est généré à l'urgence (46% des interventions), mais que ces interventions ne correspondent qu'à 15,5% du temps total consacré aux patients non admis. En fait, c'est aux patients atteints de cancer que les pharmaciens consacrent le plus de temps (58,7%), c'est-à-dire 1,1 ETP. Ce tableau permet aussi de constater que plus de 1,84 ETP pharmaciens ont offert des services à des clients non admis pendant la collecte de données. Enfin, des données complémentaires non présentées montrent que 38% des interventions prennent cinq minutes ou moins et que 60% des interventions prennent dix minutes ou plus.

³⁰ Des activités ont été effectuées auprès des clientèles suivantes moins de dix fois : immunologie, hébergement temporaire, soins palliatifs, clinique externe, clinique pédiatrique externe, asthme.

³¹ Incluant 4 interventions non catégorisées.

Dans le questionnaire, on demandait aux pharmaciens d'identifier plus en détail chacune des activités effectuées lors d'une visite. Plusieurs activités pouvaient être menées au cours d'une intervention pour un patient donné. Le tableau 7 décrit les activités effectuées lors des interventions auprès de l'ensemble des clientèles. À sa lecture, on constate que la majorité des activités sont des opérations de base et rapides, comme par exemple la vérification d'ordonnance, ce qui correspond à un niveau de soins pharmaceutiques de niveau I. Par ailleurs, les histoires médicamenteuses, habituellement plus longues et de nature plus complexe sur le plan clinique, ne constituent que 9 % de l'ensemble des interventions, bien que des études aient démontré leur efficience. On peut en déduire que, dans un contexte de disponibilité de ressources humaines limitée, les énergies sont d'abord consenties aux activités incontournables, bien qu'elles ne soient pas toujours les plus rentables.

TABEAU 7 ACTIVITÉS EFFECTUÉES AUPRÈS DES CLIENTÈLES DES DIFFÉRENTS PROGRAMMES, ENSEMBLE DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE COURTE DURÉE

Activités	Nombre	% en fonction de l'ensemble des interventions (1056)
Vérification d'ordonnance	661	62,6
Monitoring – suivi	174	16,5
Collecte de données	144	13,6
Enseignement individuel	127	12,0
Préparation de produits stériles	110	10,4
<i>Histoire médicamenteuse</i>	96	9,1
Calcul – ajustements de dose	88	8,3
Consultations auprès d'autres professionnels	86	8,1
Activités de liaison	53	5,0
Discussion – rencontre	50	4,7
Programmation de pompe	17	1,6
Rédaction de protocoles et procédures	16	1,5
Pharmacocinétique	13	1,2

Lorsque l'on reprend les différentes activités en relation avec les programmes-clientèles, on obtient le tableau 8.

TABEAU 8 ACTIVITÉS PAR PROGRAMME-CLIENTÈLE, ENSEMBLE DES CENTRES HOSPITALIERS

Programme – clientèle	Histoire médicamenteuse	Enseignement individuel	Monitoring - suivi	Validation ordonnance	Collecte de données	Calcul dose	Activités liaison	Préparation - Rx stériles	Consultations – autres professionnels
Urgence	0,8%	0,4%	1,2%	96,5%	0,6%	3,9%	0%	0,4%	2,5%
Cancer (chimio-oncologie) ³²	13,1%	18,6%	47,1%	41,7%	26,0%	16,7%	7,1%	17,0%	19,6%
Antibiothérapie ambulatoire	5,8%	13,0%	5,8%	42,0%	26,4%	1,0%	23,2%	20,3%	2,9%
Clinique anticoagulo ³³	22,0%	28,0%	16,0%	20,0%	42,0%	28,0%	10,0%	2,0%	4,0%
Arthrite	0%	2,6%	5,1%	20,5%	35,9%	0%	10,3%	76,9%	5,1%
Diabète ³⁴	52,6%	52,6%	13,2%	0%	7,9%	2,6%	5,3%	2,6%	2,6%
Médecine de jour	17,6%	29,4%	0%	52,9%	11,8%	0	11,8%	23,5%	11,8%
Coronariens (post-infarctus)	73,3%	86,7%	6,7%	6,7%	13,3%	0%	0%	0%	0%

Ce tableau permet notamment de comprendre pourquoi les interventions des pharmaciens sont plus longues auprès de certaines clientèles que d'autres. Par exemple, on constate que l'intervention auprès des patients de l'urgence se concentre autour de la vérification-validation de l'ordonnance alors que pour les patients de chimio-oncologie, de nombreuses activités sont nécessaires.

³² Protocoles et procédures : 4,2%

³³ Discussions – rencontres : 20%

³⁴ Discussions – rencontres : 18,4%

Finalement, la collecte de données a permis de dresser, pour chacun des établissements de même que pour l'ensemble de la région, le profil du temps consacré aux clientèles non admises. Ce portrait ne reflète pas les besoins de la population, mais bien les réalisations menées dans chacun des milieux. Encore une fois, il faut rappeler que les établissements n'offrent pas tous les mêmes programmes, de sorte qu'il est impossible à partir de ce tableau d'extrapoler les *besoins réels* en effectifs pour offrir des services ou encore moins de comparer les établissements sur le plan de la performance. En fait, il est probable que si les effectifs étaient plus élevés, le temps consacré aux clientèles non admises serait plus grand. Peut-être faudrait-il plutôt envisager de soustraire ces effectifs de ceux déjà en place en soins de courte durée pour estimer de façon plus précise les besoins dans ce secteur.

TABEAU 9 NOMBRE TOTAL, DURÉE TOTALE ET MOYENNE DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES CLIENTÈLES NON ADMISES, ÉQUIVALENTS TEMPS COMPLET, PAR CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE ET POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

Établissement	Nombre interventions	Durée totale (minutes)	Durée moyenne/ Intervention (minutes)	ETP*
Les Centres hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée de Matane (Centre hospitalier de Matane)	82	2238	27,29	0,18
Centre hospitalier d'Amqui	100	1528	15,28	0,12
Centre hospitalier régional de Rimouski	279	10911	39,25	0,87
Réseau Santé Kamouraska (Centre Notre-Dame-de-Fatima)	39	622	15,95	0,05
Les Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup (CH Grand-Portage)	473	6360	13,47	0,50
Réseau de santé du Témiscouta (Hôpital Notre-Dame-du-Lac)	83	1619	19,51	0,13
TOTAL POUR LA RÉGION	1056	23 278	28,93	1,85

* Calculé en fonction de 35 heures.

8.2.2 Centres hospitaliers de soins de longue durée

Le tableau 10 présente les besoins en effectifs professionnels pour les établissements de soins de longue durée. Afin d'estimer le plus exactement possible le nombre de pharmaciens nécessaires à l'accomplissement de la tâche, les calculs sont effectués à partir de la norme minimale (1 pharmacien/100 lits) et du nombre réel de lits de longue durée desservis par les départements de pharmacie, incluant les pavillons ou autres installations liées par contrat. Ces lits, bien qu'ils n'appartiennent pas au réseau, génèrent du travail pour les pharmaciens qui les voient inclus dans leur tâche.

TABEAU 10 BESOINS EN EFFECTIFS PHARMACIENS SELON LES NORMES EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Établissement	Nombre de lits au permis*	Chef	EFFECTIFS REQUIS ETP (1 pharm./100 lits + chef)
Les Centres hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée de Matane	168	0,4	2,1
Centre hospitalier d'Amqui	179	0,4	2,2
Réseau Santé Kamouraska	181	0,4	2,2
Les Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup	204 ³⁵	0,4	2,4
CHSLD-CLSC des Basques	86	0,4	1,3
CHSC de l'Estuaire (Foyer de Rimouski)	305 ³⁶	0,4	3,5
Centre mitissien de santé et de services communautaires	276 ³⁷	0,4	3,2
CHRR	177 ³⁸	0,4	2,2
Réseau de santé du Témiscouta	151	0,4	1,9
TOTAL POUR LA RÉGION	1727	3,6	21

* Incluant les pavillons et ressources intermédiaires desservis par contrat

³⁵ Incluant 27 lits au Pavillon Rochapel.

³⁶ Incluant 10 lits au Pavillon St-Fabien et 55 lits à la prison de Rimouski.

³⁷ Incluant 180 lits longue durée, 5 lits d'hébergement temporaire dans l'établissement et 61 lits en pavillon.

³⁸ Incluant 15 lits de santé physique, 162 lits en santé mentale dont 124 en pavillon.

8.2.3 Centres locaux de services communautaires

Dans la région, aucun pharmacien n'est à l'emploi direct d'un CLSC, bien que la transformation du réseau ait conduit dans plusieurs cas à l'ajout de cette mission à des établissements où œuvrent des pharmaciens. Les projections effectuées pour la région du Bas-Saint-Laurent à partir de la norme de 0,24 heures/semaine par 1000 habitants sont présentées au tableau 11.

TABEAU 11 BESOINS EN EFFECTIFS PHARMACIENS EN CLSC

Établissement	Population de la MRC ³⁹	Effectifs requis en ETP
Réseau Santé Kamouraska (CLSC Les Aboiteaux)	23 195	0,16
CLSC Rivières et Marées	32 596	0,22
Réseau de santé du Témiscouata (CLSC Témiscouata et des Frontières)	23 296	0,16
CHSLD-CLSC des Basques	10 263	0,07
CHSC de l'Estuaire (CLSC de l'Estuaire)	53 570	0,37
Centre mitissien de santé et de services communautaires (CLSC de la Mitis)	20 347	0,14
CLSC de Matane	23 732	0,16
CLSC de la Vallée	21 054	0,14
TOTAL	208 053	1,42

³⁹ Statistiques Canada, Données post-censitaires 1998.

8.3 Besoins globaux en effectifs pharmaciens pour les établissements de la région

Le tableau 12 présente le nombre de pharmaciens requis pour offrir des soins pharmaceutiques dans l'ensemble des établissements de la région, en fonction des normes.

TABLEAU 12 BESOINS EN EFFECTIFS PHARMACIENS (ETP) POUR LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT EN FONCTION DES NORMES

Établissement	Mission courte durée	Activités ambulatoires	Mission longue durée	Mission CLSC	Effectifs totaux requis	Effectifs en place	DÉFICIT EN FONCTION DES NORMES
CH-CHSLD Matane	2	?	2,1	0	4,1	3,5	0,6
CLSC de Matane	0	?	0	0,2	0,2	0	0,2
Centre hospitalier d'Amqui	1,8	?	2,2	0,1	4,1	3	1,1
CHRR	8,7	?	2,2	0	10,9	10	0,9
CHSC de l'Estuaire	0	?	3,5	0,4	3,9	1,1	2,8
Centre mitissien de santé et de services communautaires	0	?	3,2	0,1	3,3	2	1,3
CHSLD-CLSC des Basques	0	?	1,3	0,1	1,4	0,4	1
Les CHH de RDL	5,8	?	2,4	0	8,2	4	4,2
CLSC Rivières et marées	0	?	0	0,2	0,2	0	0,2
Réseau Santé Kamouraska	2,2	?	2,2	0,2	4,6	2	2,6
Réseau de santé du Témiscouata	1,7	?	1,9	0,2	3,8	2	1,8
TOTAL	22,2	?	21	1,5	44,7	28	16,7

À la lecture de ce tableau, on constate que la région accuse un déficit de près de 17 pharmaciens, c'est-à-dire 37%, et ce, sans compter les effectifs nécessaires à la dispensation de services aux clientèles non admises. Certains établissements accusent des retards plus grands. En fait, si l'on

se fie aux estimations, le CHSC de l'Estuaire, le CHSLD-CLSC des Basques et le réseau Santé Kamouraska et les CHH de Rivière-du-Loup sont sous les 50 % des effectifs nécessaires. Les calculs concernant le nombre de pharmaciens requis à la dispensation des soins et services aux patients admis en centre hospitalier de courte durée et en centre d'hébergement de longue durée sont basés sur des normes reconnues et publiées par l'organisme réglementaire pertinent et sont donc difficilement questionnables. Toutefois, les estimations en regard des effectifs de pharmaciens-chefs en CLSC ne bénéficient pas de la même reconnaissance, bien qu'elles aient été faites en fonction de méthodes utilisées ailleurs au Québec.

8.4 Les limites de la planification

Cette estimation régionale des besoins de main-d'œuvre professionnelle en pharmacie d'établissement constitue, à notre connaissance, une primeur au Québec. Il est donc difficile, à partir de ce document, de situer la région du Bas-Saint-Laurent par rapport à l'ensemble des régions du Québec.

Par ailleurs, contrairement à la situation prévalant pour la rédaction des Plans d'effectifs médicaux (PREM), le ministère de la Santé et des Services sociaux ne fournit aucune balise méthodologique. Certains consultants préconisent d'utiliser le nombre d'ordonnances par jour, le nombre de jour-patient, les heures rémunérées par jour patient, etc. Comme ces bases de calcul n'ont pas fait l'objet de consensus, nous avons plutôt choisi de miser sur les normes de la corporation professionnelle chargée de la protection du public en matière de soins pharmaceutiques, soit l'Ordre des pharmaciens du Québec. Ces normes sont essentiellement basées sur le nombre de lits rattachés aux établissements. L'Ordre des pharmaciens suggère un ratio pour les lits de courte durée et un autre pour les lits surspécialisés, sans toutefois les définir. La classification adoptée dans ce document peut donc être interprétable. Par ailleurs ces normes, basées sur le nombre de lits, souffrent donc de leur vétusté : elles ne comprennent pas les services offerts par les pharmaciens d'établissement aux clientèles non admises. L'estimation du temps consacré à ces clientèles présentée dans ce document a été faite à partir d'une enquête régionale et ne s'appuie pas sur des normes publiées par des organismes reconnus.

Pour le calcul des besoins en centre d'hébergement et de soins de longue durée, il a été convenu d'utiliser la norme minimale de l'Ordre des pharmaciens, c'est-à-dire un pharmacien par 100 lits. Comme la tendance veut que les soins offerts dans ces centres soient d'intensité de plus en plus grande afin d'éviter le transfert de patients pour le traitement de certaines conditions, il se peut que les besoins aient été sous-estimés pour ce centre d'activités.

Enfin, les calculs effectués pour estimer les besoins des CLSC se basent sur les seules assises connues, utilisées à Québec et dans la région de Chaudières-Appalaches, bien que celles-ci n'aient pas fait l'objet de sanction de l'Ordre des pharmaciens.

9. CONCLUSION

Il est notoire que les pharmaciens contribuent à l'utilisation plus efficace et plus judicieuse des médicaments. L'implication de ceux-ci en milieu hospitalier et leur participation à l'offre de services spécialisés, notamment en équipe multidisciplinaire (gériatrie, soins palliatifs, oncologie, etc.), favorisent l'atteinte des objectifs de traitement fixés à l'intérieur des plans de soins pharmaceutiques.

Ce plan d'effectifs constitue le premier exercice du genre dans la région. À notre connaissance, aucune autre région n'a d'ailleurs procédé à l'estimation des besoins en effectifs pharmaciens. Le but visé par cette démarche était de juger le plus exactement possible des besoins régionaux à ce chapitre en fonction des normes minimales de pratique en vigueur. Selon ces calculs, un déficit de près de 17 pharmaciens sévit actuellement dans les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent, ce qui représente 37% des effectifs jugés nécessaires.

Il a aussi été possible d'estimer le temps consacré par les pharmaciens d'établissement de la région aux patients non admis. Ces calculs montrent que malgré une situation de pénurie d'effectifs pour effectuer le travail auprès de la clientèle admise, les pharmaciens de la région consacrent déjà collectivement près de deux ETP aux clientèles non admises.

La problématique de recrutement de pharmaciens en région a été portée à l'attention de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent il y a déjà plusieurs mois. Cette problématique est apparue suffisamment aiguë pour que certaines mesures concrètes favorisant le recrutement de pharmaciens apparaissent au plan de mise en œuvre du « Plan d'action 1999-2002 » pour l'amélioration des services, adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Sans élaborer sur chacune d'elles, certaines pistes de solutions font actuellement l'objet de discussions, dont :

1. Octroi d'une prime d'intéressement à l'intention des pharmaciens s'installant dans la région pour occuper un poste pour une période minimale de 2 ans;
2. Organisation de stages dans les établissements de la région pour les étudiants aux 1^{er} et 2^e cycles de pharmacie;
3. Octroi de bourses d'études de 2^e cycle (pharmacie d'hôpital) à l'intention des finissants au baccalauréat, admis au programme de maîtrise, sans être boursiers du MSSS;
4. Octroi de bourses d'études de 1^{er} cycle à l'intention d'étudiants de Cégep souhaitant entreprendre des études en pharmacie et faire carrière en région.

Les membres du comité régional de pharmacie ont aussi discuté de la possibilité de recruter un pharmacien rattaché à un établissement, mais disponible pour répondre aux besoins de remplacement et aux mandats « ad hoc » des établissements de santé de la région qui s'engageraient à retenir une période minimale de services, sur une base annuelle.

Outre les mesures agissant directement sur l'embauche ou la rétention de pharmaciens, la mise sur pied de projets novateurs où l'expertise clinique des pharmaciens serait mise largement à profit devra être examinée. La dispensation de soins pharmaceutiques de niveaux élevés constitue une façon d'arriver à l'objectif de recruter, mais elle n'est pas la seule.

En fait, lorsque le plan d'effectifs en pharmacie sera approuvé et que les objectifs de recrutement seront connus, il faudra les accompagner de mesures favorisant l'attraction des pharmaciens dans le Bas-Saint-Laurent, lesquelles seront définies dans un Cadre des mesures incitatives.

En conclusion, sans présumer de l'impact qu'aura ce plan d'effectifs sur la planification de la main-d'œuvre, nous croyons qu'il importe que cette planification dépasse la simple projection de l'attrition et s'effectue sous l'angle des besoins de la population en matière de soins pharmaceutiques de qualité. Nous savons par ailleurs que plus de 90 postes de pharmaciens sont actuellement vacants dans le réseau de la santé et que le milieu de la pharmacie privée accuse aussi une sérieuse pénurie d'effectifs. Il a été porté à notre attention que le ministère de la Santé et des Services sociaux mettait en branle, à l'automne 1999, un processus de planification à l'échelle du Québec pour cette catégorie de professionnels. Le rapport du comité mandaté pour conduire cet exercice est attendu à l'automne 2000. Nous espérons que l'exercice mené dans notre région contribuera à la planification générale, qui devra, osons-nous le rappeler, être considérée dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte l'ensemble des milieux de pratique des pharmaciens.

Annexe

Questionnaire ***Activités quotidiennes auprès*** ***des clientèles ambulatoires***

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES AUPRÈS DES CLIENTÈLES AMBULATOIRES

Établissement :		Pharmacien :		Semaine :
Date	Programme (clientèle)	Type d'activité	Description	Temps (minutes)
		Soins directs auprès du patient : Histoire médicamenteuse ☐ Enseignement ind. ☐ Enseignement de groupe ☐ Discussion-rencontre ☐ Monitoring-suivi ☐ Autre ☐ Soins indirects : Validation - vérification des ordonnances ☐ Collecte - compilation de données ☐ Pharmacocinétique ☐ Calcul-ajustement de dose ☐ Protocole et procédures ☐ Activités de liaison ☐ Préparation de produits stériles (pharmacien) ☐ Programmation de pompe et équipement ☐ Consultation auprès d'autres professionnels ☐ Discussion de cas – réunion équipe multi ☐ Activités de recherche clinique ☐ Autre ☐		
		Soins directs auprès du patient : Histoire médicamenteuse ☐ Enseignement ind. ☐ Enseignement de groupe ☐ Discussion-rencontre ☐ Monitoring-suivi ☐ Autre ☐ Soins indirects : Validation - vérification des ordonnances ☐ Collecte - compilation de données ☐ Pharmacocinétique ☐ Calcul-ajustement de dose ☐ Protocole et procédures ☐ Activités de liaison ☐ Préparation de produits stériles (pharmacien) ☐ Programmation de pompe et équipement ☐ Consultation auprès d'autres professionnels ☐ Discussion de cas – réunion équipe multi ☐ Activités de recherche clinique ☐ Autre ☐		
		Soins directs auprès du patient : Histoire médicamenteuse ☐ Enseignement ind. ☐ Enseignement de groupe ☐ Discussion-rencontre ☐ Monitoring-suivi ☐ Autre ☐ Soins indirects : Validation - vérification des ordonnances ☐ Collecte - compilation de données ☐ Pharmacocinétique ☐ Calcul-ajustement de dose ☐ Protocole et procédures ☐ Activités de liaison ☐ Préparation de produits stériles (pharmacien) ☐ Programmation de pompe et équipement ☐ Consultation auprès d'autres professionnels ☐ Discussion de cas – réunion équipe multi ☐ Activités de recherche clinique ☐ Autre ☐		
		Soins directs auprès du patient : Histoire médicamenteuse ☐ Enseignement ind. ☐ Enseignement de groupe ☐ Discussion-rencontre ☐ Monitoring-suivi ☐ Autre ☐ Soins indirects : Validation - vérification des ordonnances ☐ Collecte - compilation de données ☐ Pharmacocinétique ☐ Calcul-ajustement de dose ☐ Protocole et procédures ☐ Activités de liaison ☐ Préparation de produits stériles (pharmacien) ☐ Programmation de pompe et équipement ☐ Consultation auprès d'autres professionnels ☐ Discussion de cas – réunion équipe multi ☐ Activités de recherche clinique ☐ Autre ☐		

INSTRUCTIONS AU VERSO

MODE D'EMPLOI DU QUESTIONNAIRE

1. VOUS DEVEZ UTILISER UNE LIGNE PAR PATIENT (sauf pour les pharmaciens travaillant en oncologie auprès de plusieurs patients à la fois: voir votre chef de service).

2. Programme-clientèle : Dans cette colonne, vous devez inscrire auprès de quel type de clientèle vous avez prodigué vos soins. On retrouve notamment l'oncologie, l'antibiothérapie à domicile, l'anticoagulothérapie, la médecine de jour, l'urgence (soins auprès des patients non-hospitalisés), les soins palliatifs, les cliniques de diabète, les cliniques MPOC, la préparation de produits stériles (dans les établissements où cette tâche est effectuée par les pharmaciens), etc. CETTE LISTE N'EST PAS EXHAUSTIVE.

3. Type d'activités

A) Soins directs auprès du patient : Toutes les activités présentées dans cette catégorie doivent se dérouler **DIRECTEMENT AUPRÈS DU PATIENT**.

1. Histoire médicamenteuse
2. Enseignement individuel
3. Enseignement de groupe
4. Discussion - rencontre (incluant les discussions téléphoniques)
5. Monitoring – suivi
6. Autre : lorsque vous cochez cette catégorie, veuillez préciser votre intervention dans la case «description»

B) Soins indirects : Cette catégorie regroupe toutes les activités qui se déroulent **HORS DE LA PRÉSENCE DU PATIENT**.

1. Validation – vérification des ordonnances (incluant les patients de l'urgence)
2. Collecte – compilation de données
3. Pharmacocinétique
4. Calcul – ajustement de dose (en fonction de paramètres biologiques, d'un protocole, etc.)
5. Protocoles et procédures (*rédaction et élaboration* de documents)
6. Activités de liaison (communications avec autres établissements, officines, etc.)
7. Préparation de produits stériles (lorsque cette tâche est effectuée par les pharmaciens)
8. Programmation de pompe et équipement
9. Consultation auprès d'autres professionnels
10. Discussion de cas – réunion d'équipe multi
11. Activités de recherche clinique (formulaire, etc.)
12. Autre : lorsque vous cochez cette catégorie, veuillez préciser votre intervention dans la case «description»